

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 24 OCTOBRE 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 24 OKTOBER 2023

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 28 et présidée par M. Roberto D'Amico.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.28 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.

01 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de la procédure de remboursement des médicaments" (55038564C)

01 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de procedure voor de terugbetaling van geneesmiddelen" (55038564C)

01.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le 1er mars 2023, la KUL a publié, en collaboration avec l'INAMI, le "Rapport de la concertation des parties prenantes sur la modernisation des procédures de remboursement" dans lequel sont présentées les propositions discutées ainsi que les opinions des parties prenantes consultées (l'industrie pharmaceutique, les OA, les organisations représentatives des patients, des représentants de la CRM,...). Le 27 mars 2023, l'INAMI a publié sa "Proposition de feuille de route pour la modernisation des procédures de remboursement en vue d'un accès rapide et durable aux médicaments", élaborée avec vous et votre Cellule stratégique. On y lit que "Force est de constater que le rapport des parties prenantes, même s'il constitue une base particulièrement riche de pistes et d'opinions, ne peut pas être transposé tel quel dans des décisions politiques. Beaucoup de propositions (...) nécessitent un important travail de concrétisation. En outre (...) il subsiste assez bien de points de divergence entre les parties prenantes, ce qui nécessite une orientation politique. Enfin, il faut évaluer aussi la faisabilité administrative des propositions". L'INAMI vous suggère comme prochaines étapes : "concertation avec les représentants de l'industrie et les autres parties prenantes sur cette proposition de feuille de route, information et concertation au sein du gouvernement fédéral sur le résultat de la concertation avec les parties prenantes et sur la proposition de feuille de route de l'INAMI, communication organisée sur l'état d'avancement du processus à la presse générale et spécialisée. "En août 2023, Radiorg s'est exprimée pour dire que "la proposition contient de nombreux éléments qui nous donnent de l'espoir, mais aussi des éléments qui soulèvent encore des inquiétudes" par rapport à l'accessibilité des médicaments orphelins. "Nous avons fait part de nos préoccupations au ministre de la Santé et à l'INAMI et nous espérons entamer bientôt des discussions".*

Monsieur le ministre, avez-vous pris connaissance des préoccupations des représentants de Radiorg? Quelle réponse y apportez-vous?

Quid de la concertation avec l'industrie pharmaceutique et les autres intervenants ainsi qu'au sein du gouvernement?

Quid de la mise en œuvre de la feuille de route et du respect des timings définis dans son annexe?

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, en ce qui concerne votre question relative aux préoccupations des représentants de Radiorg, je peux vous dire que j'en ai bien connaissance et qu'elles sont prises en compte dans les réflexions liées à la réforme des procédures de remboursement,

tout comme celles de la VPP, de la LUSS, de Kom op tegen Kanker et de Test-Achats.

En ce qui concerne votre question relative à la concertation avec l'industrie pharmaceutique et les autres intervenants, ainsi qu'au sein du gouvernement, je peux vous dire que j'ai personnellement informé régulièrement l'industrie de l'état d'avancement des réflexions liées à la réforme des procédures de remboursement. Depuis le printemps, l'INAMI, mon équipe et moi-même nous sommes attelés à l'élaboration des projets de textes de loi nécessaires à l'exécution des différentes réformes reprises dans la feuille de route. Ces projets de textes de loi font actuellement l'objet d'une concertation politique au sein du gouvernement. Il est également prévu d'informer les autres parties qui ont pris part au processus de concertation qui a précédé l'établissement de la feuille de route ultérieurement.

Pour ce qui est de votre question relative à la mise en œuvre de la feuille de route et du respect des *timings* définis dans son annexe, je peux vous dire que les projets de textes de loi nécessaires à l'exécution des différentes réformes reprises dans la feuille de route ont été rédigés. Ces projets de textes de loi font actuellement l'objet d'une concertation politique. C'est une première étape dans la mise en œuvre de la feuille de route, mais il y aura encore de nombreuses autres étapes qui ne peuvent être mises en œuvre sans ces textes de loi.

Je suis au regret de devoir dire que les *timings* définis dans l'annexe de la feuille de route ne pourront pas être respectés. Ils étaient conditionnés à la disponibilité rapide des modifications de loi nécessaires, ce qui s'avère prendre du temps, temps rendu nécessaire par la concertation et par la prise en compte des préoccupations des parties prenantes.

01.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Le calendrier ne sera donc pas respecté, c'est une évidence, puisque nous accusons déjà du retard. Personne, vous non plus, ne dit s'il y aura une concrétisation partielle ou totale avant la fin de cette législature.

Ensuite, il y a évidemment des questions qui concernent le coût, y compris la soutenabilité au niveau de l'État. J'avais ciblé ma question sur les demandes de Radiorg, spécifiquement pour la question de l'accessibilité à l'innovation. En effet, il est très interpellant de constater que, régulièrement, dans les pays qui nous entourent, les patients ont accès à des médicaments innovants, y compris pour des maladies rares, alors qu'en Belgique, aucun dossier ne peut avancer en matière de remboursement. Ce "deux poids, deux mesures" pose un réel problème, d'autant plus que certains médicaments produits en Belgique ne sont pas remboursés dans notre pays alors qu'ils le sont dans les pays voisins. Vous conviendrez que c'est problématique. Les ministres se précipitent toujours pour faire les inaugurations dans les firmes pharmaceutiques, mais ne se vantent jamais du fait que ces médicaments ne sont pas accessibles aux patients en Belgique. C'est un comble! J'espère que ce volet d'avancée pour les patients se concrétisera et que la réforme ne sera pas axée uniquement sur le volet de la réduction des coûts.

Enfin, est-il logique qu'un tel accord puisse avancer en dehors de la concrétisation d'un pacte pharmaceutique? En l'occurrence, il peut sembler problématique de couper tout lien entre la recherche et le développement, un aspect majeur lorsqu'il s'agit d'innovation, et le pacte pharmaceutique. Je serai bien sûr attentive à ce qu'il résultera des prochaines semaines et des prochains mois.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le covid long" (55038587C)

02 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Long covid" (55038587C)

02.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le ministre, fatigue intense, fièvre, douleurs thoraciques, séquelles pulmonaires, symptômes neurologiques, problèmes de concentration et de mémoire, troubles digestifs et du sommeil, tachycardie et anosmie... Voilà certaines des séquelles qu'éprouvent les patients qui souffrent du Covid long.*

Ces patients ont connu un regain d'espoir cet été en apprenant qu'une étude avait été réalisée par une équipe de chercheurs de l'Université d'Oxford à ce sujet. L'analyse du sang de 1 837 personnes hospitalisées pour cause d'infection au covid avec symptômes ont souligné deux mécanismes biologiques distincts: "La présence de caillots dans le cerveau qui impacte directement l'apport en oxygène de celui-ci, et donc la mémoire, les facultés cognitives; des caillots dans les poumons qui pourraient causer un manque d'oxygène dans le corps qui, s'il est persistant, peut aussi générer des soucis de mémoire".

Des résultats porteurs d'espoir pour tous les patients atteints de cette maladie souvent invisible car, "la plupart du temps, chaque symptôme est traité séparément. Le généraliste propose une revalorisation neuropsychologique, d'aller voir un nutritionniste, un kiné selon la problématique. Ce sont des pansements apposés sur chaque difficulté".

D'où mes questions, monsieur le ministre: aviez-vous connaissance des résultats particulièrement intéressants de la recherche effectuée par l'Université d'Oxford? Dans l'affirmative, une recherche similaire est-elle actuellement en cours ou envisagée en Belgique? Si oui, par qui est-elle ou sera-t-elle menée? Dans la négative, qu'en pensez-vous et quel suivi comptez-vous y apporter? Quel suivi avez-vous apporté à la résolution visant à la reconnaissance et à un suivi et un soutien de qualité des patients souffrant de symptômes du COVID-19 de longue durée, depuis son adoption en mai 2021? De manière générale, qu'est-il mis en œuvre par votre gouvernement pour améliorer la prise en charge et le parcours de soins des patients atteints de covid long en Belgique? En juin dernier, l'hôpital de La Louvière a ouvert une clinique du covid long qui propose un parcours de soins coordonné. Une extension de cette clinique à d'autres régions du pays est-elle envisagée ou envisageable dans un avenir proche? Si oui, lesquelles? Dans la négative, pourquoi?

Je vous remercie.

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, la convention covid-19 long pour une approche des soins adaptée, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2022, a été adaptée au 1^{er} juillet 2023 en prévoyant que toutes les disciplines pouvaient être rendues monodisciplinaires. Cela signifie que la kinésithérapie, la logopédie, la diététique, la psychologie, la neuropsychologie et l'ergothérapie peuvent toutes être proposées de manière monodisciplinaire à un patient souffrant de covid long.

La coordination des soins et la concertation d'équipes sont maintenues lorsqu'un patient a besoin de plus d'un prestataire de soins, en dehors du médecin généraliste. Pour rappel, ce type de soins adaptés a été basé sur les besoins spécifiques des patients qui avaient été évalués lors de la recherche menée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et dont les résultats furent publiés en octobre 2021.

Une évaluation de cette convention est en cours. Le Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (Cebam) et ebracticenet collaborent en vue de mener l'évaluation du trajet de soins, laquelle se concentrera sur la manière dont il est déjà intégré dans la pratique, en réservant une attention toute particulière aux facteurs susceptibles d'expliquer les différentes intégrations. D'une part, quatre *focus groups* sont prévus pour obtenir un aperçu de tous les éléments qui contribuent à faciliter l'inclusion dans ce trajet de soins. D'autre part, quatre autres *focus groups* se pencheront sur l'orientation et la coopération au sein du trajet. Outre les médecins généralistes, les autres prestataires de soins impliqués dans le trajet participent également à ces groupes.

L'article auquel vous vous référez décrit l'association entre phénomènes inflammatoires et activation de la coagulation chez les patients atteints de covid long. Ce mécanisme avait été évoqué dans le rapport du KCE. Une mise à jour du consensus scientifique sera fournie par le biais d'une analyse de la littérature réalisée afin d'obtenir un aperçu clair des connaissances scientifiques actuelles. Les résultats de l'évaluation sont attendus pour ce mois-ci. Ce nouvel article en fera sans doute partie.

Des projets de recherche sur le covid long sont en cours dans notre pays. À la suite de la publication du rapport du KCE, le KCE Trials a lancé un appel à projets et finance trois études cliniques ayant pour objectif d'établir quels traitements et interventions pourraient aider les patients présentant des symptômes du covid long.

Le but est de s'engager à modifier la convention quand les résultats de l'évaluation seront connus et l'analyse de la littérature disponible. En outre, le groupe cible doit être redéfini et délimité. Il pourrait être élargi pour inclure le syndrome post-soins intensifs ou d'autres affections chroniques post-virales. De plus, l'approche générique d'un patient en première ligne peut être élargie et ajustée. On vise à supprimer les obstacles découlant des résultats de l'évaluation. Nous attendons ces résultats afin de pouvoir déterminer correctement les mesures à prendre pour la meilleure prise en charge de ces patients.

Concernant votre question sur l'étude réalisée par l'université d'Oxford et les études belges connexes, en effet les résultats de Taquet et collègues ont attiré l'attention de la communauté scientifique belge afin de mieux comprendre les mécanismes physiologiques qui sous-tendent les effets à long terme sur la santé d'une infection par Covid-19. Nous n'avons pas connaissance d'une étude belge suivant un schéma similaire à celui de l'étude d'Oxford, mais plusieurs projets de recherche sont en cours en Belgique et certains ont récemment fait l'objet d'une journée d'études organisée par l'École de santé publique de l'ULB le 29 septembre.

En outre, le projet HELICON de Sciensano étudiera les facteurs de risques sociaux et biomédicaux liés aux hospitalisations pour covid-19 et leurs conséquences à long terme en utilisant une nouvelle base de données belge. Ces données ne permettront pas de spécifiquement étudier le covid long, mais elles devraient fournir de nouvelles informations sur les personnes hospitalisées en raison d'une infection au covid-19, notamment en ce qui concerne le syndrome post-soins intensifs, le risque de mortalité prématurée ou de réhospitalisation, et l'utilisation des soins de santé dans les suites de la maladie. Les premiers résultats sont attendus pour l'été 2024.

02.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse même si elle m'appelle à une réaction en demi-teinte.

Tout d'abord, il est plutôt positif de voir que les conventions doivent être adaptées aux besoins des patients parce que ces besoins sont précisément extrêmement divers. Certains patients ne nécessitent qu'un type de soins, que ce soit de la kinésithérapie ou de l'ergothérapie, par exemple. D'autres patients méritent un suivi beaucoup plus multidisciplinaire. Je suis dès lors heureuse que l'on reconnaisse finalement cette diversité de besoins. J'espère toutefois que cela débouchera sur une pérennisation et une généralisation de centres spécialisés comme la clinique du covid long qui a ouvert récemment à La Louvière.

Par contre, pour ce qui concerne les remboursements, je me dois de constater que les choses tardent, notamment parce que, comme pour l'endométriose ou d'autres sujets pour lesquels nous avons déposé et voté une résolution, à chaque fois, vous préférez solliciter des études complémentaires au niveau belge alors que la littérature scientifique au niveau étranger existe en abondance, pour améliorer tant les connaissances autour de cette maladie que la prise en charge des patients.

Aujourd'hui, plutôt que de tirer les enseignements de ces études à l'étranger, provenant souvent de prestigieuses universités, on préfère se fermer sur nos propres études, quitte à perdre un temps précieux pour les patients. Je trouve qu'il est dommage de se couper ainsi d'informations importantes. J'ose espérer malgré tout que ces études déboucheront sur des recommandations qui, par conséquent, pourront être rapidement mises en œuvre au bénéfice de l'ensemble des patients.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 **Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pollution de l'air et son impact sur la santé" (55038592C)**

03 **Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Luchtvervuiling en de impact ervan op de gezondheid" (55038592C)**

03.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Selon l'Agence européenne pour l'environnement, la pollution atmosphérique cause quelque 240.000 décès prématurés par an en Europe.

Des décès mais également de nombreuses pathologies qui pourraient pourtant être évités. En effet, plus il y a de particules fines dans l'air, plus les visites chez le médecin sont nombreuses : c'est la conclusion d'une récente étude publiée par les Mutualités libres en collaboration avec des chercheurs liés à la KU Leuven, à l'U Hasselt et à la Cellule Interrégionale de l'Environnement.

Selon Luk Bruyneel, chercheur en politique de santé à la KU Leuven et collaborateur scientifique des Mutualités libres, c'est «dans les quartiers où la concentration en particules fines est élevée et la couverture arborée plus faible, qu'a été mise en évidence une augmentation des visites chez le médecin généraliste, à la fois pendant les heures d'ouverture des cabinets, mais aussi en dehors (le soir, la nuit et le week-end), ce qui est souvent le signe d'une urgence médicale».

Mais le constat ne s'arrête pas là puisqu'a également été calculé l'impact financier des consultations chez le médecin généraliste qui pourraient être évitées si tous les individus vivaient dans un quartier où la concentration de particules fines est la plus faible : on parle ainsi de 43 millions d'euros, dont plus de 37 millions à charge de l'assurance maladie et près de 6 millions pour les patients.

D'où mes questions, Monsieur le Ministre :

Aviez-vous connaissance des chiffres révélés par cette étude? Qu'en pensez-vous et quel suivi comptez-vous y apporter?

Selon les chercheurs de cette étude, la révision des normes européennes de qualité de l'air représente une énorme opportunité de protéger notre santé ainsi qu'un retour sur investissement. Partagez-vous cet avis? Dans l'affirmative, qu'est-il mis en place actuellement sur le territoire belge pour accélérer la réalisation des nouvelles normes de l'OMS d'ici 2030? Dans la négative, pourquoi?

Outre les conséquences néfastes citées supra, disposez-vous d'études et/ou de données sur d'éventuelles autres conséquences que pourrait avoir cette pollution sur la santé? Certaines parties de la population sont-elles plus fragiles aux particules fines? Je pense par exemple aux enfants et aux personnes âgées? Dans l'affirmative, qu'est-il mis en place pour les protéger?

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Rohonyi, entre les différents composants de la pollution de l'air, les particules fines PM2.5 ont le plus grand impact sur la santé. Outre les décès prématurés, les particules fines sont responsables de l'augmentation de plusieurs maladies qui, parmi d'autres groupes, affectent également les enfants et les personnes âgées.

Premièrement, selon la Global Burden of Disease Study 2019, les particules fines sont liées à 840 années de vie corrigées sur l'incapacité pour les troubles maternels et néonataux et à 60 DALY (disability adjusted life years) pour les infections respiratoires chez les enfants âgés de 0 à 14 ans. Pour les personnes âgées de 70 ans ou plus, la Global Burden of Disease Study estime à 5 610 DALY pour les cancers, à 7 380 DALY pour les maladies respiratoires chroniques, à 3 270 DALY pour les infections respiratoires, à 5 410 DALY pour le diabète et les maladies rénales et à 15 960 DALY pour les maladies cardio-vasculaires.

L'étude de la Cellule interrégionale de l'Environnement (CELINE) pour la Belgique de 2018 montre que 83 % des Belges étaient exposés à des valeurs pour PM2.5 supérieures à celles recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé. Dans la tranche d'âge des 85 à 90 ans, les décès prématurés dus au PM2.5 représentaient 7 % du total des décès en Belgique en 2018.

Deuxièmement, oui, je considère que la révision de ces normes est une opportunité. Celles-ci seront intégrées dans les travaux de la Commission européenne pour évaluer les politiques environnementales de l'Union européenne et, notamment, les programmes de réduction des pollutions à la source telles que les industries, la mobilité, le chauffage, etc. Il y a donc deux approches, l'une concernant le droit européen et celle que je mène en ce moment et qui concerne l'amélioration de la qualité de l'air intérieur.

Troisièmement, Sciensano travaille actuellement à ses propres calculs de la mortalité prématurée et de la charge de la maladie due à la pollution atmosphérique et ceci dans le contexte de l'étude nationale sur la charge de la maladie en Belgique.

Je vous remercie.

03.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre constat, même s'il est extrêmement interpellant et doit effectivement nous appeler à prendre les mesures qui s'imposent, tant au niveau européen qu'au niveau belge, peu importe le niveau de pouvoir. Merci pour ces chiffres qui, j'ose l'espérer, vont ouvrir les yeux de certains. Merci également pour votre ouverture d'esprit car, lorsque je vous avais interrogé en mars 2023, vous aviez botté en touche vis-à-vis de la ministre du Climat quant aux mesures à prendre pour lutter contre la pollution de l'air.

J'entends aujourd'hui une volonté accrue de travailler sur cette question, surtout lorsque l'on voit que 80 % de la population belge actuelle est confrontée à des risques de pollution de l'air qui peuvent mettre à mal sa santé. Je me permets, en conclusion, d'attirer malgré tout votre attention sur la toute dernière publication du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, qui précise que les mesures que les États parties à la convention doivent mettre en place pour lutter contre les effets négatifs de la dégradation de l'environnement due au changement climatique doivent absolument être prises.

Parmi ces mesures figure la réalisation régulière d'études d'incidence de la pollution de l'air sur les droits de l'enfant. J'ose donc espérer, monsieur le ministre, que dans les études d'incidence que vous avez citées, il sera tenu compte de la spécificité des enfants car, à défaut de prendre en considération les effets délétères de la pollution de l'air sur les enfants, l'impact sur leur santé sera beaucoup plus élevé à l'âge adulte, ce qui risque d'avoir des répercussions sur nos dépenses en soins de santé. J'espère sincèrement que votre gouvernement se montrera vigilant quant à cette question spécifique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55038656C de Mme Caroline Taquin est transformée en question écrite.

04 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La maladie d'Alzheimer" (55038658C)

04 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekte van Alzheimer" (55038658C)

04.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, en lisant ma question que j'ai dû actualiser depuis son dépôt, je réagirai notamment à l'échange que vous avez eu en séance plénière le 21 septembre avec mes collègues Van Hoof et Fonck qui vous interpellaient à l'occasion de la journée mondiale de la maladie d'Alzheimer.

N'ayant pu me joindre au débat, je me permets de vous interroger à nouveau concernant cette pathologie lourde, irréversible et incurable qui consiste aussi en un handicap invisible synonyme d'isolement. En effet, 70 % des malades vivent à domicile parfois accompagnés de leurs proches.

Je profiterai de cette question pour attirer votre attention sur un constat moins répandu mais interpellant, à savoir que 60 % des malades sont des femmes, sans compter qu'elles auraient presque deux fois plus de risques de contracter cette maladie au cours de leur vie que les hommes.

Pour expliquer ce phénomène, deux facteurs sont actuellement avancés par les chercheurs: tout d'abord la dépression puisque cette maladie serait corrélée à Alzheimer et que les femmes y sont plus exposées mais aussi la chute des taux d'œstrogènes à la ménopause et la perte de leurs effets protecteurs sur le cerveau qui impliqueraient une progression plus rapide de la maladie chez les femmes.

Monsieur le ministre, où en est l'état de la recherche sur les vaccins et traitements en Belgique puisque l'on sait que les personnes vaccinées contre différents pathogènes ont un risque nettement plus faible de contracter la maladie d'Alzheimer par la suite?

On sait aussi qu'après les USA, le Japon approuve aussi un médicament contre la maladie d'Alzheimer? Qu'est-il mis en place pour éviter l'isolement des personnes souffrant de cette maladie? Des activités de loisirs valorisants sont-elles proposées ou, à tout le moins, pourraient-elles être

élargies dans un avenir proche?

Aviez-vous connaissance du constat selon lequel les femmes seraient davantage touchées par la maladie que les hommes? Des discussions ou des études sont-elles menées en Belgique à ce sujet? Quel suivi comptez-vous y apporter?

Selon la Fondation de recherche pour Alzheimer, la meilleure prise en compte des facteurs plus spécifiques par sexe reste une piste majeure pour faire progresser la prévention de la maladie. Des discussions avec vos homologues de la santé ont-elles été initiées à ce sujet?

Développez-vous les campagnes de dépistage au moment de la ménopause? La sensibilisation au test des cinq mots sera-t-elle développée? Comment les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et leurs proches (aidants proches) sont-ils pris en charge sur le plan psycho-social (la dimension mentale)?

Cette prise en charge vous semble-t-elle aujourd'hui suffisante à partir du moment où l'on sait que la moitié des 600 000 malades et aidants proches en Belgique déclarent que leur santé s'est détériorée? On sait que les Alzheimer cafés qui se sont mis en place à l'initiative de la Ligue Alzheimer fournissent un formidable travail à ce niveau. Seront-ils soutenus et pérennisés de la même manière que la ligne d'écoute téléphonique, à savoir le 0800 15 225? Je vous remercie.

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, j'ai oublié de me prononcer sur le *timing*. Je peux rester jusqu'à 18 h 00 maximum.

Madame Rohonyi, vous savez que les compétences liées aux personnes âgées ont été transférées aux entités fédérées. Donc, tout ce qui concerne les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, mais également les centres de soins de jour, relève de la responsabilité des entités fédérées. Étant donné que la maladie d'Alzheimer touche essentiellement des personnes âgées, une partie de vos questions doivent être posées aux entités fédérées. Ce sont elles qui doivent apporter des réponses à ces questions.

Dans votre première question, vous abordez principalement les aspects du bien-être, davantage que ceux de la santé. Or, le bien-être est aussi une compétence exercée par les entités fédérées. À cet égard, il est difficile de vraiment développer une réponse.

Il existe évidemment des possibilités de prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer remboursée dans le cadre de l'assurance soins de santé fédérale. Ainsi, en cas de diagnostic à un stade précoce de démence, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer peuvent être pris en charge au sein des cliniques de la mémoire. Dans ces centres spécialisés, le patient apprend des aptitudes de base qui lui permettront de continuer à vivre à domicile le plus longtemps possible dans les meilleures conditions possibles. Il peut y suivre un programme de réhabilitation cognitive afin d'apprendre des stratégies pour compenser ses déficits et continuer à accomplir certaines tâches quotidiennes, ce qui a certainement des effets positifs sur le plan psycho-social. En outre, les proches du patient peuvent dans une certaine mesure, être impliqués dans ces activités.

