

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 9 JANVIER 2024

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 9 JANUARI 2024

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 25 et présidée par M. Roberto D'Amico.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.25 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 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'épidémie de pneumonies non diagnostiquées en Chine" (55040103C)**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les foyers d'infections pulmonaires" (55040210C)**

01 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De epidemie van onbekende longontstekingen in China" (55040103C)**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitbraken van longinfecties" (55040210C)**

01.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, ma question fait suite à la recrudescence de pneumonies en Chine, où les hôpitaux ont été débordés. Ceci ravive un peu la peur sur la question d'un nouveau virus qui viendrait de Chine. Entre-temps, la situation ne s'est pas aggravée mais j'aimerais que vous fassiez le point sur le sujet.

En outre, la question des signalements internationaux sur les situations épidémiques est une leçon à tirer de la crise du covid. On annonçait à la radio ce matin que les hôpitaux et les services de santé en Espagne étaient débordés à cause d'infections grippales, covid ou autres. Trois régions espagnoles ont même réintroduit l'obligation du port du masque dans les hôpitaux. C'est quand même assez alarmant.

Monsieur le ministre, pouvez-vous faire le point sur la situation?

01.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ook ik wil vragen stellen over de rapportering door de Wereldgezondheidsorganisatie in november over uitbraken van mycoplasma pneumoniae in China. Het bleek te gaan om een infectie die vaak ook antibioticaresistent is. Tegelijk rapporteerde het ECDC over gevallen in Griekenland, waar het zou gaan over longinfecties door de klebsiellabacterie, eveneens hoogresistent tegen antibiotica.

Mijnheer de minister, hebben we in dat verband ook in ons land een overzicht? Kunnen wij daarvan een update krijgen? Zijn er aanwijzingen van gelijkaardige gevallen van bacteriële antibioticaresistente longinfecties? Over welke infecties gaat het in dat geval? Zijn die infecties verspreid doorheen het land of zijn er clusters waarneembaar?

In Griekenland blijkt het vooral te gaan over een transmissie van de bacterie, geassocieerd met de gezondheidszorg. Wat is de stand van zaken in het algemeen van gezondheidszorggeassocieerde transmissie in België?

In het verleden sprak ik al over het risico van de verspreiding van nieuwe infecties, onder andere in de ziekenhuissetting, en vroeg ik cijfers op over het aantal ziekenhuisinfecties door COVID-19 of andere pathogenen. Zijn er eventueel recentere cijfers, van na augustus 2022, beschikbaar?

01.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Je vais d'abord répondre de façon générale à la question de Mme Merckx, puis en venir aux questions précises de Mme Gijbels.

Madame Merckx, les infections respiratoires au niveau national et international sont suivies de près par le *risk assessment group*, via l'outil de surveillance ResPiRadar. Elles sont régulièrement discutées lors des réunions du *risk management group*. En effet, il y a eu une augmentation de circulation des pathogènes respiratoires en Chine en novembre. Le RMG a conclu que l'augmentation de ces cas était principalement à attribuer à des pathogènes saisonniers connus. Cette tendance était en partie due à une baisse de l'immunité de la population chinoise, suite à trois années de politique stricte de zéro covid, en combinaison avec un pic hivernal sévère.

Voici, en synthèse, l'analyse faite par le RMG, mais nous restons évidemment vigilants. Le RMG et le RAG continuent à suivre la situation via les canaux officiels de l'OMS, la CDC et le EWRS.

En Belgique, il y avait aussi eu une augmentation des pathogènes respiratoires, mais les conséquences n'étaient pas de la même ampleur que celles décrites en Chine. L'hypothèse de la dette immunitaire semble donc se confirmer. Toutefois, à la fin de l'année, la CIM Santé, sur la base d'un avis du RMG, a aussi discuté de la situation et pris des décisions en matière de politique, et aussi informé la population générale ainsi que le personnel soignant sur la circulation accrue des virus respiratoires et les mesures d'hygiène à prendre.

On a rappelé à la population générale, via un bulletin de presse, la nécessité de respecter les mesures de base, et on a aussi dit aux acteurs du secteur des soins qu'ils doivent être évidemment très vigilants. Si nécessaire, les acteurs sur le terrain peuvent décider par exemple de l'opportunité du port du masque, par exemple dans des salles d'attente. Donc, nous n'avons pas énoncé de directive générale en la matière comme il y en a aujourd'hui une en Espagne. Nous n'avons pas fait cela. Nous nous sommes dit qu'il fallait sensibiliser les acteurs de terrain à la circulation accrue du virus et à la nécessité de réfléchir à l'introduction éventuelle d'obligations relatives au port du masque, par exemple dans les salles d'attente. En tout cas, nous restons très vigilants. Cela m'amène aux questions de Mme Gijbels.

Mevrouw Gijbels, na een sterke daling van het aantal mycoplasma pneumoniae diagnoses tijdens de COVID-19-epidemie stijgt het aantal mycoplasma pneumoniae infecties in België opnieuw sinds april 2023. Het aantal nieuwe infecties is momenteel hoger dan het basisniveau en op hetzelfde niveau als tijdens de jaarlijkse pieken voor COVID-19. De meeste infecties worden gezien bij kinderen van 5 tot 14 jaar en in mindere mate bij jongere volwassenen.

De stijging wordt in de drie gewesten geobserveerd. Het is echter niet bekend welke proportie van de patiënten gehospitaliseerd is, noch of de patiënten de infectie in het ziekenhuis opgelopen hebben. De infecties worden aangetroffen bij een bevolkingsgroep met een zeer lage algemene hospitalisatiegraad, wat doet vermoeden dat de meerderheid van de besmettingen buiten de zorginstellingen gebeuren.

De resultaten van de surveillance worden wekelijks gepubliceerd in het *Bulletin acute luchtweginfecties* van Sciensano. Wekelijks evalueert de Risk Assessment Group de noodzaak tot het nemen van bijkomende maatregelen, onder andere voor deze infecties. Het verslag van die evaluatie wordt ook wekelijks gepubliceerd op de website van Sciensano, onder Projecten/Coördinatie van de Risk Assessment Group.

De antibioticaresistentie voor macroliden, die eerste keuze zijn voor de behandeling van mycoplasma pneumoniae infecties, is al jaren zeer uitgesproken in Azië. Men spreekt daar van 60 % tot 95 %. Maar gelukkig is deze resistentie minimaal in België, namelijk minder dan 5 %, tenminste op basis van de gegevens die wij krijgen van het nationaal referentiecentrum, het UZA. Dit type bacterie is echter niet gevoelig voor de standaardantibiotica die voor een lagere luchtweginfectie worden voorgeschreven, waardoor de initieel opgestarte antibioticakuur vaak niet afdoende is. Er is op dit moment echter geen evidentie om de toename van antibioticaresistentie te vermoeden.

Ik kom tot het tweede punt in mijn antwoord. De dienst Zorginfecties en antibioticaresistentie van

Sciensano organiseert, verzamelt, en analyseert de surveillancegegevens over antimicrobiële resistentie in Belgische ziekenhuizen. Deze AMR-surveillance bestaat uit drie luiken: ten eerste, de surveillance van methicillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), ten tweede, de surveillance van multiresistente gramnegatieve bacteriën (MRGN), waaronder de *klebsiella pneumoniae* en, ten derde, de surveillance van vancomycine- of linezolidresistente enterokokken.

Deelname aan de surveillance van MRSA en MRGN is respectievelijk sinds 2006 en 2014 verplicht voor alle Belgische