Dans vos deuxième et troisième questions, vous évoquez le constat selon lequel les femmes seraient plus susceptibles de développer la maladie d'Alzheimer que les hommes.

À vrai dire, je n'ai pas connaissance des études scientifiques qui portent sur cet aspect de la maladie. Cependant, l'espérance de vie supérieure des femmes est un des éléments qui doit jouer un rôle dans ces risques accrus. De nombreux autres facteurs de risque de développer la maladie d'Alzheimer ont déjà été identifiés, tels que l'excès de cholestérol, le diabète ou l'hypertension artérielle. Les traitements et les soins liés à ces facteurs de risque sont, le cas échéant, généralement pris en charge par l'assurance soins de santé. Étant donné que ces risques peuvent être à l'origine d'autres affections, une intervention de l'assurance soins de santé dans la prise en charge de ces facteurs de risque est donc pertinente à plus d'un titre. Mais, s'agissant de la prévention en tant que telle, ce point relève à nouveau des compétences des entités fédérées.

L'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP/Sciensano) a connaissance du constat selon lequel les

femmes seraient plus touchées par la maladie que les hommes. Il surveille le nombre de décès annuels dus à la maladie d'Alzheimer et autres démences. Aucune analyse complémentaire n'est actuellement prévue par Sciensano, car il n'a pas été mandaté pour le faire.

04.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Je vous remercie, monsieur le ministre, même si je dois avouer que je suis interpellée à plus d'un titre par votre réponse. Premièrement, vous nous dites que toute une série de questions resteront sans réponse parce que notre beau pays est à ce point compliqué que la compétence des soins aux personnes âgées et du bien-être revient aux entités fédérées et que, par conséquent, vous ne pouvez pas répondre. D'abord, c'est nier la réalité des jeunes touchés par la maladie – entre 5 000 et 10 000 personnes sont touchées par cette maladie. Au-delà de cela, une Conférence interministérielle de la Santé – que vous présidez – a été mise en place. Elle vise justement à éviter aux différents niveaux de pouvoir de se renvoyer la balle. Ceci, afin de prendre en considération les besoins des patients, en particulier pour les maladies qui touchent une partie significative de notre population.

Pour le reste, fort heureusement, vous avez rappelé que des règles de remboursement existent pour le diagnostic, le suivi de la mémoire en clinique ou encore le traitement de maladies qui augmentent le risque de souffrir de la maladie d'Alzheimer. C'est cependant largement insuffisant.

Je suis assez interpellée quand vous dites que Sciensano est conscient qu'il y a une prévalence de cette maladie chez les femmes mais qu'à partir du moment où il n'a pas été mandaté pour faire une étude complémentaire à ce sujet, il n'y aura aucune mesure ciblée qui en découlera. C'est assez choquant de se dire qu'il y a un problème mais qu'on ne fera absolument rien pour le résoudre, en particulier lancer des campagnes de sensibilisation et de diagnostic auprès des femmes dès la ménopause, puisqu'on sait que c'est à cette période que le risque croît de développer cette maladie. C'est un aveu d'impuissance ou même une absence de volonté politique d'agir à ce niveau.

Pour ma part, je ne compte pas en rester là et je verrai de quelle manière on pourra avancer dans l'intérêt des patients. Ce n'est pas parce que la mémoire les lâche que les autorités peuvent s'arroger le droit de les oublier.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de Scandicaïne" (55038629C)

05 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan Scandicaïne" (55038629C)

05.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, certains centres de planning familial nous ont récemment alertés sur la pénurie de Scandicaïne qu'encourent nos infrastructures de soins dans toute la Wallonie. Cet anesthésiant est notamment utilisé dans le cadre de procédures d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et n'a que peu d'équivalents médicamenteux sur le marché. En conséquence, ces centres ne parviennent plus à se fournir auprès des officines locales, à court de stock.

Selon les témoignages de terrain, les hôpitaux semblent souffrir de la même pénurie, ce qui les amènent à refuser des transferts de ce médicament vers les centres de planning. Les acteurs de terrain alertent ainsi sur la pénurie généralisée tant pour la Scandicaïne que pour ses rares alternatives, comme la Xylocaïne. La pénurie d'un tel médicament menace le droit fondamental des femmes à recourir à l'IVG dans de bonnes conditions. Des solutions doivent donc être trouvées de manière urgente.

Monsieur le ministre, confirmez-vous la pénurie évoquée? À votre connaissance, quelle en est l'étendue géographique?

Quelles sont les alternatives actuellement disponibles à la Scandicaïne? Quelles solutions s'offrent-

elles aux centres de planning familial pour pouvoir réaliser des IVG dans de bonnes conditions et répondre à ce droit fondamental?

Quelles solutions envisagez-vous pour contrer cette pénurie? Des discussions avec l'industrie pharmaceutique sont-elles en cours dans ce cadre?

Qu'en est-il dans les autres pays européens?

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Zanchetta, les médicaments Scandicaïne 1 % et Scandicaïne 2 % ne sont en effet pas disponibles actuellement. Les données, telles que rapportées par la société Aspen Pharma Trading dans notre système PharmaStatut, sont les suivantes. En ce qui concerne Scandicaïne 1 %, il y a une interruption de la commercialisation du 31 mai 2023 au 30 novembre 2023. Le système PharmaStatut indique "importation possible par le pharmacien". En ce qui concerne Scandicaïne 2 %, la notification dit "temporairement indisponible à partir du 10 avril 2023 jusqu'au 20 novembre 2023". Là aussi, au niveau de l'impact, on dit qu'il y a une importation possible par le pharmacien. Vous avez donc raison de dire qu'il y a un problème de disponibilité.

Les indications autorisées pour le médicament Scandicaïne, qui est à base de mépivacaïne, sont essentiellement l'anesthésie locorégionale préopératoire. Initialement, la lidocaïne xylocaïne a été proposée comme alternative mais, comme ce produit est également devenu indisponible pendant une longue période, la Scandicaïne est désormais considérée comme un médicament essentiel.

L'AFMPS est en contact avec le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, la société Aspen, concernant cette indisponibilité des anesthésiques locaux. Pour les deux médicaments, Scandicaïne 1 % et Scandicaïne 2 %, une dérogation a été approuvée en avril 2023 pour l'importation de conditionnements étrangers destinés à l'origine au marché français. Il s'agit de la Carbocaïne. Depuis lors, les patients peuvent donc être aidés en important de l'étranger un médicament à base de mépivacaïne. Pour un pharmacien, cela se fait sur la base d'une ordonnance et d'un certificat médical conformément à l'article 105 de l'arrêté royal du 4 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage humain et vétérinaire.

La société Aspen indique qu'elle est également confrontée à une pénurie des médicaments Scandicaïne 1 % et Scandicaïne 2 % en France. Cependant, nous n'avons pas connaissance d'autres pénuries de mépivacaïne en Europe.

Il y a bien un problème, comme vous l'indiquez. Si vous le désirez, vous pouvez suivre le statut dans les jours et les semaines qui arrivent sur le site web PharmaStatut. Nous suivons cela de près, mais c'est une situation difficile.

05.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je suis contente d'apprendre que vous suivez cela de près car cette demande émane de certains centres de planning. Il en va du droit des femmes à recourir à l'avortement. J'espère qu'une solution sera trouvée.

On sait que l'indisponibilité de certains médicaments est connue et que chacun a droit à des médicaments spécifiques. Il n'y en a pas un plus important que l'autre mais il faut bien reconnaître que dans ce cas, c'est presque une atteinte au droit des femmes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n° 55038705C de Mme Marie-Christine Marghem et n° 55038759C de Mme Laurence Hennuy sont sans objet.

06 **Samengevoegde vragen van**

- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Problemen bij het Antigifcentrum" (55038726C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De permanentie van het Belgisch Antigifcentrum" (55038765C)

06 **Questions jointes de**

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes au Centre Antipoisons" (55038726C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La permanence du Centre Antipoisons belge" (55038765C)

06.01 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, het Antigifcentrum krijgt jaarlijks ongeveer 60.000 oproepen. Dat komt neer op 180 oproepen per dag. Grosso modo 86 % daarvan gaat over de blootstelling aan allerlei giftige stoffen. De rest zijn vragen om informatie. Vier vijfde, als ik mij goed bevraagd heb, is afkomstig van het brede publiek. De rest is afkomstig van professionelen uit de gezondheidssector.

Ik ga ervan uit dat – op basis van die cijfers alleen al – niemand overtuigd hoeft te worden van het belang van de goede werking van die dienst. Wat blijkt echter, mijnheer de minister? We hebben op 10 september helaas moeten vaststellen dat het Antigifcentrum niet bereikbaar was. Het brede publiek mocht dat toen vernemen via Twitter, of tegenwoordig moet ik zeggen via X, omdat het Antigifcentrum via die weg liet weten dat de dienstverlening door gebrek aan personeel niet kon worden verzekerd. Men zal maar eens geen gebruik maken van de sociale media en het dus niet te weten komen.

Mijnheer de minister, er blijkt ook nog wel wat meer aan de hand te zijn dan een toevallig foutje in de personeelsplanning. De leden van de permanentie van het Antigifcentrum klaagden in een brief het vertrek van experts aan, en dus ook het verlies aan expertise binnen het Antigifcentrum. Zij legden de oorzaak daarvan bij de huidige directie.

Ik heb voor u een aantal vragen daarover.

Ten eerste, bent u op de hoogte van het probleem bij het Antigifcentrum? Het omgekeerde zou mij verbazen, maar ik stel die vraag voor alle zekerheid.

Ten tweede, welke stappen kunt u ondernemen of hebt u al ondernomen om de situatie bij het Antigifcentrum te verbeteren?

Ten derde, welke budgetten staan daar tegenover?

Ten vierde, plant u een doorlichting van de directie van het Antigifcentrum? Als dat zo is, wanneer zal die doorgaan? Als dat niet zo is, welke reden hebt u daarvoor?

06.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het Antigifcentrum (AGC) is een heel belangrijk orgaan in het voorkomen van vergiftigingen. Het wordt zowel door burgers als door zorgverstrekkers geraadpleegd om een correct wetenschappelijk advies te verkrijgen, maar verkeert in een crisis. De problemen doen zich voor sinds dokter Mostin in 2019 het leiderschap doorgaf aan een opvolger. Er zijn pogingen ondernomen om de problemen aan te pakken. Er is met Attentia gesproken. Een aantal mensen zijn van dienst veranderd. Anderen werden ontslagen.

Toch blijven de personeelsproblemen bestaan, vooral met de permanentie. Er zijn overmatige weekend- en nachtdiensten, wat zowel de persoonlijke levenskwaliteit als de kwaliteit van de adviezen in gevaar brengt.

In de brief aan de raad van bestuur is sprake van een vertrouwensbreuk en toxisch leiderschap van de nieuwe CEO, die sinds een paar jaar in het Antigifcentrum aan het werk is. Er wordt benadrukt dat het arbeidsreglement en de contractuele bepalingen strikt moeten worden nageleefd. Er moet een eerlijke werkverdeling van de werklast worden gewaarborgd. In de brief stond dat voor 1 oktober 2023 maatregelen genomen zouden moeten worden, maar die datum is al gepasseerd.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van die bezorgdheden? Weet u ook dat er sinds het vertrek van de vorige directeur een pak expertise is weggevloeid?

Kunt u informatie verstrekken over de maatregelen die werden genomen, die u zelf hebt genomen of die worden overwogen om de problemen bij het AGC aan te pakken, met name in het kader van wat Attentia gezegd heeft?

Wat is het standpunt van de regering met betrekking tot het verzoek van de medewerkers om concrete en constructieve oplossingen te bieden? Welke stappen hebt u genomen voor 1 oktober 2023, zoals u werd gevraagd?

Welke maatregelen zullen nog worden genomen om de naleving van het arbeidsreglement en een eerlijke verdeling van de werklust te garanderen?

06.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijn antwoord is wat gedateerd, waarvoor mijn excuses. Ik heb geen informatie over wat er op de laatste raad van bestuur is gezegd.

Ik ben op de hoogte, omdat er een vertegenwoordiger van de federale overheid in de raad van bestuur van het Antigifcentrum zit. Mijn beleidscel werd daarnaast ook gecontacteerd door verschillende medewerkers en ex-medewerkers over de problemen bij het AGC. Ik heb via onze vertegenwoordiger in de raad van bestuur gevraagd om een initiatief te nemen en een objectieve analyse uit te voeren. Door dat initiatief werd besloten om een externe consultant in te schakelen om een objectieve analyse van de situatie ter plaatse uit te voeren. Men zei me dat die consultant zeer snel aan de slag zou kunnen gaan, normaal deze maand al. Er worden ook nog andere mogelijkheden onderzocht, zoals de mogelijkheid om van thuis uit nachtdiensten te presteren. Ook andere initiatieven, zoals een herevaluatie van het beloningsbeleid, werden in gang gezet.

Volgens mijn informatie zouden op de bestuursvergadering van 13 oktober alle omschreven bezorgdheden en problemen besproken worden met de andere bestuursleden en gedeeld worden met de directie, om tot concrete acties te komen om de werking van het centrum op de lange termijn te garanderen, zowel wat betreft de kernopdrachten als het personeelsbeleid. Meer kan ik daar nu niet over zeggen.

Los van de al lopende maatregelen, zoals een herwerking van het arbeidsreglement door de juridische dienst van Attentia, maakt de eerlijke verdeling van de werklust ook deel uit van de interventie. Een herevaluatie van het verloningsbeleid is al in gang gezet. Andere mogelijkheden, zoals de nachtdiensten van thuis uit presteren, worden nog onderzocht.

Mijnheer Creyelman, u vroeg naar de centen die tegenover de bijkomende maatregelen staan. Het budget is nog niet gekend, omdat het contract met een externe firma nog niet getekend was op het ogenblik dat ik dit antwoord kreeg. Ik wil u ook informeren dat het hier om een privaatrechtelijke stichting van algemeen nut gaat, die sinds 2002 niet langer wordt gesubsidieerd door de FOD Volksgezondheid. Op dit moment neemt de Nationale Loterij 70 % van de financiering voor haar rekening.

06.04 **Steven Creyelman** (VB): Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister. Ter voorbereiding van deze vraag heb ik er de jaarrekening van 2022 bij genomen. We stellen daarin vast dat die toch een beeld geeft van de malaise bij het Antigifcentrum. Wat de personeelsproblemen betreft, komen er 5,3 voltijdse equivalenten bij, maar er gaan er ook bijna 7 weg. Dat wijst toch, zacht uitgedrukt, op een zekere attritie van ervaren personeel. We stellen ook vast dat nieuwe krachten de deur van het Antigifcentrum al heel snel achter zich dichttrekken.

Voor de voltijdse equivalenten zien we dat het aantal in 2022 van 22,7 naar 22,3 daalt. Dat is een nettodeficit. Het aantal gepresteerde uren stijgt van zowat 34.000 naar bijna 35.000. Ik hoef u niet uit te leggen dat dit een zekere druk op het personeel met zich meebrengt, waardoor niet alleen de kwantiteit en de bereikbaarheid, maar ook de kwaliteit van de dienst in het gedrang komen. U zegt dat de problemen nu worden besproken, maar als ik goed geïnformeerd ben, gebeurt dat al heel lang en onderneemt de directie niets. Het wordt allemaal wat weggelachen en genegeerd, in de hoop dat het probleem door ernaar te luisteren wel weggaat. Ik heb daar geen ander woord voor dan struisvogelpolitiek.

Voor de doorlichting zegt u nu een externe consultant aan te stellen, een soort van crisismanager die een en ander moet regelen. Ik vrees dat dat *too little too late* is. We hebben een doorgedreven doorlichting van het AGC nodig om de problemen heel duidelijk te identificeren, want als men niet weet wat er aan de hand is, dan kan men er ook niets aan doen.

06.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het verwondert me dat u zo snel uw paraplu opent. U verklaart dat u geen subsidies meer verleent, waardoor het uw probleem niet meer is. Beseft u wel wat het nut is van het Belgisch Antigifcentrum?

06.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, telkens wanneer u het woord neemt, citeert u mij, maar zegt u iets anders dan wat ik heb gezegd. Vanmorgen was dat ook het geval. U zegt telkens het omgekeerde van wat ik heb gezegd of iets wat ik helemaal niet heb gezegd. Dat is een rare gewoonte.

Ik heb niet gezegd dat het mijn probleem niet meer is, maar wel dat mijn vertegenwoordiger in de raad van bestuur heeft gevraagd een externe consultant in te schakelen en oplossingen te zoeken. Probeer deze commissie toch geen tijd te doen verliezen door altijd eerst te beweren dat ik het omgekeerde heb verklaard van wat ik werkelijk heb gezegd.

06.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het eerste wat u hebt gezegd is dat u wel een vertegenwoordiger hebt in de raad van bestuur, maar dat de informatie die uw vertegenwoordiger u heeft meegedeeld, niet meer up-to-date is. Laten we dan niet beginnen over wie wat zegt. U schuift de problemen vooruit en het betreft een probleem van de volksgezondheid.

Het eerste dat een zorgverstrekker aan de universiteit leert, is om bij vergiftiging of inname van een onbekend product naar het Antigifcentrum te bellen. Dat centrum vormt een essentiële pijler in de veiligheid van patiënten en burgers. In deze commissie verklaart u nu dat u nog eens een crisismanager zult aanwijzen of hebt aangewezen en nog eens een evaluatie zult doen. Tussen 2012 en 2019 zijn er vijf medewerkers van het Antigifcentrum vertrokken, tussen 2019 en 2023 zijn er 21 medewerkers vertrokken. U kunt dan niet beweren dat de volksgezondheid wordt gegarandeerd.

Een ander probleem is de tweetaligheid. Medewerkers van het Antigifcentrum moeten tweetalig zijn. Omdat er geen personeel is, laat men die tweetaligheid evenwel wat varen. Hoe zal een pediater die belt voor de juiste dosis van een of ander gif geholpen worden door een Franstalige die niet begrijpt wat die Vlaamse pediater zegt? Dat is een probleem.

Hoe verklaart u bovendien dat bepaalde actoren die advies hebben gevraagd, achteraf worden teruggebeld en een ander advies krijgen dan hun eerst was gegeven? Mijnheer de minister, is in dat geval de gezondheid van de persoon waarvoor werd gebeld, wel gegarandeerd? Neen, dat is niet zo.

U haalt de paraplu opnieuw boven. U moet heel dringend ageren. U moet bijvoorbeeld ook de oproepfiches kwalitatief onderzoeken. Ga eens na of die wel de juiste wetenschappelijke basis hebben. Vroeger werd het Antigifcentrum in de voormiddag permanent door drie personen bemand. In de namiddag was dat door vier personen. Toen kon nog eens worden overlegd met collega's wanneer er een echt wetenschappelijk probleem was. Nu wordt het centrum door twee personen bemand. Valt er eentje ziek, dan is er een probleem. Het centrum moet dat dan maar proberen op te lossen.

Er is een benchmark nodig voor de financiering en voor de verloning van de medewerkers.

Mijnheer de minister, u geeft aan dat wordt bekeken of thuisconsultatie mogelijk is. Dat is een heel klein doekje voor het bloeden. Een grondige audit moet u uitvoeren, en ervoor zorgen dat de volksgezondheid wordt gegarandeerd. Daar bent u evenwel niet mee bezig. U wil nu nog een crisismanager aanstellen. U verliest opnieuw tijd. Tijd kan in dit geval echter levens kosten.

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

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onbeschikbaarheid van geneesmiddelen" (55038752C)

07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indisponibilité des médicaments" (55038752C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): *Uit een recente bevraging van het Vlaams Patiëntenplatform onder 542 patiënten blijkt dat drie op de vier patiënten te maken hebben gehad met de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen bij hun apotheker. Bovendien geeft bijna de helft van deze patiënten aan dat dit aanhoudende tekort aan geneesmiddelen een ernstige impact heeft op hun welzijn, met verhoogde kosten, stress en verwarring tot gevolg. Opmerkelijk is dat in één situatie op de vijf zelfs geen alternatief geneesmiddel beschikbaar was, wat resulteert in het ontbreken van medicatie voor de patiënt tot het gewenste geneesmiddel of een alternatief weer beschikbaar is.*

De voorgestelde oplossingen bij geneesmiddelentekorten zijn vaak suboptimaal, zoals het overschakelen van bruistabletten naar siroop, het kopen van kleinere verpakkingen, het aanpassen van de dosering, het gebruik van buitenlandse producten, of het overschakelen naar geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof maar van een ander merk. Hoewel het geneesmiddelenagentschap FAGG de Farmastatus-website heeft opgezet om informatie over geneesmiddelentekorten te verstrekken, blijkt dat 86 procent van de patiënten nog nooit van deze website heeft gehoord. Bovendien is er discussie over de volledigheid van de lijst met onbeschikbare geneesmiddelen op Farmastatus, waarbij sommige betrokken partijen suggereren dat de werkelijke omvang van het probleem aanzienlijk groter is dan wat momenteel wordt gerapporteerd. Volgens Febelco, de belangrijkste distributeur-groothandel in ons land, is de daadwerkelijke lijst van onbeschikbare geneesmiddelen ruim drie keer zo lang.

Graag verneem ik het volgende:

Wat zijn de oorzaken van de aanhoudende problemen met de beschikbaarheid van geneesmiddelen in België, en welke stappen worden ondernomen om deze problemen aan te pakken?

Hoe kunt u de communicatie en informatievoorziening aan patiënten verbeteren, zodat zij beter geïnformeerd zijn over de beschikbaarheid van hun geneesmiddelen en de verwachte duur van eventuele tekorten?

Bent u bereid om de Farmastatus-website te verbeteren om de volledigheid en toegankelijkheid van informatie over geneesmiddelentekorten te vergroten, en zo ja, welke maatregelen zult u nemen?

Welke maatregelen overweegt u om de werkelijke omvang van geneesmiddelentekorten in België beter in kaart te brengen en te rapporteren, rekening houdend met de zorgen geuit door apothekers en distributeurs?

Hoever staat u met het KB dat erin zal voorzien dat patiënten gecompenseerd worden voor de eventuele meerkost van de invoer of substitutie van een ontbrekend geneesmiddel?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: *Mevrouw Depoorter, ik heb ontzettend veel energie in deze zaak gestoken de voorbije maanden. Ik heb een Europese actie op gang gebracht, die ertoe geleid heeft dat op dit eigenste moment de Europese Commissie een uitgebreide mededeling doet over de strijd tegen onbeschikbaarheden. De Europese Commissie omarmt de drie pistes die België op tafel heeft gelegd en begint die uit te werken. Dat is een onwaarschijnlijk succes voor België, de Belgische diplomatie en de actie die we hebben ondernomen.*

Het gaat ten eerste over de organisatie van een concreet solidariteitsmechanisme tussen Europese landen. Ten tweede zal het EMA een lijst van kritieke geneesmiddelen opstellen, waarbij problemen inzake bevoorrading Europees gemonitord worden. Ten derde gaat het over een zeer fundamentele reeks van ingrepen, in het perspectief van een Critical Medicines Act dat we geschetst hebben van. Het moet daarbij ook mogelijk zijn om op Europees vlak terug autonomie te verwerven over de productie van basisgeneesmiddelen.

De Europese Commissie is daarbij ook ingegaan op de idee, binnen de rangen van de Europese Commissie zelf uitgewerkt, dat de autonome productie van sommige basisgeneesmiddelen een dienst

van algemeen economisch belang is en niet louter een zaak van marktmechanismen of vrijemarktmechanismen. Dat is een onwaarschijnlijk grote stap vooruit, na maanden van inzet van mijn administratie, mijn medewerkers en mijzelf. Ik ben dus heel blij dat u mij die vraag stelt.

Natuurlijk is er ook actie op Belgisch niveau. Ik overloop een aantal elementen. Het FAGG werkt mee in dat Europese kader. Wanneer het EMA bijvoorbeeld een lijst maakt van kritieke geneesmiddelen, dan zit het FAGG mee aan tafel. Dat is evident.

Het FAGG heeft ook een applicatie uitgewerkt, de Stock Monitoring Tool, om wekelijks info over de voorraden van geneesmiddelen te verzamelen van alle actoren in de toeleveringsketen, de farmaceutische industrie, de groothandelaar-verdelers, de ziekenhuisapotheken en de apotheken. Dat is erg belangrijk om onbeschikbaarheden te voorspellen en te voorkomen, omdat men dan direct een zicht krijgt op alle voorraden in de keten. Men begrijpt de markt dan beter. Men heeft ook minder tijd nodig om de ernst van een situatie te onderzoeken en om maatregelen uit te werken.

De informatie van FarmaStatus zit verwerkt in de software van artsen. Zowel bij het voorschrijven van een geneesmiddel door de arts als bij het afleveren van een geneesmiddel door de apotheker krijgt de patiënt van zijn gezondheidsbeoefenaar informatie op maat. De website FarmaStatus is toegankelijk voor iedereen. Patiënten kunnen op die website zelf informatie terugvinden over de beschikbaarheid van hun geneesmiddel.

Via de knop *Hou mij op de hoogte* kan de patiënt wijzigingen in de beschikbaarheid van zijn geneesmiddel via mail ontvangen. Het FAGG is bovendien bezig met de ontwikkeling van een centraal webportaal op maat van de patiënt met informatie over producten die worden afgeleverd in de apotheek. Ook hier zal de patiënt informatie kunnen terugvinden over de beschikbaarheid van geneesmiddelen en zal een er link komen naar FarmaStatus.

Het FAGG onderzoekt ook welke maatregelen nodig zijn om de juistheid van de gegevens van FarmaStatus op een onbetwistbare manier te garanderen. Sinds april 2021 kunnen apothekers en groothandelaars-verdelers ook zelf signaleren wanneer er een probleem is met een levering, wanneer er een vermoeden van een tekort is of wanneer de vermoedelijke einddatum van een melding verstreken is. Die berichten en iedere melding van een vermoedelijke onbeschikbaarheid die we via mail krijgen, worden actief opgevolgd door het FAGG. Met de Stock Monitoring Tool waarover ik het daarnet had, willen we ook maximaal anticiperen op onbeschikbaarheden en helpen ze te beperken of zelfs te voorkomen.

U sprak ook over het besluit dat ik heb genomen met betrekking tot de terugbetaling van meerkosten, als ik het zo mag noemen. U hebt al vaak verwezen naar het initiatief dat u daaromtrent hebt genomen en dat ook werd goedgekeurd. Dat wettelijk kader bleek zeer moeilijk uitvoerbaar. We hebben dus een nieuwe piste moeten zoeken, wat bijzonder veel discussie en overleg heeft gevergd. U hebt gelijk dat het lang heeft geduurd. Ik vraag een beetje begrip voor het feit dat het overleg hierover moeizaam verliep en lang duurde. Bij andere gelegenheden legt u nogal sterk de klemtoon op noodzakelijk overleg en het vinden van consensus. Dat was hier zeer moeilijk.

We hebben nu uiteindelijk voor dit besluit een gunstig advies van het Verzekeringscomité gekregen. Dat zit nu in de procedures met betrekking tot de administratieve en begrotingscontrole. Ik heb het akkoord van de staatssecretaris voor Begroting gevraagd over wat voorligt en hoop dat het dan eindelijk geïmplementeerd wordt.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, FarmaStatus, het exportverbod en de terugbetaling van meerkosten zijn drie zaken uit het wetsvoorstel dat ik heb ingediend en dat werd goedgekeurd door de Kamer. U bent inderdaad belast met de uitvoering daarvan. Als we het dan toch over juiste communicatie hebben, kunnen we het op die manier zeggen.

Het is goed dat u eindelijk een oplossing lijkt gevonden te hebben. Vier jaar na de goedkeuring van mijn wetsvoorstel hoop ik dat er eindelijk een antwoord komt voor de laatste fase, namelijk de substitutie van niet-beschikbare geneesmiddelen, want vier jaar om een goedgekeurd wetsvoorstel van een oppositiedig te implementeren is lang.

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het was onuitvoerbaar. We hebben dus iets anders moeten zoeken.

07.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Onze patiënten zullen tevreden zijn.

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

08 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "MS-patiënten" (55038756C)**

08 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les patients atteints de SEP" (55038756C)**

08.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag betreft de patiënten van multiple sclerose (MS). Ik wil uw aandacht vragen voor een recente ontwikkeling in de farmaceutische sector met betrekking tot het geneesmiddel Tecfidera, dat wordt gebruikt in de behandeling van multiple sclerose.

In het voorjaar van dit jaar heeft zich een opmerkelijke situatie voorgedaan waarbij het Amerikaanse farmaceutische bedrijf Biogen de exclusieve rechten op Tecfidera in de Verenigde Staten verloor, terwijl in Europa het omgekeerde plaatsvond. Het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) had eerder besloten om het monopolie van Biogen op Tecfidera op te heffen, maar tot verrassing van velen heeft de Europese Commissie in Brussel die beslissing teruggedraaid. Dat heeft verstekkende gevolgen voor generieke geneesmiddelenproducenten die generieke versies van Tecfidera hadden ontwikkeld en op de markt brachten. Ze hadden geïnvesteerd in betaalbare alternatieven voor Tecfidera, wat de concurrentie en lagere prijzen bevorderde.

Hoe beoordeelt u de recente beslissing van de Europese Commissie om het monopolie van Biogen op Tecfidera te handhaven, ondanks het eerdere besluit van het EMA om het op te heffen?

Welke stappen onderneemt de Belgische regering om ervoor te zorgen dat patiënten betaalbare behandelingen voor MS blijven krijgen, ondanks de beslissing?

Overweegt de Belgische regering om de kwestie aan te kaarten op Europees niveau en te pleiten voor een herziening van de beslissing van de Europese Commissie?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat uw eerste vraag betreft, loopt de discussie over het al dan niet intrekken van de vergunning van dit generische product nog. Ik zal er dan ook geen verdere uitspraken over doen.

In verband met uw tweede vraag zet de Belgische regering maximaal in op de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor patiënten, daarbij rekening houdend met het geldende juridische kader en, bijgevolg, met de regels met betrekking tot de gegevens- en marktbeschermingsperiode.

Wat uw derde vraag betreft, kan ik u zeggen dat de Belgische regering de besprekingen op het Europese niveau opvolgt.

08.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het is een weinigzeggend antwoord. Als alles nog loopt, kan het inderdaad moeilijk zijn om hier duidelijk op te antwoorden. Ik denk dat we, wanneer een geneesmiddel geen patent meer heeft, erover moeten waken dat de generieke markt kansen krijgt. U zult het daarmee eens zijn. Wanneer een kader is afgesproken, is het essentieel om dat kader ook te volgen, in de beide richtingen. Daarnaast dient de toegang tot geneesmiddelen voor onze patiënten altijd gevrijwaard te worden.

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

09 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86" (55038792C)

09 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie pour les enfants dont le QI est inférieur à 86" (55038792C)

09.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over de terugbetaling van logopedie voor kinderen met een IQ van minder dan 86. U weet dat er sinds 1996 geen terugbetaling meer wordt aangeboden voor monodisciplinaire logopediebehandelingen voor kinderen met een intelligentiestoornis, een taalontwikkelingsstoornis of een IQ van minder dan 86. U beantwoordde in april nog enkele vragen daarover.

Gelet op de alarmsignalen die ik sindsdien heb ontvangen, vind ik het belangrijk om die problematiek nogmaals aan te snijden. Ook Unia stelde in zijn memorandum duidelijk dat er dringend werk moet worden gemaakt van de afschaffing van dit onderscheid in terugbetaling. Het is volgens mij belangrijk dat in de gezondheidszorg elk kind dezelfde kansen krijgt. De ontwikkeling van een kind is immers bepalend voor zijn levenskwaliteit op latere leeftijd.

In uw antwoord van april deelde u mee dat de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen bereid was te onderzoeken of kinderen met autisme niveau 1 kunnen worden opgenomen in de monodisciplinaire nomenclatuur. Dat zou al een mooi begin zijn en ik hoop dat daarvan intussen al werk werd gemaakt. De wachtlijsten bij de revalidatiecentra voor multidisciplinaire behandeling zijn immers lang. Er zijn ook onvoldoende middelen om die kinderen intensief te begeleiden, waardoor de ouders zich nog steeds genoodzaakt zien om monodisciplinaire logopedisten te zoeken. Daarvoor is helaas geen terugbetaling voorzien, wat zorgt voor een zorg op twee snelheden, waarbij kinderen uit goeie gezinnen wel terechtkunnen bij een monodisciplinaire logopedist en andere op een wachtlijst belanden. Ik wil die twee snelheden graag weggewerkt zien.

Heeft de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen intussen al onderzocht of kinderen met autisme niveau 1 in de nomenclatuur kunnen worden opgenomen? Indien niet, wat is de voorziene timing hiervoor? Is er intussen al meer duidelijkheid over de studie die door het KCE werd uitgevoerd om een koninklijk besluit uit te vaardigen, conform de wet van 8 mei 2019?

Ten slotte, hebt u zicht op hoeveel kinderen er precies op een wachtlijst voor multidisciplinaire behandeling staan en hoeveel kinderen er vandaag nog geen terugbetaling krijgen voor monodisciplinaire behandelingen, zodat ik die blinde vlek in kaart kan brengen?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Farih, kinderen met een IQ lager dan 86 kunnen inderdaad geen terugbetalingsakkoord krijgen voor monodisciplinaire logopediebehandeling voor taalontwikkelingsstoornissen of dysfasie. De andere logopedische stoornissen binnen de nomenclatuur hebben de IQ-score niet als criterium. Voor de betreffende kinderen met een IQ lager dan 86 is een multidisciplinaire behandeling binnen de centra voor ambulante revalidatie aangewezen. Het klopt dat die centra kampen met wachtlijsten en ongelijk geografisch verspreid zijn, maar het aanbod van logopedie in die centra en ook het buitengewoon onderwijs vallen niet onder de federale bevoegdheden. Sinds de zesde staatshervorming maken die centra deel uit van de bevoegdheden van de gefedereerde entiteiten. In Vlaanderen moet dat dus met de Vlaamse overheid worden besproken.

Wat uw vraag over kinderen met autisme betreft, heeft de Overeenkomstencommissie zich inderdaad bereid verklaard om in een werkgroep te bekijken hoe kinderen met autisme met ernstniveau 1 voor hun logopedische stoornis behandeld zouden kunnen worden binnen de monodisciplinaire logopedische nomenclatuur en wat daarvan de budgettaire impact zou zijn. De Overeenkomstencommissie acht het belangrijk om gepaste en wetenschappelijk onderbouwde zorg te kunnen aanbieden aan kinderen met autisme en een logopedische stoornis. Meer bepaald moet worden afgelijnd welke kinderen baat hebben bij een monodisciplinaire of multidisciplinaire behandeling. In afwachting van bijkomende input over de wetenschappelijke onderbouw, is een concrete timing in die werkgroep nog niet afgesproken.

Ik heb geen zicht op het aantal kinderen dat momenteel geen terugbetaling kan krijgen voor een logopediebehandeling via de verplichte ziekteverzekering. Het RIZIV beschikt niet over die gegevens. Ik vermoed dat de centra voor ambulante revalidatie gegevens hebben over het aantal kinderen met een IQ lager dan 86 of en/of autisme van ernstniveau 1 dat momenteel een multidisciplinaire behandeling in die centra volgt en dus geen monodisciplinaire behandeling binnen de verplichte ziekteverzekering, maar ook die vraag zou aan de bevoegde overheden gesteld moeten worden.

De wet van 8 mei 2019 betreffende de tenlasteneming van de logopedische verstrekkingen stelt dat de Koning de cumulregels bepaalt voor monodisciplinaire logopedie en multidisciplinaire revalidatie voor kinderen met een intelligentiestoornis gedefinieerd als een performantieel of non-verbaal IQ of OQ, ontwikkelingsquotiënt, van minder dan 86.

Zoals ik in mijn antwoorden op eerdere parlementaire vragen over dit onderwerp ook al aangaf, lijkt een grondige analyse me aangewezen alvorens een dergelijk koninklijk besluit op te stellen. Het RIZIV heeft bij het Kenniscentrum een studievoorstel voor het jaarprogramma 2024 ingediend over dat thema. Het deed dat onder meer om de mogelijkheid te onderzoeken om monodisciplinaire logopedie, dus via de federale ziekteverzekering, te combineren met een multidisciplinaire behandeling in de centra voor ambulante revalidatie. Die vallen in Vlaanderen onder de Vlaamse bevoegdheid.

Dit voorstel wordt samen met de andere studievoorstellen bekeken door de KCE-diensten. Het jaarprogramma voor 2024 is nog niet vastgelegd. Het is dus momenteel niet duidelijk of en op welke termijn die studie uitgevoerd zal worden.

09.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, die vragen werden hier in de commissie al vaker gesteld. Ik begrijp dat u verwijst naar Vlaanderen voor de multidisciplinaire centra, maar de terugbetaling is een federale bevoegdheid. We kunnen daarin echt wel stappen zetten. Het gaat immers niet over een gigantisch budget, maar over kinderen die aan levenskwaliteit kunnen winnen wanneer ze tijdig terechtkunnen bij een logopedist die hen intensief begeleidt. Dat is zeer belangrijk voor hun levenskwaliteit. Ik wil dus toch nog eens benadrukken dat u het best nog eens met de Overeenkomstencommissie logopedisten-ziekenfondsen kunt spreken om daar zo snel mogelijk werk van te maken. De alarmsignalen zijn immers luid en duidelijk.

Kinderen zouden nooit met twee snelheden zorg mogen of moeten ontvangen, wat op dit moment op het terrein wel gebeurt. We zullen op korte termijn niet kunnen vechten tegen de wachtlijsten in de multidisciplinaire centra, maar we kunnen wel iets doen aan de federale terugbetaling.

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

10 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stijging van het aantal privéklinieken" (55038795C)

10 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation du nombre de cliniques privées" (55038795C)

10.01 Nawal Farih (cd&v): Het aantal privéziekenhuizen zit al een tijdje in de lift; al in 2017 hadden we daarover een debat in het Vlaams parlement. Door de nieuwe ziekenhuisfinanciering, die druk zet op de ereloonsupplementen van zorgverstrekkers, organiseren alsmaar meer artsen van uiteenlopende disciplines, van plastische chirurgen, oftalmologen en dermatologen tot orthopedisch chirurgen, zich in een minipraktijk, waar ze een gedifferentieerd aanbod aan patiënten leveren. Ik maak me daar zorgen over. De zorginspectie probeert haar werk zo goed mogelijk te doen, maar de definitie van een ziekenhuis maakt dat die praktijken zich niet evenzeer aan de regels dienen te houden, wat wel een gevaar is voor de patiënten.

Hebt u zicht op het aantal in België actieve privéklinieken?

Is er een grote stijging merkbaar de voorbije vijf jaar? Met hoeveel procent is het aantal gestegen?

Hebt u er weet van of er proportioneel meer meldingen of klachten zijn over mogelijke gebrekkige zorg in de privéklinieken?

Hoe staat u tegenover het differentiëren van terugbetaling voor ingrepen die plaatsvinden in een privékliniek ten opzichte van ingrepen die plaatsvinden in erkende algemene ziekenhuizen? Zo kunnen we patiënten toch toeleiden naar erkende algemene ziekenhuizen waar de kwaliteit hoog genoeg is, waarbij er in voldoende middelen voorzien is en waarbij het zorgpersoneel opgeleid genoeg is om alle ingrepen op een zo veilig mogelijke manier te laten plaatsvinden.

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, u kaart een belangrijke kwestie aan, die onze aandacht verdient

Ik schets eerst het wetgevend kader waarin we nu werken. Om te beginnen, is er geen wettelijke definitie van een privékliniek in België. A fortiori kan ik dus niet zeggen dat er privéklinieken erkend zijn als privékliniek. Ik kan dus ook niet zeggen hoeveel privéklinieken er zijn in België. Ik wil er wel op wijzen dat naar aanleiding van de publicatie van de kwaliteitswet in 2019 en met uitvoering van artikel 42 van die wet een nieuw register van de praktijken van beroepsbeoefenaars uit de gezondheidssector wordt ontwikkeld. Artikel 42 van die wet bepaalt immers dat de volgende informatie bekend moet zijn per gezondheidszorgbeoefenaar: een algemene omschrijving van de gezondheidszorg die hij of zij verstrekt, de beschrijving of hij of zij gezondheidszorg al dan niet verstrekt in het kader van een samenwerking met andere gezondheidszorgbeoefenaars en de locatie waar hij of zij de bedoelde gezondheidszorg verstrekt.

De FOD Volksgezondheid en het RIZIV ontwikkelen nu het register van praktijken. Dat zal operationeel zijn in het voorjaar van 2024. We halen de informatie uit verschillende databanken, zodat de verzamelde informatie zo betrouwbaar mogelijk is. Als dat operationeel is, zal het natuurlijk gemakkelijker zijn om informatie over de locatie waar onze zorgverleners te werk gesteld zijn, op te zoeken.

U suggereert een gedifferentieerde terugbetaling van de artsenhonoraria voor ingrepen die opgenomen zijn in de verplichte ziekteverzekering in functie van het onderscheid privékliniek/niet-privékliniek. Dat is echter op het eerste gezicht niet evident. Als men geen reden heeft om te discrimineren inzake terugbetaling van honoraria, mag men dat natuurlijk niet doen. Wat zou immers het argument zijn om minder terug te betalen in een bepaalde kliniek die men wel erkent en die dus in orde is? Ik vind dat niet evident.

Als het gaat om ingrepen of behandelingen die in daghospitalisatie worden uitgevoerd, dus in een erkend ziekenhuis, kan het ziekenhuis in tegenstelling tot een extramurale praktijk naast de medische honoraria wel een aanvullend forfait van het RIZIV factureren in het geval van medische daghospitalisatie of een ligdag in het geval van chirurgische daghospitalisatie.

Op die manier ontstaat er wel een verschil in globale financiering tussen het extramurale, los van een ziekenhuis, en bijvoorbeeld de daghospitalisatie. Dat is echter geen differentiatie qua nomenclatuur. We moeten er ons ook aan houden dat ingrepen of prestaties boven een K120/N200-waarde door het RIZIV niet worden terugbetaald, indien die uitgevoerd worden buiten het ziekenhuis.

Er bestaat geen specifieke klachteninstantie voor privéklinieken, waardoor het onmogelijk is hierover cijfers te geven. Uiteraard ontvangen mijn administraties klachten die eventueel te maken kunnen hebben met zorgverlening in een privékliniek. Er wordt niet altijd meteen aangegeven of het gaat om een klacht in een individuele praktijk, een groepspraktijk of een privékliniek. Dat komt doordat de federale overheid wel bevoegd is voor de uitoefening van de geneeskunde, maar niet voor het organiek beleid in de zorginstellingen, met uitzondering van de ziekenhuizen. Het organiek beleid van de zorginstellingen valt onder de deelstaten. Daarom is de band tussen een klacht over een beoefenaar niet noodzakelijk aangevuld met gegevens over wat er in die zorginstelling gebeurde.

Dat gezegd zijnde, deel ik uw mening dat we aandacht moeten hebben voor villageneeskunde, extramuraal met de duidelijke intentie om ingrepen uit te voeren die men traditioneel in een ziekenhuis verrichtte. Bij de lopende nomenclatuurhervorming, waarvan ik de gegevens tegen eind 2024 op een rij wil hebben, is dat voor mij een belangrijk aandachtspunt. Er is een betere valorisatie van medische prestaties in de intramurale geneeskunde nodig omdat intramurale zorg in een ziekenhuis inhoudt dat men de solidariteit van wachtdiensten op zich neemt en dat men beschikbaar is voor collega's. Dat mag

extra gevaloriseerd worden. Dat betekent dat een aantal typische functies die men intramuraal opneemt en die extramuraal niet aanwezig zijn, hun plaats moeten krijgen in die nieuwe nomenclatuur. Dat is een belangrijk stuk van het debat over villageneeskunde versus ziekenhuisgeneeskunde. Dat moeten we echt wel oppikken, naast eventuele andere elementen die u aanreikt.

10.03 Nawal Farih (cd&v): Ik maak me zorgen over het fenomeen en pleit voor differentiatie tussen privéklinieken en erkende algemene ziekenhuizen, omdat we op het terrein merken dat de privéklinieken door hun beperkte middelen en wegens hun drijfveer, met name winst maken, vaak besparen op materiaal en omkadering door het zorgpersoneel, wat ten koste gaat van de veiligheid van en de zorg voor de patiënt, die vaak niet geïnformeerd is. Ik snap dat u niet kunt differentiëren in terugbetaling. Hoe dan ook moet er werk worden gemaakt van een wettelijke definitie voor privékliniek.

We zien het fenomeen ook in andere landen. In Amerika is er de gigantische druk van alsmaar meer privéklinieken en daar is de patiënt het slachtoffer van, gelet op de incidenten in die zorgpraktijken. Ons land moet dat voorkomen.

U wijst erop dat eventuele klachten tegen de zorgverstrekker worden ingediend. Ik pleit ervoor om de locatie waar de ingreep plaatsvond, in de registratie op te nemen, omdat – ik herhaal het – het risico op incidenten voor patiënten in privéklinieken groter is wegens hun beperkte middelen en hun doelstelling, namelijk grote winstmarges.

Ik hoop dat u mijn bezorgdheid ter harte neemt, want de afbouw van de ereloonsupplementen voor zorgverstrekkers zal er helaas voor zorgen dat zorgverstrekkers hun heil zoeken bij privéklinieken om daar meer te verdienen. We zullen de strijd samen moeten voeren en ervoor moeten zorgen dat ingrepen gecontroleerd en op een veilige locatie plaats kunnen vinden. Daarom is het belangrijk om de definitie voor privéklinieken wettelijk te verankeren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La contamination généralisée des Européens au bisphénol A" (55038798C)

11 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bisfenol A in het lichaam van haast alle Europeanen" (55038798C)

11.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, récemment, l'Agence européenne pour l'environnement relevait dans une étude que près de 92 % des Européens adultes démontraient la présence de Bisphénol A dans leur organisme. C'est une information inquiétante au regard des effets néfastes de ce perturbateur endocrinien sur la santé, connus et documentés par le CSS notamment.

Le 16 mai dernier, je vous interrogeais déjà sur la présence alarmante de Bisphénol A dans certains produits alimentaires destinés notamment aux nourrissons. L'EFSA avait alors émis un avis visant à abaisser la dose journalière par kilo du Bisphénol A à près de 20 000 fois moins que la quantité initiale.

Dans votre réponse, vous aviez indiqué que des mesures concernant les produits en contact avec des denrées alimentaires étaient en cours de discussion au niveau fédéral. Par ailleurs, vous nous rapportiez également la réunion à venir du groupe de travail y afférant au sein de la Commission européenne. La position de la Belgique au sein de ce groupe de travail consistait "à demander à la Commission de prendre des mesures urgentes et appropriées pour tous les matériaux en contact avec les denrées alimentaires".

Monsieur le ministre, en mai dernier, vous indiquiez mener des discussions au niveau fédéral concernant les matériaux en contact avec les denrées alimentaires. Ces discussions ont-elles mené à des conclusions ou des initiatives?

Le groupe de travail relatif à la problématique devait se réunir en juin dernier à la suite du nouvel avis de l'EFSA. Ces réunions ont-elles ouvert la porte à de futures mesures contraignantes au niveau européen? Quelle position a-t-elle été adoptée par la Belgique au sein de ces groupes de travail?

Enfin, vous déclariez qu'à l'image d'autres pays européens comme la France, "une éventuelle interdiction totale de l'utilisation intentionnelle du BPA dans tous les matériaux en contact avec les denrées alimentaires pouvait être soutenue". Qu'en est-il aujourd'hui?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: L'utilisation du Bisphénol A dans les plastiques et vernis destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires est réglementée au niveau européen par les Règlements 10/2011 et 2018/2013. Ils fixent certaines conditions d'utilisation du Bisphénol A: une limite de migration spécifique de 0,05 mg/kg vers les denrées alimentaires a été fixée pour les plastiques et les vernis ainsi que l'interdiction de fabriquer des biberons et des gobelets en polycarbonate destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge.

En outre, il existe une interdiction du Bisphénol A dans les vernis et revêtements des matériaux en contact avec les denrées alimentaires spécifiquement destinées aux nourrissons et aux jeunes enfants. Le 19 avril 2023, l'EFSA a publié un nouvel avis sur le Bisphénol A, abaissant la dose journalière tolérable de 20 000 fois depuis son dernier avis de 2015 à 0,2 mg/kg de poids corporel par jour.

La Commission européenne travaille actuellement à l'interdiction de l'utilisation intentionnelle du Bisphénol A dans tous les matériaux en contact avec les aliments. Début juillet, la Commission européenne a présenté son premier document d'orientation aux États membres et un séminaire en ligne a été organisé à l'intention des parties prenantes sur une éventuelle interdiction du Bisphénol A. La Commission européenne prévoit de soumettre un projet de consultation publique à l'automne 2023 et de publier le règlement au printemps 2024.

Une éventuelle interdiction totale de l'utilisation intentionnelle du Bisphénol A dans tous les matériaux en contact avec des denrées alimentaires peut être soutenue. Toutefois, il faut veiller à ne pas le remplacer par d'autres bisphénols ou autres substances préoccupantes et de réfléchir à la manière de traiter, par exemple, une éventuelle contamination des matériaux recyclés par le Bisphénol A.

11.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il est vrai que vous aviez déjà insisté sur l'importance de ne pas remplacer un matériau qui pourrait effectivement être dangereux pour la santé, par un autre matériau dont on ne connaît pas encore la dangerosité. C'est une chose à laquelle nous serons particulièrement attentifs.

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

12 Vraag van Servais Verherstraeten aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De huisartsenwachtposten in de regio Kempen" (55038810C)

12 Question de Servais Verherstraeten à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les postes médicaux de garde dans la région campinoise" (55038810C)

12.01 Servais Verherstraeten (cd&v): Mijnheer de minister, er is al heel wat discussie gevoerd over de huisartsenwachtposten en de functionele samenwerkingsverbanden. Vooral over Limburg is al heel wat discussie in het Parlement gevoerd. Ik vraag nu uw aandacht voor de situatie in de Kempen en de regio errond. In die regio bedienen de bestaande wachtposten heel wat gemeenten. De huisartsenwachtpost in de regio Turnhout bedient vandaag bijvoorbeeld 14 gemeenten.

Er zijn dan ook bezorgdheden over de uitrol van de functionele samenwerkingsverbanden en dan vooral over patiënten die met een dringende medische vraag tijdens de nacht een of meerdere spoeddiensten zullen moeten passeren alvorens bij de wachtpost terecht te kunnen. Andere patiënten zullen misschien urenlang moeten wachten op een mobiele wachttarts omdat het over zeer uitgestrekte gebieden gaat met een niet al te snelle mobiliteit.

Een andere bezorgdheid is dat dezelfde regels zullen worden opgelegd aan stedelijke wachtposten en landelijke wachtposten, aan grote en kleine wachtposten, aan wachtposten die op zichzelf staan en wachtposten die een nauwe samenwerking met een nabij ziekenhuis hebben. Vooral voor de meer rurale wachtposten blijkt er sprake te zijn van nadelen door die nieuwe methode van financiering.

Voor de functionele samenwerkingsverbanden moeten er nieuwe overkoepelende vzw's worden opgericht die zowel de financiën als de organisatie van de wachtposten regelen. Een centrale coördinator zal een beleid moeten hanteren dat geen onderscheid in kleine en grote wachtposten maakt.

Mijnheer de minister, zijn de bezorgdheden over de toegankelijkheid van de wachtposten in de Kempen en de regio rond de Kempen u al ter ore gekomen? Hebt u contacten met de wachtposten hierover? Wat kan er gebeuren om de dienstverlening te verbeteren?

Blijven de vzw's van de individuele wachtposten voortbestaan of zal er alleen nog sprake zijn van een overkoepelende vzw van het functioneel samenwerkingsverband? Zal er nog voldoende ruimte zijn voor lokale eenheden, eigen aan de diversiteit van de regio's?

De zorgen die in Limburg leven, hebben ervoor gezorgd dat u alternatieve scenario's op basis van simulaties hebt uitgewerkt.

Kan dat ook in andere regio's, en meer in het bijzonder voor de wachtposten in de Kempen?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Verherstraeten, ik weet dat u al lang wacht op een antwoord op die zorgen. Ik ben mij ervan bewust dat er op het terrein, niet alleen in de Kempen trouwens, heel wat discussie is over de manier waarop de functionele samenwerkingsverbanden uitgerold zullen worden. Ik begrijp dat goed, want het gaat echt over iets nieuws.

Heel algemeen wil ik stellen dat het idee van die functionele samenwerkingsverbanden dateert van de vorige regeerperiode. Ik wou niet herbeginnen. Ik heb me dus voorgenomen om het kader dat onder de vorige regering werd beslist, te implementeren.

Dat werd niet overal goed aanvaard. Misschien heeft dat te maken met het gevoel dat het om een besparingsoperatie gaat. Dat is het echter niet. Kijk maar naar wat we zullen investeren in de organisatie van de huisartsenwachtposten. Dan spreek ik niet over de vergoeding van de artsen, maar over de logistiek, het transport, het onthaal, enzovoort. Het ging om zowat 23 miljoen euro in 2019. Tegen 2025 zal het om meer dan 70 miljoen euro gaan. Kortom, dit is een massale extra investering.

Op zichzelf zou dit moeten geruststellen, maar ook het feit dat men op een hoger niveau moet gaan samenwerken in vzw's, roept heel veel vragen op.

Ik kan u wel zeggen dat het RIZIV voortdurend in contact staat met de huisartsenwachtposten. Elke wachtpost kan vragen stellen en opmerkingen maken. Die worden geanalyseerd, en er wordt ook op geantwoord.

Mijn medewerkster van mijn beleidscel zei daarnet dat ze vanmorgen nog heeft samengezeten met de verantwoordelijken van het RIZIV over het uitwerken van een heel duidelijke lijst met FAQ's. Ik meen echt dat die nodig is.

We willen de begeleiding van de huisartsenwachtposten goed organiseren. Er is nog heel veel werk te doen. Ik kom daar dadelijk op terug. Daarom zal mijn antwoord op uw laatste vraag voor u misschien teleurstellend zijn.

Op uw tweede vraag kan ik het volgende antwoorden. De functionele samenwerkingsverbanden moeten worden ondergebracht in vzw's. Dat is zo vastgelegd. De budgetten voor elk functioneel samenwerkingsverband worden vastgelegd in contracten tussen het RIZIV en de vzw's van de functionele samenwerkingsverbanden. De bedragen worden door het RIZIV gestort op de bankrekening van de vzw.

De vzw's die gekoppeld zijn aan bestaande individuele wachtposten kunnen blijven bestaan en kunnen voor andere organisatorische doeleinden worden gebruikt. De financiering zal dus wel lopen via de vzw van het functioneel samenwerkingsverband.

Ik begrijp heel goed uw vraag over simulaties, want ik heb voor de provincie Limburg door het RIZIV simulaties laten maken. Mijn eigen mensen hebben daaraan ook meegewerkt. In Limburg was er immers heel veel ongerustheid en circuleerde er wat verkeerde informatie, maar dat is begrijpelijk. We hebben dat proberen recht te zetten door verschillende mogelijke scenario's in detail te berekenen. De uiteindelijk goedgekeurde versie van het besluit is ook geëvolueerd.

De boodschap voor Limburg was dat het bedrag van de investering in de ondersteuning van de wachtposten verschillend zou zijn naargelang de keuze die men zou maken. Er was echter zeker nooit achteruitgang, maar wel een verschillende mate van vooruitgang. Dat is natuurlijk belangrijk. Ik begrijp dat u nu zegt dat ik iets gedaan heb voor Limburg en dat u zich afvraagt waarom dat niet kan voor de Kempen of voor andere regio's.

Ik hoop dat u mij dat niet kwalijk neemt. Het RIZIV heeft me gezegd dat ze het niet voor elke regio opnieuw zouden doen. Het was immers enorm veel werk. Ze wilden de vraag globaal bekijken. Op vraag van Domus Medica wordt nu een universitaire studie uitgevoerd, waarbij men de optimalisatie van de samenwerking tussen bestaande wachtposten voor heel België onderzoekt en definieert. Men vraagt om de resultaten van die studie af te wachten en vervolgens de wachtposten en potentiële functionele samenwerkingsverbanden toe te laten om op basis van een aantal dan duidelijk af te spreken elementen vragen en simulaties uit te voeren. Men wil dus een tussenstap zetten, dan vragen aan de mensen wat ze op tafel willen leggen. Dat zal dan gesimuleerd worden.

Op dit moment zijn de uitgevoerde simulaties gebaseerd op samenwerkingsverbanden die in 2021 door de toenmalige Coördinatoren Wacht waren voorgesteld. Dat is dus een bepaalde selectie van de mogelijkheden, maar dat put de mogelijkheden niet uit. Het RIZIV zegt dus dat er best eerst globaal een studie wordt gemaakt over de optimalisatie.

Daarna wordt gekeken naar wat men wenst te onderzoeken en daarna volgt de simulatie. Ik kan me indenken dat u dat een ietwat vervelend antwoord vindt, want ik heb hier op een bepaald moment inderdaad gezegd dat we simulaties zouden maken. Limburg heeft nu iets gehad wat ik niet op dezelfde manier aan anderen wil geven. Ik denk wel dat de simulaties voor Limburg hebben aangetoond dat het om een investering in vooruitgang gaat en niet in achteruitgang.

Het RIZIV heeft gelijk dat er nog veel werk is. Ik sprak daarnet over de FAQ's die men nog moet uitwerken. Er moet nog een aanvraag worden ingediend voor de toetreding tot paritair comité 330. De Universiteit Gent zou een geografische studie maken om de wachtposten te inspireren in de keuze van scenario's. Er moet nog een openbare aanbesteding komen voor een uniform boekhoudpakket. Verder is er ook de begeleiding van de wachtposten die ook georganiseerd moet worden. Er is dus nog veel wat moet gebeuren. Dit gezegd zijnde, begrijp ik goed dat dat aanleiding geeft tot ongerustheid, discussie en bezorgdheid.

Als we dit kunnen uitvoeren, zullen we een goed verhaal hebben geschreven met het nodige overleg en een wederzijds va-et-vient van gegevens.

12.03 Servais Verherstraeten (cd&v): Mijnheer de minister, dank voor uw antwoord. Het is goed dat er in een overheidsdomein voldoende continuïteit is. Daarom heb ik gezegd dat ik er begrip voor heb dat u bezig bent met het uitwerken ervan. Ondertussen zijn we al vier jaar verder. Als er problemen en bezorgdheden zijn op het terrein, is het ook een verantwoordelijkheid om desgevallend waar nodig en waar mogelijk bij te sturen. U zult het mij niet kwalijk nemen dat ik als niet-specialist een vraag stel. Als u spreekt over een budget van 23 miljoen euro in 2019 en 70 miljoen euro in 2025 en mocht de dienstverlening er niet op vooruitgaan, dan zou het manifest vooruitgegaan moeten zijn inzake de nabijheid, die zo noodzakelijk is voor de zorg. Dat begrijp ik als niet-specialist niet.

12.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik ook niet. Dat wordt echter verteld door mensen op het terrein die tegenstander zijn van die hervorming en door mensen die niet altijd goed geïnformeerd zijn. Zo gaat dat. Er worden dingen verteld die niet helemaal juist zijn.

12.05 Servais Verherstraeten (cd&v): Als ik naar de Noorderkempen of sommige uitgestrekte rurale

gebieden kijk – uiteraard is het hemd nader dan de rok, dat neemt u me wel niet kwalijk – nemen de verplaatsingen van huisartsen van wacht zo veel tijd in beslag dat ze hierdoor weinig patiënten kunnen bezoeken op de niet drukke momenten.

Ik kan boos in de richting van Limburg kijken, maar u zegt wel dat de simulaties van Limburg ons leren dat we kunnen vooruitgaan. Dat is een argument om zeker niet te lang te wachten wat de andere betreft. Ik ben enigszins bezorgd dat die universitaire studie de zaken vertraagt, terwijl we op basis van de eerste simulaties al weten dat we vooruitgang kunnen boeken, vandaar dring ik aan om sneller te gaan opdat de simulaties op het terrein kunnen worden uitgerold.

12.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Daarin volg ik u, mijnheer Verherstraeten. Ik doe mijn uiterste best, maar mijn medewerkers en ambtenaren moeten kunnen volgen. Het gaat immers om gigantisch veel werk. Er is ook heel veel tijd nodig geweest voor debat. Omdat ik wist dat er veel onrust en wantrouwen was, heb ik speciaal een platform gecreëerd om alles uit te praten en te begeleiden, maar ik volg u dat we hier met bekwame spoed aan moeten voortwerken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 **Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des épaississants" (55038821C)**

13 **Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van verdikkingsmiddelen" (55038821C)**

13.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, j'ai été interpellée par le papa d'un enfant de huit ans qui souffre d'une infirmité motrice cérébrale et qui a des problèmes de déglutition à cause de ce handicap. Il ne sait pas boire de l'eau si elle n'est pas mélangée avec des poudres épaississantes pour en faire une sorte de gelée. Ces poudres sont vendues en pharmacie et il est très important d'y avoir accès pour que ces personnes puissent s'hydrater correctement et ne risquent pas de faire une pneumonie à la suite d'un accident de déglutition.

Un pot d'épaississant coûte 20 euros pour 175 grammes. Dans le cas présent, cet enfant a besoin de deux à trois pots par mois, soit 60 euros par mois. Un enfant lourdement handicapé demande déjà énormément de soins et c'est un coût supplémentaire pour satisfaire à ce besoin vital.

Monsieur le ministre, comment se fait-il qu'il n'y ait pas de remboursement de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) pour cet épaississant? En France, il est remboursé depuis le mois d'août 2022, et je pense que c'est une très bonne chose. Comptez-vous l'ajouter à la liste des médicaments qui sont remboursés pour les personnes ayant des problèmes de déglutition?

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Merckx, au sein du groupe de travail Nutrition médicale de la Commission de remboursement des produits et des prestations pharmaceutiques (CRPPP), ce type de produits n'a jamais fait l'objet d'une demande de remboursement de la part d'une firme responsable de leur commercialisation. Si une demande d'admission au remboursement pour un épaississant était soumise à la CRPPP dans le futur, celle-ci ferait évidemment l'objet d'une évaluation et je serais amené à prendre une décision sur la base de cet avis.

13.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, ne pouvez-vous pas prendre contact avec la firme pour faire cette demande? En ce qui me concerne, la solution semble assez simple pour résoudre le problème. De notre côté, nous n'hésiterons pas à inciter la firme à faire cette demande.

Je rappelle que les coûts élevés et les avances de paiement sont des données importantes s'agissant de la nutrition entérale et parentérale en Belgique. Cela fait partie des problèmes d'accessibilité aux soins de santé. En France, c'est remboursé et je ne vois pas pourquoi cela ne pourrait pas être le cas en Belgique.

13.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Espérons qu'ils vous écoutent!

13.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): C'est aussi au ministre d'être proactif! Quand on vous parle d'un tel problème, le minimum est de l'examiner dans son ensemble.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Questions jointes de

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation de la consommation de psychotropes" (55038841C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surconsommation d'antidépresseurs" (55039000C)

14 Samengevoegde vragen van

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het toenemend gebruik van psychotrope stoffen" (55038841C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overconsumptie van antidepressiva" (55039000C)

14.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, le SPF Santé publique a récemment dévoilé des chiffres alarmants, qui remontent à quelques semaines et d'après lesquels un Belge sur quatre a consommé des psychotropes en 2022, soit 3 millions de patients. D'année en année, il est constaté une augmentation significative de la prescription et donc de la consommation de psychotropes dans notre pays, en particulier des somnifères et des médicaments contre l'anxiété. Si, dans certains cas, ces prescriptions se justifient, une consommation mal encadrée ou inappropriée est susceptible de causer des effets secondaires néfastes, parfois très sérieux chez les patients concernés. Comme vous l'indiquiez dans les médias, Il est donc urgent d'évoluer vers un usage plus adapté des médicaments psychotropes, par le biais d'une approche raisonnée, approfondie et concertée.

Par ailleurs, il est nécessaire de s'assurer que les aides psychologiques de première ligne soient favorisées en tout premier lieu et jouent leur rôle à leur plein potentiel avant toute éventualité de traitements médicamenteux.

Monsieur le ministre, comment comptez-vous renforcer le rôle des professionnels de la santé et responsabiliser les prescripteurs dans ce cadre?

Comment améliorer davantage encore les aides psychologiques de première ligne, actuellement insuffisantes au regard des besoins de la population?

Comment comptez-vous assurer une campagne de sensibilisation efficace auprès des patients, afin de les conscientiser aux risques liés à une mauvaise prise de ces traitements?

14.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik zal gemakkelijkschulde naar mijn ingediende vraag verwijzen.

Professor Thierry Christiaens (UGent) waarschuwt voor het zorgwekkende langdurige gebruik van psychofarmaca, zoals antidepressiva en slaapmiddelen, in België, waaruit blijkt dat een op de vier Belgen in 2022 een psychofarmaca gebruikte. Dit is ook een van de thema's die momenteel hangende is bij de wetgevende initiatieven in de commissie waar ik zelf ook een resolutie voor indiende. Dr. Christiaens benadrukt de bezorgdheid met name voor langdurige gebruikers, waarvan een op de drie meer dan drie jaar antidepressiva inneemt. Dit is deels te wijten aan culturele verschillen en een gebrek aan bewustzijn over het exacte gebruik van deze medicijnen. Zowel artsen als patiënten zijn terughoudend om ermee te stoppen. In de media wordt het stijgend gebruik van antidepressiva gemeld, vooral bij jonge vrouwen. De sensibiliseringscampagne van het ministerie van Volksgezondheid beoogt professionals in het veld, waaronder psychologen, artsen en apothekers, te informeren over de problematiek en samenwerking met patiënten om medicatiegebruik te verminderen en te begeleiden.

Graag verneem ik het volgende van u.

Kunt u de recente cijfers en trends met betrekking tot het gebruik van psychofarmaca in België delen, met inbegrip van het aantal langdurige gebruikers?

Hoe evalueert u de impact van het langdurige gebruik van psychofarmaca op de gezondheid en het welzijn van de bevolking?

Wat zijn de maatregelen die u zal nemen om het langdurige gebruik van psychofarmaca te verminderen en patiënten te sensibiliseren over de risico's van dergelijk langdurig gebruik?

Kunt u meer informatie verstrekken over de recente sensibiliseringscampagne van uw ministerie?

Hoe beoogt deze campagne samen te werken met zorgverleners en patiënten om de problematiek van langdurig gebruik van psychofarmaca aan te pakken?

14.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Zanchetta, la campagne de sensibilisation attire l'attention des médecins, des pharmaciens et des psychologues sur les lignes directrices cliniques applicables et sur l'importance de la concertation et de la coopération multidisciplinaire. L'objectif était également d'aider les prestataires de soins de santé à proposer des alternatives non médicamenteuses et à assurer un suivi étroit du traitement médicamenteux. Pour ce faire, ils informent, sensibilisent, motivent, soutiennent et, le cas échéant, orientent leurs patients. Nous examinerons également comment renforcer les mesures en matière d'accès à ce type de médicament et de suivi des pratiques de prescription. Ceci se fera en collaboration avec les associations professionnelles et les acteurs concernés au niveau fédéral et scientifique.

Deuxièmement, la campagne a été précédée d'une large concertation des secteurs concernés, notamment via la plateforme d'experts BelPEP, via l'organisation de focus groupes et via la consultation des groupements professionnels. Leurs avis sont pris en compte dans l'élaboration de la politique future en matière de psychotropes. Actuellement, environ 85 % du budget disponible pour les soins psychologiques dans les soins primaires sont effectivement utilisés. Chaque mois, la part utilisée augmente, à l'exception de la période de vacances, en raison de l'arrivée de nouveaux prestataires ou de l'augmentation de l'offre existante. Cette offre est déployée en fonction de la gestion de la population afin de répondre aux besoins locaux des citoyens, en particulier ceux des groupes cibles vulnérables. Une étude scientifique récente, EPCAP, a montré que cette offre permet de réduire les symptômes, de renforcer la résilience des personnes et de réduire les délais entre l'apparition des premiers symptômes et la prise en charge. La coopération avec d'autres prestataires tels que les médecins généralistes et les pharmaciens, dans le contexte des médicaments psychotropes par exemple, est fortement encouragée dans le cadre de la convention.

Bien que les offres actuelles correspondent aux besoins régionaux spécifiques identifiés des citoyens et des groupes cibles vulnérables, une augmentation du budget d'investissement global permettrait également d'atteindre davantage de citoyens. En outre, la coordination, l'orientation et la collaboration interprofessionnelle sont également importantes pour orienter de manière adéquate les problèmes chroniques, aigus ou plus graves.

La campagne s'adresse principalement aux professionnels de la santé.

Nous avons touché indirectement les patients en 2018 avec la campagne sur les somnifères et calmants car les recommandations relatives à ces médicaments sont plus claires. La campagne de 2023 se concentre sur les quatre classes de produits psychotropes, ce qui nécessite un message plus nuancé et un peu plus compliqué.

Mevrouw Depoorter, het gebruik van psychofarmaca, antidepressiva, slaap- en kalmeermiddelen, antipsychotica en psychostimulansia is hoog, eigenlijk verontrustend hoog, in ons land. Op basis van de IQVIA-gegevens, die geanalyseerd werden door de FOD Volksgezondheid, namen naar schatting meer dan 3 miljoen Belgen minstens één psychofarmaca in 2022. Op basis van IQVIA- en RIZIV-gegevens constateerden we dat er meer dan 810 miljoen DDD's aan psychofarmaca afgeleverd werden in open officina in 2022. Voor antidepressiva, antipsychotica en psychostimulansia zien we nog geen stabilisering of daling van het gebruik wanneer wij kijken naar de afgelopen tien jaar. Alleen voor slaap- en kalmeermiddelen zien we een daling, al blijft België een van de grootste verbruikers ter wereld. U vindt alle mogelijke gegevens op de website gezondbelgië.be van het RIZIV.

Het gebruik van psychofarmaca kan nodig zijn, maar binnen een bepaald kader. Het is belangrijk te beseffen dat psychofarmaca een verdovende of symptoomreducerende werking hebben, maar dat ook de onderliggende problematiek aangepakt moet worden. Bij langdurig gebruik moet er ook worden gekeken naar de bijwerkingen of zelfs een verminderde kwaliteit van leven. Vooral bij ouderen worden heel wat nevenwerkingen gedocumenteerd. Afhankelijk van de molecule spreken we van afhankelijkheid, valrisico, een negatieve invloed op het geheugen, duizeligheid, droge mond, afgevlakte emoties, seksuele stoornissen, gewichtstoename enzovoort. Dat kan worden vermeden door de behandeling nauwgezet op te volgen en, zodra mogelijk, een afbouw voor te stellen.

U vroeg welke maatregelen ik neem. Het gaat over ontwikkeling, verspreiding en implementatie van klinische richtlijnen via Ebpracticenet. Projecten omtrent de klinische richtlijnen insomnie en depressie bij volwassenen lopen. We vergroten de bewustwording bij gezondheidsprofessionelen via campagnes. Mevrouw Zanchetta, uw vraag ging daarover.

We ondersteunen artsen, apothekers en psychologen met vorming, praktische instrumenten en de conventie over psychologische zorg in de eerste lijn voor een niet-medicamenteuze aanpak. De ondersteuning bij afbouw – u kent het terugbetaalde programma voor afbouw via magistrale bereidingen bij de apothekers – is ook een groot succes. Er is de monitoring van voorschriften en voorschrijfpraktijken.

De campagne die gelanceerd werd op 18 september, voor een periode van negen maanden, is de opstart voor het verder op punt stellen van een kordaat psychofarmacabeleid. We moeten ook kijken naar het overaanbod van bepaalde psychotrope geneesmiddelen. Het gaat over een campagne voor professionelen, zoals ik heb gezegd aan mevrouw Zanchetta.

In de komende maanden, na de start met een algemene campagneboodschap, zullen we specifieke boodschappen verspreiden, waarbij we inzoomen op bepaalde aspecten, bijvoorbeeld een focus op jongeren, een focus op slaap- en kalmeermiddelen en een focus op de afbouw van psychofarmaca.

De campagne wordt verspreid via sociale media, nieuwsbrieven, gespecialiseerde pers en Google Performance Max. De kanalen van de FOD Volksgezondheid worden daarvoor gebruikt, evenals de kanalen van de partners van de campagne, Domus Medica, SSMG, VVKP, UPPCF, HPB, FAGG en RIZIV.

Ik denk dat we mogen zeggen dat die campagne het resultaat is van een jarenlange samenwerking met de betrokken beroepsgroepen. Ze zijn vertegenwoordigd in BelPEP, het platform dat de FOD Volksgezondheid daarover sinds 2013 adviseert. Met de campagne willen we de vele tools die ontwikkeld werden en ter beschikking staan van zorgverleners en hun patiënten opnieuw onder de aandacht brengen. Het zijn praktische instrumenten die in de dagelijkse praktijk gebruikt kunnen worden, maar ook klinische richtlijnen, zorgpaden, een vormingsaanbod, enzovoort.

14.04 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Trois millions de personnes ont consommé des psychotropes en 2022. C'est un chiffre énorme qui doit continuer à nous alarmer. On se rend compte qu'il est relativement facile de se procurer ce type de médicaments.

Vous dites qu'une campagne de sensibilisation destinée aux professionnels est en place avec un message particulier. On ne s'adresse pas aux professionnels de la santé comme on peut s'adresser aux citoyens. Je pense qu'il est aussi important de miser sur l'information aux patients avec un message plus simple et adapté qui peut les alerter sur les dangers de l'usage de ces médicaments.

14.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is inderdaad een bezorgdheid. Psychofarmaca kunnen goed werk doen, maar kunnen evenveel de levenskwaliteit van de persoon die ze neemt bedreigen, met valrisico's, afhankelijkheid enzovoort. Het afbouwschema binnen de officina is inderdaad een succes en het is goed dat het werkt.

Ik wil toch aandringen op de uitbreiding naar jongeren en kinderen. Dat is ook een groep waarvoor we een toenemende bezorgdheid rond psychofarmaca kunnen vaststellen. U ontwikkelt klinische protocollen. Dat is goed. Hopelijk waarborgt en garandeert u daarbij zeker de therapeutische vrijheid. In de geestelijke gezondheidszorg zijn er, zoals u vaak aanhaalt, al veel stappen gezet, maar moet er

nog vooruitgang geboekt worden om ervoor te zorgen dat die psychofarmaca tijdens korte termijnen gebruikt kunnen worden, om daarna een duurzame begeleiding van de patiënt te kunnen opstarten.

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

15 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nomenclatuur voor de door mondhygiënist(en) uitgevoerde taken" (55038852C)**

15 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nomenclature des tâches effectuées par les hygiénistes bucco-dentaires" (55038852C)**

15.01 **Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, mondhygiënist(en) hebben toegang tot een beperkt deel van de tandheelkundige nomenclatuur, met name tandsteenverwijdering bij meerderjarigen en zogenaamde verzegelingen. Mondhygiënist(en) zijn echter opgeleid en bevoegd om veel meer te doen.

Als we willen dat zij een meerwaarde betekenen voor de volksgezondheid, dan moeten ze volgens mij hun competenties ook voluit kunnen uitoefenen. Tabakadvies, voedingsadvies, mondhygiënecontroles, poetsinstructies maar ook subgingivale reinigingen zijn daarbij belangrijk om de mondgezondheid van onze bevolking naar een hoger niveau te brengen. Consequent inzetten op het behouden van een gezonde mond en het beperken van grote ingrepen werken ook kostenbesparend.

Hoe ziet u de toekomst van de mondhygiënist(en) evolueren? Acht u het nodig om een nomenclatuur aan te bieden voor de verschillende handelingen in hun bevoegdheidspakket? Klopt het dat aanvullende verzekeringen niet tussenkomen in de handelingen die worden verricht door mondhygiënist(en) en die nu buiten de nomenclatuur vallen? Als dat zo is, is dat voor u verdedigbaar? Zult u ingrijpen?

15.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, voor het antwoord op uw eerste en tweede vraag kan ik verwijzen naar het koninklijk besluit van 28 maart 2018 over het beroep van mondhygiënist, meer bepaald de handelingen die de mondhygiënist(en) mogen uitvoeren. Het is belangrijk te benadrukken dat mondhygiënist(en) binnen hun bevoegdheden handelingen hebben die in principe buiten de verplichte ziekteverzekering vallen, bijvoorbeeld het vervaardigen van een op maat gemaakte mondbeschermer of het bleken van tanden, en die ze buiten de verplichte ziekteverzekering kunnen aanrekenen aan de patiënt. Ik wil misverstanden daarover vermijden.

Voornoemd koninklijk besluit bepaalt ook dat mondhygiënist(en) zelfstandig preventieve handelingen mogen uitvoeren. Het is niet de bedoeling om mondhygiënist(en) te beperken tot een tandheelkundige praktijk, maar om ook de mondpreventie in ziekenhuizen, woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen, voorzieningen voor personen met een beperking of voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

In de begroting voor 2023 is een budget van 1 miljoen euro vrijgemaakt om de mondhygiënist(en) te integreren in de eerstelijnszorg. Het RIZIV en de partners zijn momenteel bezig met het definiëren van de hoofdlijnen van het project, dat erop gericht is tegemoet te komen aan de behoeften van de bevolkingsgroepen die het grootste risico lopen.

Op uw derde vraag zou ik willen antwoorden dat het aan de verzekeraars is om te beslissen wat zij aanvullend al dan niet terugbetalen. Daar kan ik niet echt commentaar op geven of op vooruitlopen.

15.03 **Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, u haalde het zelf al aan, eigenlijk moeten mondhygiënist(en) vooral worden ingezet voor de kwetsbare groepen in onze samenleving, zoals mensen met een handicap en mensen die verblijven in woonzorgcentra. Daarvoor hebben we echt een nomenclatuur nodig, zodat de behandelingen die de mondhygiënist(en) kunnen uitvoeren ook betaalbaar zijn voor die mensen. Sowieso is er meer nomenclatuur nodig dan er vandaag is, toch als we de mondhygiënist(en) op een correcte manier willen inzetten en als we hen niet in een grijze zone willen duwen. Daar zitten ze nu eigenlijk al. Zij moeten volop uitwegen zoeken om toch maar toegankelijke zorg te kunnen bieden.

U mag ervan uitgaan dat zij nu voor een groot deel in een grijze zone werken. Men kan het hen moeilijk kwalijk nemen. Het alternatief is immers dat ze enkel zorg bieden aan mensen die het kunnen betalen.

Het feit dat privéverzekeraars een onderscheid maken tussen behandelingen die door een mondhygiënist worden uitgevoerd en behandelingen die door een tandarts worden uitgevoerd, lijkt me toch kwalijk. Het gaat erom dat het in principe dezelfde behandeling is, bijvoorbeeld een subgingivale reiniging. Die wordt nu terugbetaald als ze door een tandarts wordt uitgevoerd, maar niet als ze wordt uitgevoerd door een mondhygiënist. Ik vind dat geen wenselijke evolutie. Ik wil er dus op aandringen dat u daar eens naar kijkt en dat u het er eens over hebt met bijvoorbeeld de ziekenfondsen die aanvullende verzekeringen aanbieden. Het is sowieso geen goede zaak als basiszorg in een aanvullend pakket zit. Ik vind het niet te verantwoorden dat het om luxezorg zou gaan. Het lijkt me alleszins een discriminatie om behandelingen terug te betalen wanneer ze door tandartsen worden uitgevoerd en niet wanneer ze door mondhygiënist worden uitgevoerd.

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

16 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van katheterproducten in de thuiszorg" (55038867C)

16 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation de produits pour cathéters dans les soins à domicile" (55038867C)

16.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de firma Bedal, een onderneming van eigen bodem, biedt producten aan die het risico op katheterloslating, infecties en knikken aanzienlijk vermindert. De risicovermindering resulteert in een afname van complicaties en daardoor ook van de mortaliteit bij patiënten. Een opvallend kenmerk van de producten is de mogelijke kosteneffectiviteit ervan in vergelijking met alternatieven. Daar zijn studies naar gedaan, maar ondanks de veelbelovende voordelen worden dergelijke producten niet volledig vergoed, vooral niet in situaties waar thuiszorg vereist is.

Bent u op de hoogte van de potentiële voordelen voor de gezondheidszorg van innovatieve katheterproducten, met name wat de verbeterde katheterstabilisatie en het verminderde risico op complicaties en mortaliteit betreft? Kunt u verduidelijken waarom de producten niet worden terugbetaald, met name in de context van thuiszorg, ondanks de potentiële kostenbesparingen die ze op lange termijn kunnen opleveren? Welke stappen zult u ondernemen om de effectiviteit en kostenefficiëntie van innovatieve medische producten zoals die van Bedal, te beoordelen en, indien gerechtvaardigd, hun opname in relevante vergoedingsregelingen te overwegen?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, ten eerste ben ik inderdaad op de hoogte van de mogelijke effecten van de fixatie- en stabilisatiematerialen, waarvoor u aandacht vraagt. Meerdere fabrikanten bieden trouwens dat soort van medische hulpmiddelen aan.

Wat uw tweede en derde vraag betreft, moet een dossier, om terugbetaling te krijgen, naar de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen (CTFPV) gestuurd worden via de webapplicatie TR-FPP en de procedure beschreven in het koninklijk besluit van 23 november 2021. De werkgroep medische hulpmiddelen en de commissie beoordelen de geldigheid van de aanvraag en het bedrag dat voor vergoeding wordt toegekend en adviseren de minister daarover.

16.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, daarmee geeft u een nogal gemakkelijk antwoord.. Verschillende firma's brengen inderdaad producten voor katheterstabilisatie op de markt. Enige tijd geleden heb ik u over een andere firma trouwens ook al een vraag gesteld.

Wat ik beoog, is een gefundeerde katheterzorg. Als u daar als minister van Volksgezondheid werk van zou maken, dan zou u een plan voor katheterzorg aan onze Kamercommissie voorleggen. U zou ook op eigen initiatief voor de terugbetaling van die medische hulpmiddelen kunnen zorgen. Het gaat om

een kostenbesparing voor de overheid, en, misschien nog veel belangrijker, om een gezondheidsbesparing voor de patiënten. Dergelijke producten verminderen namelijk het risico op infecties, infecties die bijdragen tot complicaties of zelfs mortaliteit. Daarom vraag ik u werk te maken van een plan voor katheterzorg. Als u dat doet, dan zult u een degelijk gezondheidsbeleid aan onze commissie presenteren.

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

17 **Samengevoegde vragen van**

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Ozempic en Rybelsus" (55038873C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Valse Ozempicpen" (55039546C)

17 **Questions jointes de**

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'Ozempic et le Rybelsus" (55038873C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les faux stylos d'Ozempic" (55039546C)

17.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, ik heb twee jaar geleden al vragen gesteld over Ozempic en Rybelsus en ik ben daar blijven vragen over stellen omdat ik het echt wel een belangrijk thema vind. We zien nog altijd onbeschikbaarheden voor diabetespatiënten. Ik schrok een beetje van de communicatie die ik las waarbij u spreekt van een voorschrijfverbod voor obesitaspatiënten. Dat is een heel gevaarlijk precedent, waarbij ik me afvraag of we op die manier wel in een structurele oplossing voorzien. In Nederland zijn er regels waarbij men enkel Ozempic krijgt voorgeschreven indien men wil afvallen als men ook effectief verbonden is aan een diëtist. Dat is een belangrijke stap die we in België ook zouden kunnen waarmaken. De manier waarop er vandaag patiëntengroepen tegenover elkaar worden gezet, is niet evident en zeer moeilijk te verdedigen. Er is heel wat strategie, ook in de media, over het normaliseren van Ozempic om tot het ideale maatje te geraken. Er is een groot verschil tussen een patiënt en een cliënt. Een patiënt die het nodig heeft omwille van een zorgnood moeten we altijd kunnen helpen. Elke patiënt heeft namelijk recht op gezondheidszorg en gezondheidstoegang. Als het gaat over de beperkte groep met dieetvoorkeuren of het afvallen van die laatste kilo's, moeten we uiteraard op de rem staan en daar een regel voor invoeren.

Kunt u meer uitleg geven bij de communicatie die u zelf hebt gebracht?

Moeten we niet meer doen dan enkel en alleen een omzendbrief verspreiden? Anderhalf jaar geleden hebt u de eerste omzendbrief uitgestuurd, ook op vraag van mij in de commissie. Dat is een goede stap, maar we zien dat het niet volstaat.

Welke stappen zal u nog verder ondernemen om de beschikbaarheid voor patiënten, diabetespatiënten, maar ook obesitaspatiënten, te garanderen, met toch zeker een buffer om mensen die zorg nodig hebben altijd zorg te kunnen leveren?

17.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik was ook wat geschrokken van uw communicatie. Omdat de collega deze gelegenheid aangrijpt, zal ik dat ook doen.

Is uw voorschrijfverbod voor obese patiënten gericht op semaglutide of op de GLP-1-inhibitoren? Ik mis in uw communicatie een wetenschappelijke achtergrond. Waarom wordt alleen semaglutide verboden? Waarom wordt de therapeutische vrijheid van de arts beknot die oordeelt dat een obese patiënt nood heeft aan semaglutide, maar niet voor liraglutide of dulaglutide, ook GLP1-inhibitoren die op de markt zijn en verkocht worden en ook voor diabetespatiënten dienen.

Ik snap het niet goed, mijnheer de minister. Gaat u op zoek naar alternatieven voor zowel de diabetespatiënten als de obese patiënten? Hoe zult u het hamsteren voorkomen dat we vandaag zien in de apothekers?

Mijn vraag gaat ook over valse geneesmiddelen, waarmee ook een groot probleem rijst. Op de zwarte markt vindt men Ozempic, Victoza, Rybelsus en zelfs Trulicity. Dat zijn pennen waarop geen controle is en waarvoor de koude keten niet wordt gegarandeerd. Welke maatregelen hebt u daar genomen? In hoeverre hebt u geconstateerd dat die pennen hier worden verkocht en dat dat gezondheidsproblemen voor de patiënten met zich meebrengt?

Hoe ziet u de voorlichting voor artsen en patiënten met betrekking tot de GLP1-inhibitoren voor de patiënten die het nodig hebben? Dat zijn voor mij zowel de diabetici als de obese patiënten. Dat zeggen ook een aantal experts in obesitas. Hoe zult u de ingreep die u hebt gecommuniceerd in een gebalanceerde richtlijn omzetten?

17.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, u hebt gelijk en hebt er terecht al meermaals op gewezen, want dat helpt bij de noodzakelijke sensibilisering. We hebben de voorbije periode dan ook sterk gerekend op sensibilisering. Ik meen te hebben verstaan dat u vraagt om meer te doen dan louter sensibiliseren. Dat is ook wat we proberen te doen.

Ik heb gisteren een zeer duidelijke, bewuste communicatie gedaan omdat ik nogmaals geconfronteerd werd met anekdotische, maar – denk ik – waarheidsgetrouwe berichten van journalisten over hoe slordig men omspringt met het voorschrijven en het aankopen van Ozempic. Dat is weliswaar anekdotisch, maar ik vond het belangrijk genoeg om te verklaren dat we meer zullen moeten ondernemen dan alleen een zachte aanbeveling formuleren. Dat is ook wat u voor ogen hebt.

Ik heb gisteren kortdaat gecommuniceerd, maar ook aan alle journalisten gezegd dat ik in twee stappen wil werken en dat ik patiënten die lijden aan diabetes type 2 en die nood hebben aan GLP 1-agonisten, wil garanderen dat ze die medicatie kunnen krijgen. De medicatie moet voor hen worden voorbehouden. Ik heb gisteren ook aan de pers verklaard dat daarrond nuances kunnen worden aangebracht, bijvoorbeeld voor patiënten met morbide obesitas. We moeten bekijken hoe we dat doen. Daarvoor heb ik verwezen naar de taskforce voor niet-beschikbare geneesmiddelen, die morgen vergadert in de schoot van het FAGG en waaraan ook medische experts deelnemen.

Ik heb dus wel degelijk gezegd dat ik patiënten die lijden aan diabetes type 2 zoveel mogelijk wil garanderen dat zij het voor hen zo noodzakelijke geneesmiddel kunnen krijgen. Het gaat daarbij niet alleen over Ozempic, maar over GLP 1-agonisten, waartoe ook Rybelsus behoort.

Ik weet dat voor patiënten met morbide obesitas dat medicament ook nuttig wordt voorgeschreven in de context van een multidimensionale behandeling. Ik leg dat niet opzij. De vraag is echter wat men moet doen als men op korte termijn en misschien voor een korte periode wil ingrijpen in het licht van een enorme onzekerheid. De bijkomende moeilijkheid is dat overeenkomstig de vergunning zowel Ozempic en Rybelsul slechts voorgeschreven mogen worden voor patiënten met diabetes en dat het tot de therapeutische vrijheid van de zorgverstrekkers behoort om ze voor patiënten met morbide obesitas offlabel voor te schrijven. Dat is dus toegelaten. Dat maakt het ook niet zo eenvoudig om strak legistiek in te grijpen.

Een andere complicatie is het feit dat de berichten van het bedrijf dat het belangrijke tekorten verwacht, onzeker en wisselend zijn. Hoe moet men daar optreden? Ik ben vastbesloten om een strak signaal te geven. De vraag is echter of we het medicijn enkel toelaten voor type 2-diabetespatiënten dan wel of we nuances toelaten. Voorlopig laat ik die vraag open, omdat ik wil dat dat morgen met de experts bekeken wordt. Ik heb in mijn communicatie inderdaad wel zeer bewust gezegd dat ik type 2-diabetespatiënten hiermee wil beschermen.

Voorts vind ik het ook niet slecht dat daar wat reactie op komt. Men moet, helaas, vaak iets zeer fors publiek stellen vooraleer iedereen begint na te denken over wat er gedaan moet worden. Dat is volgens mij hier wel nuttig. Ik ben niet ongelukkig over het feit dat mijn uitspraak langs alle zijden reacties losweekt. De Diabetesliga publiceerde een positieve maar genuanceerde reactie waarin ze verklaarde dat ook andere mensen het geneesmiddel mogelijk nodig hebben. Andere organisaties manen aan tot voorzichtigheid gelet op de therapeutische vrijheid, zoals mevrouw Depoorter al aangaf. We moeten dat zorgvuldig bekijken. Er is hoe dan ook een krachtigere aanpak nodig, al is het maar voor een zeer korte periode, tenzij men ons morgen in de taskforce voor onbeschikbaarheden overtuigd dat er voldoende bevoorrading is. Dat is mogelijk, maar alle gegevens waarover ik beschik, wijzen op een

zeer grote onzekerheid.

Ik besluit. Er moet, ten eerste, strakker worden ingegrepen. Ten tweede moeten we ervoor zorgen dat type 2-diabetespatiënten die klasse van medicijnen – het gaat niet alleen om Ozempic – kunnen krijgen, als ze die nodig hebben.

Ten derde kunnen er ter zake nuances zijn, bijvoorbeeld om ook patiënten met morbide obesitas erbij betrekken. Dan moet men de nuances zeer goed omschrijven, wat legistiek niet erg evident is. Dat moeten we goed bekijken.

Ten vierde moet erover nagedacht worden hoelang het voorschrijven in een besluit wordt gereguleerd, natuurlijk liefst niet te lang.

Alleszins ben ik de mening toegedaan dat de betreffende medicatie een gamechanger is in de bestrijding van obesitas. Alleen durf ik daarover nog niet veel te vertellen; ik ben geen medisch expert. Dat is ook iets wat experts moeten bekijken. Bovendien rijst de vraag wat te doen met een eventuele aanvraag tot terugbetaling van Wegovy in België. Dat is nog hypothetisch; we doen die aanvragen immers ook niet zelf.

Dergelijke medicatie voor obesitas moet zeker, zoals u beiden suggereert, mevrouw Depoorter en mevrouw Farih, worden ingepast in een multidisciplinaire benadering en in trajecten. Voor Wegovy is er geen aanvraag. Obesitas is hier alleen maar terugbetaald bij welomschreven situaties met diabetes. In die zin zullen we ons relatief snel een idee moeten vormen over de vraag hoe een en ander kan worden ingepast in multidisciplinaire, goede therapieën voor mensen met ernstige obesitas. We kunnen ons daarover echter maar een idee vormen wanneer er ter zake een aanvraag tot terugbetaling is. Pas dan wordt de vraag echt actueel.

We bevinden ons dus in een tussenperiode, waarbij het bedrijf vaststelt dat er een heel onzekere bevoorradingssituatie is. Ik hoor ook van het bedrijf dat het gelukkig was met eerdere communicaties van mij, waarin ik aangaf dat de desbetreffende medicijnen op de eerste plaats gericht waren op patiënten met diabetes. Het vond het goed dat ik dat opmerkte. Het heeft, naar ik heb begrepen, overigens zelf ook een brief gestuurd naar alle artsen, waarin stond dat de indicatie diabetes is.

Morgen wil ik op de taskforce bekijken hoe en met welke nuances de bepaling moet worden geconcretiseerd. We hebben echter wel een duidelijk besluit nodig.

Voor het probleem van de vervalste geneesmiddelen wordt sinds 2019 ook in ons land de *falsified medicines directive* ten uitvoer gebracht. Dat betekent dat alle voorschriftplichtige en terugbetaalbare geneesmiddelen een unieke barcode krijgen, die bij aflevering van het geneesmiddel wordt vergeleken met een centrale databank. Het systeem garandeert de echtheid en de veiligheid van alle afgeleverde geneesmiddelen. In België is de aflevering van voorschriftplichtige geneesmiddelen enkel mogelijk in een fysieke apotheek of een ziekenhuisapotheek. Onlineverkoop is onder geen enkele voorwaarde toegestaan. Er is online helaas een groot aanbod van substandaard geneesmiddelen, vaak vervalsingen waarvan het gebruik ook ernstige gezondheidsrisico's inhoudt. Ik hoop u er niet van te overtuigen hoe belangrijk het is dat geneesmiddelen via de legale distributieketen worden verkregen.

Het is niet de bedoeling dat artsen en apothekers zelf moeten instaan voor de identificatie van vervalste geneesmiddelen. Daarvoor dient het systeem eigenlijk. Het FAGG lanceerde een campagne om de burgers te sensibiliseren voor de gevaren van het kopen van geneesmiddelen en gezondheidsproducten online. "Geneesmiddelen via internet. Surf niet met uw gezondheid", zo luidde de campagne. De regelgeving, risico's en aanbevelingen voor het kopen van geneesmiddelen op het internet worden daarin uitgelegd, waardoor burgers beter gewapend zijn tegen malafide praktijken.

17.04 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, dank u voor het antwoord. Ik vraag al anderhalf jaar om hier zo snel mogelijk werk van te maken. U zegt nu dat door straf te communiceren de lijnen wel eens zouden kunnen bewegen, maar ik denk dat u de impact op obese patiënten niet mag onderschatten. Zij zitten in een medisch traject, waar ook heel vaak mentale welzijnsproblemen aan gekoppeld zijn. U moet hen in hun waarde laten en als patiënt blijven zien.

Wat het voorschrijven betreft, ben ik ervan overtuigd dat we zorgverstrekkers ertoe moeten aansporen om discipline aan de dag te leggen. Ook daarvoor kunnen we rekenen op experts. Zorg dat enkel experts en niet eender welke zorgverstrekker medicijnen waarvan men weet of er onbeschikbaarheden op komst zijn – we wisten het in dit geval al twee jaar –, kan voorschrijven. Zo houdt men beter de vinger aan de pols en kan men de situatie beter opvolgen.

Inzake het multidisciplinaire aspect hebt u mij helemaal mee. We moeten werken aan leefstijltrajecten en ervoor zorgen dat patiënten die het medicijn innemen om dieetredenen, al dan niet verplicht een traject bij een diëtist volgen. Ik kijk uit naar het resultaat van het overleg in de taskforce van morgen.

Ik wil toch nog eens waarschuwen. Een dergelijke beslissing is een zeer gevaarlijk precedent voor onbeschikbaarheden van andere medicijncategorieën voor patiënten.

17.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het problematisch dat er met dergelijke straffe communicatie paniek wordt gezaaid. Mijn apothekeressen melden mij vanochtend via WhatsApp dat de apotheek overspoeld wordt door ongeruste patiënten, zowel diabetici als personen die het medicijn al voorgeschreven kregen voor obesitas, waarvoor de stopzetting trouwens ook problematisch is. Dat weet u ook. Met paniekzaaijerij zullen we onze patiënten niet helpen.

Ik heb de kwestie van de therapeutische vrijheid, waarvoor ik toch wel gevoelig ben, aangekaart.

U zegt dat het bedrijf tevreden was met uw communicatie, maar u had het alleen over Ozempic, over semaglutide, en niet over de andere medicijnen. U zegt in uw antwoord dat Ozempic offlabel wordt gebruikt voor obesitas, maar dat geldt niet voor bijvoorbeeld Saxenda. Saxenda heeft in de vergunning effectief obesitas staan. Dat wordt steeds vergeten. Zo gaan we naar een polarisering tussen patiënten. We moeten dat echt vermijden. Ik hoef u toch niet te herhalen dat obesitas een van de hoofdoorzaken van diabetes type 2 is.

U zegt dat u wat nuance wilt brengen in die communicatie. Daarover zijn we het eens. Er is een obesitaspandemie en we moeten daar iets aan doen. We moeten een oplossing zoeken voor die patiënten in een multidisciplinaire aanpak. Mijn collega Mieke Claes heeft trouwens een heel mooi voorstel rond bariatrie ingediend. Mijnheer de minister, koppel daaraan een farmacologisch deel. Dan kunnen we inderdaad multidisciplinair obesitas aanpakken en dan kunnen we er zijn voor onze patiënten. Het voorstel wordt u gedaan vanuit de N-VA-fractie. Pak het aan in het voordeel van de gezondheid van de bevolking.

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

18 Samengevoegde vragen van

- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot de implementatie van het tabaksplan" (55038888C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering van het tabaksplan" (55039597C)

18 Questions jointes de

- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état de la situation en ce qui concerne la mise en œuvre du plan tabac" (55038888C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en œuvre du plan tabac" (55039597C)

18.01 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, het antitabaksplan is vandaag een hot item, maar mijn vraag is al een hele tijd geleden ingediend. Over een aantal van de deelvragen hebben we vandaag meer mogen vernemen in de media, maar ze zijn natuurlijk nog niet allemaal beantwoord. In mijn vraag zijn een aantal acties opgelijst uit het antitabaksplan, waarvan de deadlines vooropgesteld zijn in 2023 en 2024.

Kan u per deelactie een stand van zaken geven?

18.02 Els Van Hoof (cd&v): Ik heb dezelfde vraag als mevrouw Claes omdat ik het thema ook al een aantal jaren opvolg.

Kan u een stand van zaken van de acties in het antitabaksplan geven?

In het federale antitabaksplan staan heel wat maatregelen opgesomd die gepland zijn tegen eind 2023. Heel wat van die maatregelen zijn intussen genomen, zoals bijvoorbeeld de gezondheidswaarschuwing op de verpakking van e-vloeistoffen zonder nicotine. U kondigde in de plenaire vergadering van 5 oktober ook aan vanaf 1 januari 2025 wegwerp e-sigaretten te zullen verbieden.

Een maatregel die volgens het plan nog tegen eind dit jaar moeten genomen worden, is dan weer het analyseren van de mogelijkheid om een rookverbod in te stellen op andere openbare plaatsen dan pretparken, dierentuinen, kinderboerderijen of speeltuinen.

Andere maatregelen staan dan weer gepland voor volgend jaar, zoals:

Het opstellen van richtsnoeren voor de contacten tussen de tabaksindustrie en -overheidsinstanties en een transparantieregister

Een uitbreiding van het rookverbod in openlucht

Het toepassen van de huidige beperkingen inzake de samenstelling van sigaretten en roltabak op alle tabaksproducten

Publicatie van informatie die niet onder het bedrijfsgeheim valt, verzameld in het kader van de notificatie van tabaksproducten

Het invoeren van gecombineerde gezondheidswaarschuwingen op alle voor roken bestemde producten op basis van tabak

Het invoeren van gestandaardiseerde verpakking voor alle producten op basis van tabak en voor roken bestemde kruidenproducten en een bijsluiter voor deze producten

Een verbod op nicotinezakjes en cannabinoïdezakjes

Het uitbreiden van het traceerbaarheids- en veiligheidssysteem naar alle producten op basis van tabak

Strengere controle op nieuwe reclamepraktijken op sociale netwerken

Ik heb voor u dan ook volgende vragen:

Kan u bevestigen dat de maatregelen die gepland stonden tegen 2023 effectief zullen worden genomen binnen dit tijdsbestek. Is de analyse van het rookverbod op andere publiek plaatsen gevoerd en wat is het resultaat hiervan?

Welke stappen zijn al genomen wat betreft de maatregelen gepland voor 2024? Zijn er reeds moeilijkheden voorzien waardoor de deadline niet gehaald zal worden?

Hoe ziet u het concrete tijdschema voor de uitrol van het verbod op wegwerp-e-sigaretten. Welke opeenvolgende stappen zal u hiervoor nemen in de loop van volgend jaar?

18.03 Minister Frank Vandenbroucke : Ik heb vandaag een globale communicatie aan de pers gedaan, hoewel ik dat al een paar dagen eerder had gepland. Gezien het politieke tumult heb ik er even mee gewacht.

We hebben namelijk op de ministerraad van vorige vrijdag een tweede wetgevend pakket goedgekeurd waardoor we naar het Parlement kunnen komen met een wijziging van de wet van 2009 over het roken en wijzigingen in de wetgeving van 1977 met betrekking tot de verkoop van producten. Ik vat het een beetje ruw samen. Ik kom nu dus met een pakket wetgeving waarin een aantal van de elementen die in ons antitabaksplan zitten, worden geconcretiseerd. Natuurlijk moet het Parlement dat vervolgens goedkeuren. In de programmawet zullen er ook bepalingen zitten die belangrijk zijn voor het antitabaksplan en de minister van Financiën gaat de accijnzen significant verhogen. Dat zijn allemaal zeer recente beslissingen die nu zijn genomen en geconcretiseerd. Omdat ik niet langer wilde wachten na de ministerraad heb ik ze vandaag ook bekendgemaakt.

Uit de communicatie van vandaag blijkt dat we een omvattend plan hebben dat op een aantal punten ook radicaal is. We durven ingrijpen en moeten het plan nu vooral ook zeer stevig implementeren. Er is in ons land immers een traditie van het maken van allerlei regeltjes, maar we weten soms niet goed

of die wel worden toegepast. Ik zal dan ook zeer zwaar inzetten op inspectie, controle en sanctionering. Ik heb van de ministerraad ook de mogelijkheid gekregen om in het Parlement ontwerpen in te dienen waarin we de sanctioneringsmogelijkheden aanzienlijk versterken.

Ik maak het iets concreter. Ik overloop mijn antwoord een beetje kriskras, maar ik hoop dat u mij dat niet kwalijk neemt.

Er is dus een voorontwerp van wet tot wijziging van de wet van 22 december 2009 betreffende een regeling voor rookvrije plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook voorbereid. Dat voorontwerp wil een rookverbod invoeren in pretparken, dierentuinen, speeltuinen en kinderboerderijen tijdens de activiteiten. De inwerkingtreding hiervan is gepland op 31 december 2024. Het rookverbod wordt dus uitgebreid naar sportterreinen en de ingangen van zorg- en onderwijsinstellingen alsook openbare bibliotheken, waar we een perimeter willen definiëren. In het ontwerp zult u details vinden om overgangssituaties te creëren en om het vlot te kunnen implementeren.

Het is echter wel belangrijk dat het fameuze rookgordijn dat we soms zien als we een gebouw binnenlopen, helaas soms zelfs in ziekenhuizen, kunnen verwijderen van de ingang en dat er dus een perimeter is voor scholen, ziekenhuizen, bibliotheken en dies meer, waar niet wordt gerookt.

Ook de uitbreiding van het al aangekondigde verbod op roken in dierentuinen, pretparken, speeltuinen, kinderboerderijen en tijdens activiteiten naar sportterreinen is belangrijk. Daarbij maken we wel een uitzondering voor horeca, omdat we op openluchtterrassen van de horeca het roken niet verbieden. Dat geldt dus ook voor horeca die aan een sportterrein paalt.

Het is echter wel belangrijk dat voor sportinfrastructuur wordt beslist dat daar niet meer wordt gerookt.

Er werden recent al twee koninklijke besluiten gepubliceerd, namelijk enerzijds het verbod op nicotinezakjes en cannabinoïdezakjes dat in werking is getreden op 1 oktober 2023 en dat de verkoop in de kleinhandel betreft. Anderzijds is er het koninklijk besluit van 7 november 2022 over de elektronische sigaretten. Daarin hebben we een aantal beperkingen ingevoerd, zoals een gezondheidswaarschuwing voor nicotinevrije e-vloeistoffen en beperkingen met betrekking tot de samenstelling.

Er is ook een koninklijk besluit in opmaak met betrekking tot de toepassing van beperkingen inzake de samenstelling van sigaretten en roltabak op alle tabaksproducten, gecombineerde gezondheidswaarschuwingen op alle voor roken bestemde producten op basis van tabak, een gestandaardiseerde verpakking voor alle producten op basis van tabak en voor roken bestemde kruidenproducten.

We versterken niet alleen onze inspectie. Ik wil echter ook verder inzetten op mysteryshopping. Ik heb van de regering ook de mogelijkheid gekregen om via wetgeving de inspecties te versterken zodat ook tot sluiting kan worden overgegaan wanneer een overtreding wordt vastgesteld.

Er zijn ook de maatregelen met een timing in 2023 die binnen het voorziene tijdsbestek worden uitgevoerd, zoals het verbod op de verkoop van tabaksproducten via automaten. De inwerkingtreding daarvan is 9 december 2023. Dat is dus binnenkort.

Er komen ook waarschuwingen en regels voor de samenstelling van *e-liquids* zonder nicotine met inwerkingtreding op 11 januari 2024. Daarover heb ik het daarnet al gehad.

Het koninklijk besluit over de traceerbaarheid van alle producten op basis van tabak is voorbereid.

Er is ook een akkoord binnen de regering om de *display ban* versneld in te voeren op 1 januari 2025. Het verbod op de verkoop van tabaksproducten in warenhuizen met een oppervlakte groter dan 400 m² is versneld naar juli 2025.

Wat het verbod op wegwerp-e-sigaretten betreft, lopen we helemaal voorop in Europa. Daar is veel verwarring over. Er is in Frankrijk helemaal geen verbod. Frankrijk heeft lang na ons bij de Europese Commissie een aanvraag ingediend om wegwerp-e-sigaretten te verbieden. Ik hoop dat we dit kunnen doen tegen 1 januari 2025. Als we de ontwerpen in het Parlement zullen krijgen, wet 1977, wet 2009,

en dan een specifiek ontwerp ook met betrekking tot de acties van de inspecties, zult u kunnen vaststellen dat we wetgevend een veel sterker kader krijgen. De koninklijke besluiten die er nog niet zijn, moeten er komen. De accijnzen moeten worden verhoogd, maar dat werd ook afgesproken in de regering.

U zult het met mij eens zijn dat de accijnsverhoging gedurfd is. De regering heeft gedurfd door te pakken. Als u de prijs van tabaksproducten vergelijkt van het begin van de legislatuur tot nu, zal dat voor sigaretten, afhankelijk van de gevolgde prijsstrategie, van 2020 tot 2024 een verhoging zijn tot 60 %. Voor roltabak zal dat nog iets meer zijn. De stap die we zetten in 2024 is daarbinnen een stap van zowat 25 %. Dat is toch wat een schokeffect dat nodig is. Tegelijkertijd vind ik het belangrijk dat er nu op vraag van de producent voor een nicotinevervangende therapie ook een vraag tot terugbetaling is. Ik hoop dat we daarop een advies krijgen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen in 2024. Dat is immers belangrijk voor de mensen die roken. U weet dat we ook de accijnzen op de e-sigaretten invoeren. Eigenlijk zouden e-sigaretten moeten dienen om te stoppen met roken, maar helaas worden ze zeer breed gebruikt. Er zijn ook goede argumenten om die dus een stukje aan taxatie te onderwerpen om mensen te ontraden om ze zomaar te beginnen gebruiken.

Ziedaar. Ik ben er wat kriskras doorgegaan, maar het tienpuntenplan dat we vandaag bekend hebben gemaakt, is een plan van de hele regering en steunt ook op het interfederale tabaksplan, wat betekent dat er ook draagvlak is bij de deelstaten. Ik vind dat een enorme stap vooruit en ben vastbesloten om dat stevig te handhaven. Mijn inspectie zal focussen op handhaving van bij het begin van 2024 voor alles wat nu werd beslist.

18.04 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, het is positief dat alles op alles gezet wordt om ervoor te zorgen dat kinderen en jongeren zo weinig mogelijk blootgesteld worden aan enerzijds sigaretten en tabaksproducten en anderzijds aan rokers. De weg is natuurlijk nog lang. Ik heb zelf een zoontje van negen jaar die voetbalt. Ik vind het verschrikkelijk om te zien dat er voetbaltrainers zijn die een sigaret opsteken naast een sportterrein. Ik vind dat echt onbegrijpelijk. In die zin vind ik het heel goed dat er maatregelen genomen worden om dat te voorkomen.

Ik las ook over het recente onderzoek van Sciensano. We zien dan dat ons land niet op koers zit om de doelstellingen te halen. Dat is natuurlijk jammer. Volgens dat onderzoek zullen wij in 2040 nog niet aan de doelstelling voor 2028 zitten. Los van het pakket aan maatregelen waarmee u vandaag in de media komt, zijn er nog heel veel andere maatregelen te nemen, als we kijken naar de interfederale strategie. Ik hoop dat daaraan goed verder gewerkt wordt om toch wel vooruitgang te boeken wat betreft die doelstelling.

18.05 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, we stelden deze vraag vandaag, maar we hebben inderdaad al een antwoord gekregen via de media.

Het is een goede zaak. Als we gezondheidswinst willen boeken, moeten we inderdaad ook kijken naar mensen die vandaag roken. Zij zouden moeten stoppen met roken om te evolueren naar een rookvrije generatie. Volgens de huidige cijfers rookt 19 % van de bevolking en dat leidt tot een enorm gezondheidsverlies.

De maatregelen die worden getroffen op drie vlakken zijn goed. We verminderen de aantrekkelijkheid, we verhogen de prijs en verminderen de toegankelijkheid. Ik heb in het verleden ook al wetsvoorstellen ingediend die in uw tabaksplan zijn opgenomen, zoals het verbod op tabaksautomaten en het feit dat er in winkels met een grote oppervlakte geen sigaretten meer mogen worden verkocht. Wij willen zelf nog verder gaan en unieke verkooppunten creëren, zoals in Frankrijk.

Hier worden echter enorm positieve stappen gezet, ook op het vlak van prijzen. U zegt zelf dat de prijs gestegen is van 6 euro naar iets meer dan 10 euro. Ik vernam toevallig gisteren nog van de Nationale Coalitie tegen Tabak dat er al landen zijn waar het al 16 euro kost, zoals Nederland. In Australië en Nieuw-Zeeland kost een pakje zelfs al 25 euro. De prijs is eigenlijk de maatregel die het meeste impact heeft. De evolutie die we hebben ingezet, is dus een positieve evolutie. Er zijn landen waar men vandaag al zegt dat het binnen x aantal jaar x euro meer zal kosten. Dat moeten we kunnen doen. Tijdens mijn carrière zijn de prijzen steeds verhoogd en we moeten dat stelselmatig blijven doen, tot hij, net zoals in de voornoemde landen, tot bijna 25 euro is geëvolueerd.

De stappen die vandaag worden gezet, gaan echter in de goede richting. We hebben ook in de vorige legislatuur een aantal goede stappen gezet inzake de 18-jaarbepanking, het roken in de wagen en het neutrale pakje. U zet dat beleid goed verder. We moeten nog verder durven kijken, maar ik kijk alvast uit naar deze maatregelen en naar wat er in de toekomst nog zal gebeuren met de e-sigaret.

Ik hoop immers dat er een verbod komt op de wegwerp e-sigaret. We moeten daarvoor ook evalueren wat de impact is. Zoals ik al in de plenaire vergadering zei, moeten we ook kijken naar wat we met al die smaakjes doen. De Nationale Coalitie tegen Tabak zei immers ook al dat we moeten evolueren naar een beperkt aantal smaakjes, zoals in Nederland, om ervoor te zorgen dat jongeren niet meer roken.

Vandaag werd in ieder geval een goede stap aangekondigd. We kijken uit naar de bespreking in het Parlement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n° 55038947C de M. Samuel Cogolati, n° 55038963C et n° 55038997C de Mme Nathalie Muylle (cd&v) sont transformées en questions écrites.

19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Monografieën" (55038998C)

19 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les monographies" (55038998C)

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, met deze vraag kom ik terug op de monografieën. Ik wil graag informeren naar de huidige status van het koninklijk besluit met betrekking tot de goedkeuringsprocedures voor medische en chemische bedrijven. U weet dat die goedkeuringsprocedures cruciaal zijn voor de introductie van nieuwe medicijnen en grondstoffen op de markt, evenals voor onze innovatie en concurrentiepositie. We vernemen echter dat er serieuze bezorgdheden worden geuit over de efficiëntie van die procedures en de impact ervan op jonge bedrijven. Veel medische en chemische bedrijven worden geconfronteerd met onverwachte verzoeken om aanvullende informatie en extra tests van het FAGG. Dat maakt de tijdslijn onzeker, bemoeilijkt het opstellen van zakelijke plannen en stelt bedrijven voor aanzienlijke uitdagingen om zelfs maar een kans te krijgen. Enkele bedrijven overwegen zelfs om naar het buitenland te verhuizen, bijvoorbeeld naar Duitsland.

Mijnheer de minister, kunt u bevestigen of er plannen zijn om duidelijke richtlijnen en criteria op te stellen om dergelijke verzoeken te stroomlijnen? Hoe wilt u voorkomen dat bedrijven onnodige vertragingen oplopen in het goedkeuringsproces? Wat is de huidige status van het genoemde koninklijk besluit met betrekking tot de goedkeuringsprocedures voor medische en chemische bedrijven? Kunt u meedelen, in aantallen en percentages, in hoeveel gevallen het FAGG nog bijkomende tests en informatie vraagt in de lopende procedures?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, wat uw eerste vraag betreft, inzake de goedkeuring van monografieën en de toekenning van vergunningen voor fabrikanten en verdelers voorziet de wetgeving vandaag niet in tijdslijnen, maar hanteert het FAGG wel interne tijdslijnen.

Voor de goedkeuring van monografieën meldt het FAGG binnen de dertig kalenderdagen na de datum van indiening aan de aanvrager of zijn dossier volledig en ontvankelijk is. Als de aanvraag onvolledig of onontvankelijk is, beschikt de aanvrager over dertig kalenderdagen vanaf de datum van kennisgeving om zijn aanvraag te vervolledigen of te verbeteren. Na die periode wordt het dossier in zijn geheel als onontvankelijk beschouwd.

Als de reactie volledig en ontvankelijk is, kan, uiterlijk zes kalendermaanden volgend op de kennisgeving van ontvankelijkheid door het FAGG, de Farmacopeecommissie belast met de evaluatie van de goed te keuren monografieën de aanvrager vragen om het project te vervolledigen of te wijzigen.

Uiterlijk 14 kalendermaanden volgend op de kennisgeving van ontvankelijkheid door het FAGG keurt de minister of zijn afgevaardigde de aanvraag tot goedkeuring van de monografie goed of af. Ingeval van afkeuring is dit naar behoren gemotiveerd.

Wat de goedkeuring van vergunningen door fabrikanten en verdelers betreft, wordt binnen de 30 dagen meegedeeld of de aanvraag volledig en correct is. Indien dat het geval is, wordt er een inspectie gepland. Na de inspectie wordt de algemene fabricagevergunning door de minister verleend binnen 90 dagen, vanaf de datum van de bevestiging dat de aanvraag volledig en correct is, op voorwaarde dat het resultaat van de inspectie positief is.

Ik kom tot uw tweede vraag. In het kader van de voortdurende verbetering van de processen van het FAGG, wordt de naleving van de termijnen en interne procedureregels regelmatig opgevolgd als een van de key performance indicatoren. Zo kan het FAGG tijdig reageren om de situatie te verbeteren.

Wat uw derde vraag betreft, zal het huidige koninklijk besluit betreffende de controle en analyse van de grondstoffen die door de apothekers worden gebruikt, worden vervangen door een voorontwerp van wet, dat voor advies aan de Raad van State werd voorgelegd. Na ontvangst van dat advies zal het zo snel mogelijk bij de Kamer worden ingediend. Intussen wordt er ook een ontwerp van uitvoeringsbesluit voorbereid, dat – zoals dat ook bij het voorontwerp van wet het geval was – uitvoerig zal worden besproken met alle betrokken stakeholders.

Ik kom ik tot uw vierde vraag. Voor elke aanvraag tot goedkeuring van een monografie worden drie stalen gevraagd die afkomstig moeten zijn van ten minste twee verschillende loten. De monografie wordt geëvalueerd op basis van een laboanalyse op die stalen. Vervolgens wordt een advies uitgebracht door de Farmacopeecommissie. Indien nodig wordt additionele informatie opgevraagd bij de firma. Dat is de standaardprocedure en dient niet beschouwd te worden als een vraag naar bijkomende tests en informatie.

19.03 Kathleen Depoorter (N-VA): U hebt het over interne tijdslijnen binnen het FAGG. Ik heb u er in het verleden al op gewezen dat daar geen wettelijke basis voor is en dat het dus voor ondernemers heel moeilijk is om daar mee om te gaan wanneer het FAGG die interne tijdslijnen niet respecteert. Dat is nu net het punt van kritiek dat ik hier al jaren uit. Een wettelijk kader waar een ondernemer zich aan moet houden en waar ook de overheid zich aan houdt, zorgt ervoor dat het ondernemerschap effectief haalbaar is in ons land.

Er zijn drie of vier producenten die nog in ons land aanwezig zijn. Men gaat effectief naar het buitenland, omdat die problematiek rond de monografieën maar blijft aanslepen. U zegt opnieuw dat het huidige KB vervangen zal worden door een voorontwerp van wet. Ook dat is een antwoord dat ik ongeveer een jaar geleden al heb gekregen.

U zegt dat u die wet zo snel mogelijk in uitvoering zult laten treden. Mag het alstublieft zo zijn? Het is een waar probleem in ons land om als ondernemer een tijdslijn inzake die monografieën te kunnen hanteren. Elke keer dat er een nieuwe aanvraag moet worden gedaan, wordt er ook geld gevraagd. Het wordt onbetaalbaar. We moeten ervoor zorgen dat de Staat een betrouwbare partner is, in alle aspecten, dus ook voor de ondernemer die grondstoffen wil fabriceren in ons land. Wat gebeurt er vandaag? De ondernemer begint als onderaannemer te werken voor een bedrijf dat wel al over een monografie beschikt. Dat kan toch ook de bedoeling niet zijn.

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

20 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekte van Duchenne" (55038999C)

20 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La maladie de Duchenne" (55038999C)

20.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn volgende vraag gaat over de ziekte van

Duchenne. Ik heb het voorbeeld van Mauro, een jongetje met de ziekte van Duchenne, al verschillende keren aangehaald. Ons land telt een aanzienlijk aantal patiënten met de ziekte van Duchenne. De kosten voor de verzorging zijn niet gering.

Ik heb vernomen dat er een aanvraag bij het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF) is ingediend om bij te dragen in de terugbetaling van Translarna. U verklaarde dat er voor Translarna niet voldoende bewijs bestaat dat het middel doeltreffend is, waardoor het via reguliere weg niet wordt terugbetaald. Het zou de eerste keer zijn dat een dergelijke aanvraag wordt ingediend en dat heeft precedentwaarde. Mocht de aanvraag ontvankelijk worden verklaard en de financiële tegemoetkoming worden toegekend, kan dat Mauro en lotgenoten opnieuw perspectief bieden.

Bent u op de hoogte gesteld van de indiening van een dergelijke aanvraag?

Hoe staat u tegenover een financiële tegemoetkoming van het BSF voor die patiënten? Welke perspectieven ziet u daarin?

Indien de aanvraag niet wordt goedgekeurd, welke andere mogelijkheden ziet u dan voor deze patiënten?

Tegen wanneer verwacht u een antwoord?

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ouders hebben me laten weten dat ze bij het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF) een aanvraag voor Translarna hebben ingediend. Het is aan het BSF om die aanvraag te behandelen. Ik kan niet zeggen wanneer het BSF die aanvraag zal behandelen.

In alle gevallen wordt de beslissing voor een eventuele tegemoetkoming door het BSF genomen door het College van artsen-directeurs. Daartoe wordt elke individuele aanvraag getoetst aan de geldende wettelijke criteria. Een van die criteria bestaat erin dat de wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid van de aangevraagde verstrekking op een gemotiveerde wijze en in ruime mate erkend is door de gezaghebbende medische instanties.

In die context is het belangrijk mee te delen dat op 15 september 2023 het Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) heeft aanbevolen om de marktvergunning van Translarna niet te verlengen. Het bedrijf heeft daarvoor al een herevaluatie gevraagd. Zodra de herevaluatie is afgerond, zal het EMA het definitieve advies van CHMP over de verlengingsaanvraag naar de Europese Commissie sturen, die een definitief juridisch bindend besluit zal uitvaardigen dat van toepassing is in alle EU-lidstaten.

20.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het is inderdaad afwachten op de evaluatie van het EMA, wat de andere lidstaten betreft. Ik heb mij deze zomer in het Bijzonder Solidariteitsfonds verdiept en vind het bijzonder dat het fonds casussen vindt waar de terugbetaling voor hetzelfde medicijn en dezelfde aandoening, maar voor een ander kind, met een ander percentage wordt ingevuld. Het is dus echt wel tijd om de werking van het Bijzonder Solidariteitsfonds ook te evalueren. Er moet worden bekeken hoe consequent bepaalde stellingen worden toegepast en hoe men rechtszekerheid aan de aanvrager kan bieden. Ik kan u verwijzen naar de vzw Ukkie, die daarin heel gedreven is en patiënten begeleidt die tussenkomsten aanvragen bij het Bijzonder Solidariteitsfonds en effectief pijnpunten kan aanwijzen.

Wat de ziekte van Duchenne en Mauro betreft, denk ik dat we er alles aan moeten doen om patiënten die enige hoop hebben, zeker kleine kinderen met de ziekte van Duchenne die nog kunnen lopen, zoveel mogelijk bijstand te verlenen, als dat uiteraard wetenschappelijk verantwoord is.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes n° 55039005C de Mme Kathleen Depoorter et n° 55039600C de Mme Els Van Hoof sont reportées.

21 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stockbeheer van jodiumtabletten" (55039049C)

21 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La gestion du stock de comprimés d'iode" (55039049C)

21.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, onder de Zweedse regering werden jodiumtabletten verdeeld onder de bevolking via de apotheken, vooral om de jongere bevolking bij een nucleair incident te beschermen tegen schildklierkanker. Vandaag is er nog een ruime stock in de officina's, maar ook de overheid beschikt nog over een stock jodiumtabletten, die gestockeerd is bij een logistiek distributeur.

Ik heb vernomen dat die stock verhuisd zou worden naar een andere logistieke speler. Klopt dat? Wat is de reden? Werde daarvoor een openbare aanbesteding uitgeschreven? Hoeveel kandidaten werden er aangeschreven? Hoeveel kandidaten deden er mee aan die openbare aanbesteding? Bij wie kwamen de tabletten uiteindelijk terecht?

Kunt u mij per jaar de kostprijs meedelen van de stockage tussen 2016 en nu? Hoeveel werd er begroot voor het transport van de jodiumtabletten naar de nieuwe logistieke speler? Hoeveel zal dat transport kosten? Wat zal de opslag van de jodiumtabletten volgens het nieuwe contract kosten per jaar?

21.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, in antwoord op uw eerste vraag is het bedrijf Ivemar op 24 april 2023 gestart met het overdragen van de in totaal 370 paletten jodiumtabletten aan Movianto. Alle jodiumtabletten werden dus al verhuisd en worden op dit moment gestockeerd bij Movianto in Aalst.

In antwoord op uw tweede vraag werd in september 2021 tijdens een audit van het FAGG bij de firma Ivemar vastgesteld dat er geen duidelijke kwaliteitsovereenkomst werd afgesloten tussen de FOD Binnenlandse Zaken en Ivemar voor de stockage en de verdeling van jodiumtabletten aan de groothandelaars-verdelers.

Als bijkomend probleem beschikt de FOD Binnenlandse Zaken niet over een groothandelaarsvergunning, wat enerzijds de opmaak van een kwaliteitsovereenkomst in de weg staat en anderzijds impliceert dat de distributie of predistributie van de jodiumtabletten mogelijk buiten het wettelijk kader zou vallen.

Het protocolakkoord van 20 november 2017 tussen Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid inzake de samenwerking voor de distributie van stabiele jodiumtabletten in het nucleaire noodplan was dus niet meer in overeenstemming met de geldende wetgeving en kwam niet meer tegemoet aan de operationele noden op het terrein.

Op 15 september 2023 werd een nieuw protocolakkoord afgesloten tussen de FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hierbij werden de eigendomsrechten van de nationale voorraad jodiumtabletten en de bijhorende operationele en farmaceutische verantwoordelijkheden overgedragen van de FOD Binnenlandse Zaken naar de FOD Volksgezondheid. Overwegende dat de FOD Volksgezondheid verantwoordelijk is voor de nationale strategische farmaceutische stocks en beschikt over de noodzakelijke distributievergunning, werd in onderling overleg overeengekomen om de bestaande en toekomstige voorraden jodiumtabletten stelselmatig onder te brengen in de strategische voorraad.

De FOD Volksgezondheid kon voor het transport en de stockage van de jodiumtabletten terugvallen op de nog lopende raamovereenkomst met als referentie 2022 STR STK voor het beheer van een strategische stock van geneesmiddelen, met inbegrip van verdovende middelen en psychotropen, vaccins en medische hulpmiddelen, met uitzondering van medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek. Gelet hierop kunnen de jodiumtabletten via de raamovereenkomst worden bewaard bij de huidige opdrachtnemer, met name de firma Movianto.

Er werd gebruik gemaakt van de lopende raamovereenkomst voor het beheer van de strategische stock met als referentie 2022 STR STK. Ik verwijs hierbij ook naar het antwoord op uw derde vraag.

Uw vijfde vraag is een vraag voor de FOD Binnenlandse Zaken.

De ophaling van 370 paletten bij de firma Ivemar en het transport naar de firma Movianto werd begroot op 8.424 euro.

De stockage van de 370 paletten met jodiumtabletten met elk 3.840 aparte doosjes met in totaal 1.420.800 verpakkingen van 10 tabletten voor de periode 2023 tot 2025 werd begroot op 97.680 euro. De kosten voor de opslag worden gedekt door het fonds voor de risico's van nucleaire ongevallen van de FOD Binnenlandse Zaken.

21.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het belang om over een WDA te beschikken, is u waarschijnlijk bekend. De FOD Binnenlandse Zaken beschikte er niet over, maar u ook niet in 2021. Dat hebt u rechtgezet.

Wat mij opvalt, is dat er nu toch wel heel ruim gekeken wordt naar het beheer van de strategische stock. Dat is niet slecht, maar de samenwerking tussen de FOD Volksgezondheid en Movianto wordt steeds breder. Ik vraag me af in hoeverre u binnen het budget zult blijven en of u op termijn geen opmerking zult krijgen van de Inspectie van Financiën. Er komt immers 97.000 euro bij. Bij de apotheken worden de jodiumtabletten tot nu toe gratis opgeslagen. Ik noch mijn collega's hebben daar tot nu toe enige vergoeding voor ontvangen.

U hebt geen antwoord gegeven inzake de kostprijs voor de stockage tussen 2016 en nu. Ik vermoed dat u ook daarvoor zult verwijzen naar de FOD Binnenlandse Zaken. U bent evenwel collega's van elkaar en het was mooi geweest als ik die vraag niet opnieuw had moeten indienen bij minister Verlinden.

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

Le **président**: La question n° 55039156C de M. Patrick Prévot est reportée.

22 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van ziekenhuisbedden" (55039195C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het schrappen van ziekenhuisbedden" (55039431C)

22 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture de lits hospitaliers" (55039195C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture de lits hospitaliers" (55039431C)

22.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, in de media wordt vaak bericht over het permanent sluiten van erkende ziekenhuisbedden. De voornaamste oorzaak lijkt een tekort aan verpleegkundig personeel te zijn. Op het totaal van 64.438 erkende ziekenhuisbedden zijn er continu 2.500 gesloten. Dat getal is ondertussen misschien alweer aangepast. Het gaat om 4 % van het totaal aantal bedden.

Tussen oktober 2021 en april 2023 werd de status van het aantal beschikbare ziekenhuisbedden opgevolgd. In het begin gebeurde dat dagelijks, daarna tweemaal per week.

Het tekort aan verpleegkundig personeel gaat in stijgende lijn. Uit de MAHA-studie van 2022 blijkt dat het tekort, uitgedrukt in voltijdse equivalenten, toegenomen is met maar liefst 36 % sinds 2019. Het KCE heeft in 2022 een rapport gepubliceerd met concrete aanbevelingen om de tekorten in de zorg op te vangen en terug te dringen.

Mijnheer de minister, wordt het aantal gesloten bedden continu en systematisch gemonitord? Zijn de oorzaken van het personeelstekort bekend? Kunt u hierover meer toelichting geven?

Zijn er verschillen tussen de ziekenhuizen? Wordt er gekeken naar goede praktijken in bepaalde ziekenhuizen en worden ervaringen of voorstellen tussen ziekenhuizen uitgewisseld?

Zijn er bepaalde afdelingen die systematisch grotere problemen met personeelstekorten hebben?

In hoeverre denkt u dat de bedden terug geopend zullen worden? Acht u het mogelijk dat een aantal bedden gesloten zal blijven? Welke consequenties zal dat op de zorg hebben? Wat is de stand van zaken inzake de opvolging van het rapport van het KCE van 2022? Welke acties werden uitgevoerd en welke staan nog gepland?

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, tijdens de covidcrisis gaven ziekenhuizen via de ICMS-applicatie een indicatie van het aantal gesloten bedden, zonder specificatie van de reden. Sinds juni 2023 worden die gegevens niet meer verzameld.

Over de eventuele tekorten aan verpleegkundigen per ziekenhuis of verschillen tussen diensten hebben we dus nog geen cijfers ter beschikking, maar op basis van de getuigenissen die ons worden bezorgd, zijn er inderdaad verschillen tussen ziekenhuizen, onder meer afhankelijk van de geografische ligging en de diversiteit van de diensten in het ziekenhuis.

Zoals u weet, is het personeelstekort in de zorgsector een complex gegeven. Dat kan niet zomaar worden toegeschreven aan een oorzaak. Ik moet ook vaststellen dat het aantal verpleegkundigen in de gezondheidszorg de afgelopen tien jaar gestaag is toegenomen. Het werk van de Planningscommissie-medisch aanbod toont dat duidelijk aan, maar het probleem is dat de vraag naar verpleegkundige zorg door de ouder wordende bevolking nog sterker toeneemt, maar ook doordat de zorg intensiever en complexer wordt.

U weet dat we belangrijke investeringen hebben gedaan om de zorgberoepen op te waarderen en aantrekkelijker te maken zodat meer mensen voor de zorgsector zouden kiezen en het bestaande personeel de sector niet zou verlaten. Ik verwijs nogmaals naar de enorme investeringen in het kader van het sociaal akkoord en het Zorgpersoneelsfonds die de afgelopen jaren zijn gebeurd en ook naar de aanzienlijke investeringen die we nog hebben toegevoegd, met de structurele toevoeging van een specialisatiecomplement voor gespecialiseerde verpleegkundigen, bijkomende middelen inzake opleidingen voor zij-instromers, bijkomende middelen voor de aanwerving van ondersteunend personeel en de enveloppe voor hoogtechnologische investeringen.

Vorige week werden twee maatregelen verlengd en een nieuwe investering toegevoegd met middelen uit de begroting 2023. Zo investeren we opnieuw 23 miljoen euro in de succesvolle opleidingsprojecten #kiesvoordezorg en de opleidingsprojecten voor verpleegkundigen en zorgkundigen en maken we 21 miljoen euro vrij voor de aanwerving van administratieve en logistieke profielen om verpleegkundigen en zorgkundigen te ondersteunen. Met een budget van 7 miljoen maken we pilootprojecten mogelijk voor de begeleiding van starters en herstarters in de zorg. Met die 'opnieuw aan boord'-trajecten willen we jongeren en herstarters een goede start of herstart geven, waardoor ze zich welkom voelen en snel mee zijn met het reilen en zeilen van de werking. Een van de veelgehoorde klachten van jonge medewerkers die de sector verlaten, is immers het gebrek aan ondersteuning. Met dat bijkomend budget trachten wij hen beter te ondersteunen.

Zoals u weet, ben ik van mening dat we niet alleen moeten investeren en blijven investeren, maar dat we ook moeten hervormen. Dat doen we vandaag al. We werken aan een alomvattende hervorming van het verpleegkundig beroep. Die hervorming heeft als ultiem doel het werken in de verpleegkunde aantrekkelijker maken. In dat kader worden taken herbekeken, wordt bekeken hoe verpleegkundigen zich zoveel mogelijk kunnen concentreren op verpleegkundige zorg en daarin nog versterkt kunnen worden en maximaal ondersteund door anderen voor taken die evengoed of beter door iemand anders kunnen worden uitgevoerd.

Eveneens worden doorgroeikansen in de verpleegkunde gecreëerd en wordt gekeken hoe verpleegkundigen de nodige autonomie in hun job kunnen krijgen. Dat alles moet een andere organisatie van de zorg mogelijk maken, alsook nog meer mensen aantrekken tot een beroep in de

verpleegkunde.

Ook de ziekenhuizen wisselen ervaringen en goede praktijken uit. Onder de impuls van mijn beleidscel loopt er een project om die uitwisselingen te stimuleren. Binnen vier thema's wisselen ziekenhuizen ideeën en ervaringen uit en stellen zij nieuwe behandelingen voor. Die vier thema's zijn de organisatie van de zorg, leiderschap, administratieve ondersteuning en digitalisering, en levenslang leren. Het project loopt tot het einde van dit jaar.

22.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, we weten dat de problematiek groot is. De cijfers van MAHA liegen er niet om. Het tekort aan verpleegkundigen is enorm gestegen. In dat opzicht vind ik het jammer dat we geen cijfers hebben om na te gaan waar de tekorten zich vooral voordoen of waarom er tekorten zijn. Ik vind dat een vorm van nalatigheid, want we zouden dat precies in kaart moeten kunnen brengen.

Ik hoor dat er initiatieven zijn om goede praktijken uit te wisselen, maar ik wil u vragen om daar sterker op in te zetten. De studie van 2022 van het Kenniscentrum heeft namelijk heel duidelijk aangetoond dat de werkomgeving cruciaal is om verpleegkundigen gemotiveerd te houden en tevreden te houden in hun job. We moeten niet zozeer nog meer verpleegkundigen opleiden – uiteraard moeten we dat blijven doen –, maar we hebben er al heel veel. We moeten er alleen voor zorgen dat zij hun job graag blijven doen. Daar zit de uitdaging vooral.

Ik hoor dat er nog allerlei zaken in de steigers staan, maar de problematiek is nu aan de orde, dus ik denk dat er nu echt veel sneller actie nodig is.

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

23 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bevrozing van de ereloonsupplementen" (55039197C)

23 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le gel des suppléments d'honoraires" (55039197C)

23.01 Frieda Gijbels (N-VA): Eerder dit jaar stelde ik u al vragen over de bevrozing van de ereloonsupplementen in de ziekenhuizen. De cijfers geven aan dat er duidelijk ook verschillen omtrent de ereloonsupplementen bestaan tussen de ziekenhuizen, met ook duidelijke communautaire verschillen. Daar kon u toen geen goede verklaring voor geven. De problematiek van de hoge ereloonsupplementen moet inderdaad worden aangepakt, maar ik mis toch wel een diagnose van de problematiek en een duidelijk plan van aanpak.

Is het nog steeds uw bedoeling om de maximale ereloonsupplementen gelijk te trekken voor de verschillende ziekenhuizen? Zo ja, op welk niveau en wanneer?

Klopt het dat er ook een verbod is op een verhoging van de afdrachten? Is daar ondertussen een correct zicht op? Tot voor kort was dat er blijkbaar nog niet. Op welke manier wordt dat gemonitord? Hoe wordt het verbod gehandhaafd?

Hoe zult u ervoor zorgen dat de ereloonsupplementen gelijk worden getrokken tussen de verschillende ziekenhuizen? Krijgen de ziekenhuizen die nu de hoogste supplementen vragen, dan ook een hogere toelage van de overheid?

23.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het akkoord inzake de standstill op het maximumpercentage aan ereloonsupplementen is inderdaad ook van toepassing op de afdrachten. De afdrachten in de ziekenhuizen worden afgesproken tijdens onderhandelingen tussen de artsen vertegenwoordigd door de medische raad, en de beheerder van het ziekenhuis. De overheid is daar niet bij betrokken. We hebben dus ook geen zicht op het verloop van de onderhandelingen of het resultaat ervan. In geval van conflict kan de Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenfondsen evenwel bemiddelen tussen

beheerder en medische raad, als beide partijen met zo'n bemiddeling akkoord gaan. De Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenfondsen heeft tot op heden in dat verband nog geen melding gekregen.

Zoals afgesproken in het regeerakkoord werken we aan het reguleren, stabiliseren en afbouwen van ereloonsupplementen. De standstill is daar een element in, alsook de maatregelen inzake medische beeldvorming, klinische biologie en het verbod bij verhoogde tegemoetkoming. Ik heb overleg gepleegd met iedereen die daarbij betrokken is. Er werd gevraagd aan het IMA om cijfermateriaal aan te leveren over onder andere verblijven, interventies en specialismen en aan te geven hoe die zich verhouden ten opzichte van de ereloonsupplementen.

Dat materiaal wordt bestudeerd en ik hoop dat de stakeholders een gedragen voorstel kunnen doen over de vermindering van ereloonsupplementen. Ik besef dat het een gevoelig en moeilijk dossier is. Ik wil dus nu ook geen uitspraken doen over het al dan niet gelijktrekken van het maximumpercentage aan supplementen over alle ziekenhuizen heen. Dat is een piste; er zijn er misschien andere.

Als compenserende maatregelen worden onderzocht, spreekt het voor zich dat de overheid zal proberen om geen ongelijkheden te bestendigen.

23.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik vrees dat ik steeds meer nuance hoor in de aanpak van de ereloonsupplementen in de ziekenhuizen. U bent veel sneller in het aanpakken van andere types van supplementen, in de ambulante praktijk. Hoe komt dat? Heeft dat een communautaire reden?

U hield ook altijd vol dat afdrachten niet mochten worden verhoogd, maar ik begrijp nu dat u geen zicht hebt op de situatie vandaag. Hoe kunt u een verbod instellen, als u geen duidelijk beeld hebt en u het verbod niet kunt handhaven?

Ik mis nog steeds een analyse van de oorzaak waarom de ereloonsupplementen zoveel hoger zijn in bepaalde ziekenhuizen dan in andere. Ik hoor nu ook dat het nog niet helemaal zeker is of die wel gelijk zullen getrokken worden. Mijnheer de minister, ik hoop echt dat het de bedoeling is om alle ziekenhuizen eerlijk en gelijk te behandelen en dat men ze responsabiliseert, want daarin is de grote oorzaak te vinden voor het feit dat sommige ziekenhuizen het er financieel een pak slechter van afbrengen dan andere, terwijl ze toch veel hogere supplementen vragen.

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

24 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het medisch centrum Mediport" (55039199C)

24 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le centre médical Mediport" (55039199C)

24.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het medisch centrum Mediport. Ik heb u daarover al eerder vragen gesteld. Dat nieuw medisch centrum in de Cadixwijk in Antwerpen is een privé-initiatief dat zich wil profileren op het vlak van multidisciplinaire samenwerking. Op de website van het medisch centrum wordt uitvoerig beschreven dat het mogelijk is om ter plaatse verschillende radiologische onderzoeken uit te voeren, zoals RX-onderzoeken en echografieën maar ook CT-onderzoeken van het hart. Tevens zijn er plannen om een nieuwe locatie te openen in Gent.

U gaf in uw antwoord op een vorige vraag aan dat een verschuiving naar een extramurale setting voor onderzoeken met zware radiologische apparatuur, bijvoorbeeld CT, eigenlijk wettelijk uitgesloten is. Ook in het Vlaams Parlement werden er vragen gesteld over het nieuwe centrum.

Mijnheer de minister, bent u ervan op de hoogte dat de Federale Toezichtcommissie is gecontacteerd door de Vlaamse overheid? Welk gevolg werd daaraan gegeven? Op welke manier kan de kwaliteit van de zorg worden opgevolgd in zo'n medisch centrum? Hoe zal erop worden toegezien dat er geen

zware beeldvorming extramuraal wordt geplaatst?

24.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de Federale Toezichtcommissie heeft nog niets ontvangen van de Vlaamse overheid. In dat opzicht staat de Toezichtcommissie open voor samenwerking met elke andere bevoegde overheid om de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënten te garanderen.

Door mijn administratie wordt een kadaster van zware medische apparatuur bijgehouden, waaronder CT-toestellen. Daarvoor wordt onder meer samengewerkt met het FANC, het RIZIV, de deelstaten en zelfs de industrie, om zoveel mogelijk informatie te verzamelen. De bedoeling van het kadaster is een volledig beeld te krijgen van alle zware medische apparatuur die in het land staat opgesteld. Op dit ogenblik is er nog geen aanmelding gebeurd in verband met Mediport.

Door het kadaster weten we ondertussen wel dat een aantal CT's extramuraal worden uitgebaat, wat niet mag. Die toestellen hebben dan ook geen RIZIV-facturatienummer en kunnen dus geen CT-verstrekingen aanrekenen aan de verplichte ziekteverzekering. Dat houdt de betrokken centra echter blijkbaar niet tegen. Wij vermoeden dat zij hun factuur rechtstreeks aan de patiënt voorleggen.

De problematiek is natuurlijk niet enkel financieel van aard, er kunnen ook vragen gesteld worden op het vlak van de kwaliteit van de zorg. Deze apparatuur heeft alvast niet de omkadering van een dienst zware medische beeldvorming in een ziekenhuis.

Er lopen met de deelstaten besprekingen over de aanpak van die extramurale CT's. Met de deelstaten bekijken we welke inspectiedienst eventueel zou kunnen optreden en wat dan het juridisch kader is. De FOD Volksgezondheid beschikt niet over een inspectiedienst binnen de context van de ziekenhuiswet. De bevoegdheid om ziekenhuizen te inspecteren en te handhaven, is al lang geleden overgedragen aan de gemeenschappen. Zij moeten op dat vlak dus optreden. We overleggen daarover echter ook met de deelstaten.

24.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb er een paar keer op moeten aandringen dat dit zou worden nagekeken, maar mijn vermoedens worden bevestigd dat er wel degelijk zware medische apparatuur extramuraal is opgesteld, weliswaar zonder terugbetaling.

24.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, waarom grijpt Vlaanderen dan niet meteen in? Het is een gewestelijke bevoegdheid.

24.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, door alle regelgeving die u de ziekenhuizen oplegt met betrekking tot supplementen en dergelijke, beknot u de therapeutische vrijheid en de vrijheid van het beroep, waardoor er een vlucht zal ontstaan naar de periferie. U hebt altijd aangekondigd dat die vlucht er niet zou komen omdat er geen zware medische apparatuur mag worden opgesteld buiten de ziekenhuizen, maar u ziet nu dat het wel gebeurt. Die tendens doet zich in verschillende disciplines voor. U antwoordde zopas op een vraag van mevrouw Farih over privéziekenhuizen. We hebben er blijkbaar niet eens zicht op wat een privéziekenhuis is en welke zorgverstrekkers er werken. Dat is echt een groot probleem.

24.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, het zou dus mijn schuld zijn als er ergens een illegale CT staat? Ik bestrijd dat, dat is compleet van de pot gerukt.

Ten tweede dient u minister Crevits vragen om onmiddellijk in te grijpen. Zij is daarvoor bevoegd.

24.07 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het gaat erover dat u in de ziekenhuizen ingrijpt op het gebied van zware apparatuur...

24.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, zegt u nu dat de Vlaamse regering die illegale CT daar moet laten staan?

24.09 Frieda Gijbels (N-VA): Ik weet zelfs niet of een klacht daartegen stand zou houden voor het Grondwettelijk Hof, want u beknot de mensen in de ziekenhuizen.

24.10 Minister Frank Vandenbroucke: Bedoelt u dat een illegale CT, die waarschijnlijk slecht omkaderd is en in strijd is met de basisbeginselen van de gezondheidszorg in dit land, daar moet blijven staan? Vindt u niet dat de Vlaamse regering dan dringend moet ingrijpen op grond van haar bevoegdheden?

24.11 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind dat absoluut niet wenselijk, maar u was daar blijkbaar niet van op de hoogte en door de maatregelen die u in de ziekenhuizen treft, creëert u toestanden die u totaal niet had voorzien, namelijk een vlucht naar de periferie.

24.12 Minister Frank Vandenbroucke : U gaat hier toch niet beweren dat er nu plotseling CT's worden geïnstalleerd buiten de ziekenhuizen omdat ik die schandalige supplementen niet langer aanvaard? Wat bent u toch aan het zeggen? U bent zo verstandig, maar dit is nu toch echt wel van de pot gerukt. Als u aanklaagt dat daar illegale apparatuur staat, dan moet minister Crevits ingrijpen. Zij is daarvoor bevoegd.

24.13 Frieda Gijbels (N-VA): Ik ben het met u eens dat dit goed in kaart moet worden gebracht, dat dit goed moet worden gekaderd en dat voor de straling alle nodige maatregelen moeten worden genomen om patiënten te beschermen. U kunt er echter niet omheen dat er door de maatregelen die u neemt veel ontevredenheid bestaat onder zorgverstrekkers en dat er veel ongerustheid is over de wachtlijsten. Extramuraal zullen die wachtlijsten waarschijnlijk veel korter zijn. Wie extra wil betalen, zal dus binnenkort geholpen kunnen worden en dat is volgens mij een zeer spijtige evolutie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

25 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Kinesithérapie in de ziekenhuissetting" (55039206C)

25 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La kinésithérapie en milieu hospitalier" (55039206C)

25.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de revalidatiezorg evolueert voortdurend. Kinesitherapeuten spelen hierbij uiteraard een essentiële rol. Ze bevorderen zowel het fysiek als vaak ook het mentaal herstel van patiënten.

Er bereiken mij signalen dat kinesitherapeuten werkzaam in een ambulante privépraktijk steeds minder patiënten zien die een operatie hebben ondergaan. Ziekenhuizen bieden namelijk vaak een volledig pakket aan, naast bijvoorbeeld chirurgie, waardoor het voor patiënten vaak de logica zelf lijkt om voor de revalidatie naar het ziekenhuis terug te keren. Zij worden door de zorgverstrekkers in de ziekenhuizen klaarblijkelijk ook in die richting geduwd. Dat lijkt geen goede evolutie, aangezien de gespecialiseerde ambulante expertise in de privésetting op die manier voor een stuk verarmt.

Wat is uw visie op die evolutie? Vindt u ze wenselijk? Is de vrije keuze van de patiënt voor een zorgverlener steeds gegarandeerd? Wordt erop toegezien dat aan een patiënt steeds verschillende opties, zowel in een ambulante privésetting als in een ziekenhuis, worden aangereikt? Zo ja, op welke manier?

25.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, een postoperatieve kinesitherapeutische behandeling kan inderdaad in verschillende settings aangeboden worden. Ik hoef uiteraard niet te herhalen dat kinesithérapie onderworpen is aan een medisch voorschrift, maar patiënten zijn vervolgens vrij om hun zorgverlener te kiezen. Het aanbod vanuit het ziekenhuis is dan ook geen verplichting. Ik denk dat het belangrijk is dat elke patiënt de gepaste zorg krijgt. De zorg moet gepast

en goed zijn, of die nu plaatsvindt in een ziekenhuis of in de eerste lijn. Vandaag is dat aanbod inderdaad zowel in het ziekenhuis als in de eerste lijn mogelijk.

25.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil gewoon aangeven dat we toch in de gaten moeten houden dat dat aanbod nooit een verplichting is en dat patiënten voldoende moeten worden geïnformeerd over de verschillende opties. Anders zal er echt een verschraving van de kinesitherapie in ambulante praktijk optreden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55039227C de Mme Laurence Zanchetta est reportée à sa demande.

Mijnheer de voorzitter, ik had gezegd dat ik tot 18 uur wilde werken. Ik heb er begrip voor dat mevrouw Depoorter misschien iets anders heeft begrepen. Ik kan haar niet verwijten dat ze niet steeds zorgvuldig aanwezig is, maar het is wel een beetje vervelend.

Er zijn heel veel vragen, met lange antwoorden. Ik weet niet goed of we die vandaag nog moeten behandelen.

Le **président**: (...)

25.04 Minister Frank Vandenbroucke: Wat zegt u? Heeft ze gevraagd om haar vragen uit te stellen?

Mevrouw Merckx had een algemene politieke vraag. Ik stel voor dat ik die beantwoord.

Madame Merckx, Mme Depoorter devait vous demander votre accord pour reporter la question.

25.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): J'ai attendu spécialement pour pouvoir la poser. Peut-être que Mme Depoorter pourrait avoir la réponse écrite à ses questions.

25.06 Minister Frank Vandenbroucke: Dan moet u uw vraag stellen, mevrouw Merckx. Dan vervalt de vraag van mevrouw Depoorter.

Het Reglement is het Reglement. Mevrouw Depoorter is hier niet. Als mevrouw Merckx haar vraag stelt, vervalt de vraag van mevrouw Depoorter en antwoord ik op de vraag van mevrouw Merckx.

26 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-begroting" (55039257C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het begrotingsvoorstel voor de gezondheidszorg (1)" (55039538C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het begrotingsvoorstel voor de gezondheidszorg (2)" (55039542C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besparingen in het gezondheidszorgbudget" (55039593C)

26 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget de l'INAMI" (55039257C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La proposition de budget des soins de santé (1)" (55039538C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La proposition de budget des soins de santé (2)" (55039542C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les économies dans le budget des soins de santé" (55039593C)

26.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, naar aanleiding van de begroting 2023 hadden we het over de begroting 2024, omdat de regering die samen opmaakt. Daarin werd de groeinorm van

de sociale zekerheid verminderd van 2,5 naar 2 % en werd er naast enkele herinvesteringen ook bespaard ten belope van 75 miljoen euro. Voorts kondigde u een onderbenutting voor 2024 aan van 125 miljoen euro, wat het totaal bracht op 200 miljoen euro. Bij de opening van het parlementaire jaar kondigde u naar aanleiding van het begrotingakkoord een bijkomende onderbenutting van 100 miljoen euro aan. Hoe verklaart u die nieuwe onderbenutting?

Wij hebben een aantal maanden geleden een discussie gehad over het feit dat er in 2022 voor ongeveer 400 miljoen euro minder zorg werd geconsumeerd dan gebudgetteerd. U weet de onderconsumptie aan de koopkrachtcrisis en het feit dat meer dan 2.000 ziekenhuisbedden werden gesoten.

De totale besparing voor 2024 bedraagt nu 300 miljoen euro en de totale besparing in deze legislatuur loopt op tot 658 miljoen euro.

BVAS noemt de begroting een ontmanteling van de medische zorg en klaagt de boekhoudkundige ingrepen aan, die ervoor zorgen dat er geen ruimte voor nieuwe initiatieven is.

Mijnheer de minister, kunt u meer uitleg geven over de besparingen door de aanpassing van de groeinorm en het inschrijven van onderbenuttingen? Hoe rechtvaardigt u dat tegenover de noden? Waarom kijkt u niet naar de farma-industrie om echt te besparen?

Le **président**: Les trois questions jointes n^{os} 55039257C, 55039538C et 55039542C de Mme Depoorter sont sans objet.

[26.02] Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, bij een begrotingsuitvoering hebben we altijd te maken met technische correcties en ook vaak, typisch in de gezondheidsbegroting, met onderbenutting. Technische correcties houden in dat men kredieten die voorzien waren niet volledig gebruikt. Dat heeft bijvoorbeeld te maken met kredieten voor betwistingen of voor internationale akkoorden die te maken hebben met betalingen voor prestaties die gebeurd zijn voor buitenlandse patiënten. Men stelt vast dat men minder nodig heeft dan gedacht.

Er kan ook sprake zijn van onderbenutting omdat men bepaalde initiatieven principieel beslist, maar er veel tijd nodig is om ze uit te rollen. Dat is niet altijd voorspelbaar, omdat er veel overleg nodig is, wat tijd in beslag neemt. Met andere woorden, het feit dat er een onderbenutting is en dat ze zelfs toeneemt, heeft te maken met technische correcties en met het feit dat men bij nieuwe initiatieven de tijd neemt om die uit te rollen. De vraag is waarom de onderbenutting omvangrijk is. Het antwoord is omdat we bijzonder veel initiatieven nemen die tijd vergen.

Ik vind het belangrijk om te spreken over onderbenutting omdat het om bedragen gaat die gereserveerd zijn. Ik geef een voorbeeld. In de technische raming voor de begroting 2024 gaat het RIZIV uit van een toename van de uitgaven in de geestelijke gezondheidszorg van 93 miljoen euro. Dat is gebaseerd op de dynamiek van de uitgaven. Men verwacht dus dat we 93 miljoen euro extra zullen nodig hebben. Tegelijkertijd is het zo dat die budgetten voor geestelijke gezondheidszorg eigenlijk gelost worden op basis van specifieke projecten. Dat zijn werven die worden ontwikkeld. Die komen dus ook niet automatisch. Ik ga er dan ook vanuit dat we die 93 miljoen euro niet volledig in het jaar 2024 op kruissnelheid aan het opgebruiken zijn. We gaan er eigenlijk van uit dat we in de geestelijke gezondheidszorg ongeveer twee derde daarvan gebruiken in 2023 maar dat 100% van die 93 miljoen niet volledig in 2023 zullen aantikken, en dat dat voor een stuk in 2024 zal gebeuren. Daar gaan we eigenlijk van uit.

Ik geef u een ander, misschien heel duidelijk voorbeeld. In de begroting 2023 is voorzien in een premie voor geconventioneerde zorgverleners. Die premie wordt in een keer uitgekeerd, met het oog op de ondersteuning van geconventioneerden. Dat gaat over 100 miljoen euro. Die premie zal niet worden herhaald, maar het bedrag van 100 miljoen is wel nog altijd ter beschikking van beleid voor zorgverleners zoals herwaardering van nomenclatuur, verbeteringen in de nomenclatuur, maatregelen ter ondersteuning van praktijken. Die 100 miljoen is beschikbaar voor overleg met de partners. Er werd ook al een verdeling van opgemaakt in het kader van de nieuwe ZIV-begroting.

Naar alle waarschijnlijkheid zullen dat grotendeels maatregelen zijn ter verbetering van de nomenclatuur. Als men nomenclatuur verbetert, moet men eerst overleggen en een besluit nemen. Een verbetering van de nomenclatuur komt heel geleidelijk op gang. Dat is als een kraantje dat men open

zet. Budgettair begint dat aan te tikken, dat begint te lopen. Niet in één keer, maar geleidelijk. Als men 100 miljoen van een eenmalige premie omzet in ruimte voor verbetering van nomenclatuur, dan zal men in de plaats van een effect dat meteen aantikt in de begroting, een zeer geleidelijk effect krijgen. Louter dat betekent dat we kunnen uitgaan van een belangrijke onderbenutting.

Dus technische correcties, onderbenutting op al genomen initiatieven die meer tijd vragen qua implementatie en qua uitrol op het terrein, nieuwe budgetten in de technische raming zoals de 93 miljoen voor geestelijke gezondheidszorg, marges die ontstaan doordat men nu al 106 miljoen, geïndexeerd, voor de eenmalige premie ter beschikking stelt voor beleid dat maar geleidelijk zal worden uitgerold, dat alles verklaart waarom er onderbenutting is.

Zijn we dan aan het besparen? Absoluut niet. De uitgaven zullen kunnen stijgen met afgerond 2,6 miljard euro. Dat is een stijging met afgerond 7,4 of 7,5 %. Dat is meer dan de indexering van de honoraria. De prijsstijging, de index van de consumptieprijzen die men verwacht voor het jaar 2024 in vergelijking met 2023 bedraagt volgens de huidige ramingen gemiddeld 4,10 %. Een stijging van een budget met 7,4 tot 7,5 % overtreft de verwachte inflatie en is dus een reële stijging.

Zoals u weet, werkt de indexering in de gezondheidszorg met vertraging. De indexmassa is eigenlijk groter qua stijgingspercentage dan de inflatie. Door het vertragingseffect is de indexmassa iets meer dan 6 %. Dat is een heel groot bedrag. Voor de artsen gaat het om 641 miljoen euro, die vaak ook een beetje selectief wordt aangewend. Als u mij nu vraagt of hier wordt bespaard, zeg ik neen, absoluut niet. Hier wordt geïnvesteerd, hier zijn bijkomende uitgaven en nieuwe initiatieven mogelijk. De technische raming geeft dat al aan voor de geestelijke gezondheidszorg.

De marge die beschikbaar is bovenop de technische raming is 168 miljoen euro. Dat is beschikbaar voor nieuwe initiatieven. Als u kijkt naar de indexmassa, dan is dat een heel groot bedrag dat ook selectief aanwendbaar is indien men dat wenst. Voor de artsen is er bovenop die indexmassa 10 miljoen beschikbaar om gerichte maatregelen te nemen, waarbij ik het wat gemakkelijker wil maken om een akkoord te vinden over een verbod op ereloon-supplementen voor mensen die een verhoogde tegemoetkoming genieten.

Er is iets meer dan 9 miljoen euro ter ondersteuning van artsen in opleiding, zowel voor artsen-specialisten als huisartsen. De artsen hebben ook een inspanning geleverd op het vlak van doelmatigheid in het kader van een oproep om te kijken naar *appropriate care*. Van de inspanning die zij hebben geleverd, zullen ze voor een stuk zelf kunnen genieten.

In de huidige begroting, de begroting 2023, is er nog een budget van 16,5 miljoen beschikbaar voor de versterking van de huisartsengeneeskunde. Ik hoop dat snel wordt beslist wat daarmee wordt gedaan, want dat ligt daar, wat dus ondertussen ook een stuk onderbenutting is. De artsen-specialisten hebben een ruimte van 23 miljoen die werd creëerd door de tarieven voor de klinische biologie te verminderen. Dat budget was al voorzien in de begroting 2023. Dat is er op dit moment en men kan dat aanwenden.

Er is dus ook voor de artsen veel ruimte. Het gaat over een belangrijke indexmassa, 23 miljoen op basis van de vermindering van de tarieven voor klinische biologie, 16,5 miljoen voor de huisartsen, die nog ter bespreking voorligt, 10 miljoen voor specifieke initiatieven, die erbij komt in de begroting 2024, 9 miljoen voor artsen in opleiding, een ruimte die beschikbaar is op basis van *appropriate care*. Ik hoop dat de artsen daarin ook ruimte vinden om een goed akkoord te maken met de ziekenfondsen, in de Medicomut.

Ik kan eigenlijk hetzelfde vertellen voor andere sectoren. Voor de kine is er in ruimte voor nieuwe initiatieven van 40 miljoen euro. Hetzelfde geldt voor de tand- en mondzorg. Voor de logopedie is er in een ruimte voorzien van 23 miljoen euro. Dat zijn belangrijke marges die ter beschikking zijn om nieuwe initiatieven te nemen. We zijn dus helemaal niet aan het besparen, wel integendeel.

Besparen we ergens? Ja, we besparen op geneesmiddelen. U weet dat er een engagement was om 250 miljoen euro te besparen op geneesmiddelen in de begroting 2024. We gaan iets meer doen dankzij een aantal maatregelen die hebben gepland.

De voorziene hervorming van het kliffensysteem brengt volgens de berekening van het RIZIV 46,9 miljoen euro op, afgerond 50 miljoen euro. Een bedrag van 33 miljoen euro daarvan zal gebruikt

worden om het tekort te helpen wegwerken dat we zien in de verhouding tussen raming en groeinorm. Het saldo van 13,8 miljoen euro dient ter vervollediging van het geplande besparingstraject van 250 miljoen euro.

Met andere woorden, we gaan de afgesproken besparingen van 250 miljoen in farma doen en daar bovenop doen we nog een inspanning van 33 miljoen euro. We gaan ook, geïnspireerd onder meer door wat mevrouw Farih hier in het Parlement al heeft aangekaart, een inspanning doen om het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen per dosis te organiseren, in de eerste plaats voor antibiotica. We gaan ervan uit dat dit 7,8 miljoen euro oplevert, al in de begroting 2024.

De bovenstaande besparing van samen 41 miljoen euro komt dus bovenop de jaarlijkse recurrente prijsdalingen, bovenop het voorziene besparingstraject 2021-2024 voor farmaceutische specialiteiten, dat in 2024 250 miljoen euro bedraagt.

U had ook vragen over de basisheffing die sinds 2006 bestaat, met een percentage van 6,73 %. De bijdrageheffing van 1 % die is voorzien in artikel 191, eerste lid tot vijftiende duodecies van de ZIV-wet, heeft als doel de farmaceutische bedrijven te laten bijdragen aan het behoud van de budgettaire situatie. Die wordt dus ook in 2024 voortgezet. De weesheffing, die beschreven wordt in artikel 191, bedoeld om de weesgeneesmiddelen met een omzet hoger dan 1,5 miljoen euro te laten deelnemen aan de uitgaven van solidariteit, wordt ook in 2024 voortgezet. Ik spreek in totaal dus over drie heffingen op de omzet van de farmaceutische industrie, die in totaal 321,6 miljoen euro bedragen. Zij worden dus voortgezet.

Er is ook een bijdrage voorzien in artikel 190 ingevoerd om het effect van de promotie op de verhoging van het aantal voorschriften te compenseren. Die wordt ook voortgezet in het jaar 2024, ten belope van 6,5 miljoen euro.

Le **président**: Contrairement à ce que j'ai annoncé précédemment, puisque Mme Depoorter nous a rejoints, ses questions ne sont pas sans objet mais ont obtenu réponse. Je lui donnerai donc la parole pour une réplique après la réplique de Mme Merckx.

26.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik vond het wel een beetje eigenaardig. Ik heb een korte vraag ingediend, ik heb daar twee minuten de tijd voor genomen en u hebt een kwartier geantwoord.

26.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Bent u niet blij?

26.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Ik ben niet blij omdat u met miljoenen hebt gegooid, hier en daar, of dat nu het budget van 2022, 2023 of 2024 was. Wij kunnen die bedragen natuurlijk niet checken. Ik heb een heel precieze vraag gesteld over de onderbenutting die u vorig jaar al had aangekondigd. U had al verteld over bepaalde betwistingen en internationale akkoorden die minder hoog oplopen dan gedacht.

Nu hebt u 100 miljoen extra in de tabel gezet om naar Europa te sturen. Zo kan u zeggen dat ons budgettair tekort lager is. Uiteindelijk heb ik geen antwoord gekregen op de vraag waar u die 100 miljoen extra nu gevonden hebt. U hebt veel gezegd, maar die precieze vraag hebt u niet beantwoord.

U zegt dat u totaal niet bespaart. Natuurlijk zijn er bepaalde investeringen in de gezondheidszorg, maar u hebt wel beslist om de groeinorm te verlagen. U weet toch dat elke keer dat u minder inschrijft in het budget, de basis om de groeinorm het jaar daarop te berekenen verlaagt. Onrechtstreeks is dat dus wel een besparing. Het hoofdbudget wordt immers verminderd. Ik had een concreet antwoord verwacht op een concrete vraag, maar dat heb ik echt niet gekregen.

26.06 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal uw antwoord nog eens beluisteren. Ik ben wel blij dat u omstandig geantwoord hebt. Ik heb een persbericht van u gelezen waarin u de 2,6 miljard aanhaalt die u extra investeert in de zorg. Zo geeft u het in die communicatie aan, maar

eigenlijk gaat het om 162,5 miljoen. Ik denk dat we het daarover eens zijn. Het is niet zoveel als u laat uitschijnen.

In de antwoorden die ik heb gehoord, heb ik niet vernomen hoe het staat met de 11 miljoen euro voor het multidisciplinair perinataal zorgtraject. Hoeveel is er uitgetrokken voor de zelfstandige vroedvrouwen? Op die vraag hebt u niet geantwoord.

Ik heb ook een punt van kritiek over de brillen en de hoorapparaten. U gaat wel meer middelen investeren, maar u gaat niet verbreden. U gaat er niet voor zorgen dat er Europese normen voor het aantal decibels worden gevormd.

U gaat 2 miljoen euro investeren voor 200 patiënten die met cannabidiol zouden kunnen worden geholpen. Ik vind dat in verhouding met de besparingen in de farmasector die u daarnet hebt opgesomd een beetje scheefgetrokken. U gaat specifiek in cannabidiolprojecten investeren, maar u gaat besparen in de farma. U weet dat de Weight Indicator nog altijd niet verbeterd is. U blijft daar dus met een probleem zitten.

Ik heb u ook expliciet gevraagd hoeveel verpleegkundigen er met de opleidingstrajecten zijn gestart en hoeveel er effectief aan het werk zijn. Dat had ik graag vernomen, maar ik zal u die vraag dan stellen bij de bespreking van de beleidsnota.

Het is ook heel bijzonder dat er 4 miljoen euro werd geschrapt voor Onco@home. Hoe gaat u oncologische zorg thuis motiveren wanneer u 4 miljoen euro schrapt?

Ik weet dat u het vervelend vindt dat ik elke keer opnieuw begin over die 48 miljoen euro voor de zelfstandige thuisverpleegkundigen, maar u komt niet met een oplossing. Er is 48 miljoen euro ingeschreven, maar u gebruikt ze niet. Het is nochtans een doelgroep die essentieel is aan het bed van de patiënt.

U hebt ook niet geantwoord op de vraag over de 7,6 miljoen euro voor interculturele bemiddeling. Ik zou graag weten naar welke organisatie of naar welke vzw dat geld gaat en via welke aanbesteding dat allemaal gebeurd is. Het kan toch niet dat dat schimmig blijft. Als Parlements lid wil ik weten wie die 7,6 miljoen euro gaat besteden. Dat is immers gigantisch veel geld. Ik had ook graag van u vernomen in welk gewest dat het meest wordt uitgegeven en welke patiënten het meest nood aan die interculturele bemiddeling hebben. Met dat bedrag kunnen we immers veel pillen terugbetalen, mijnheer de minister. Ik had dus graag een iets gedetailleerder antwoord gekregen. Ik zal die vragen dan ook opnieuw indienen voor de bespreking van de beleidsnota.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 02.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.02 uur.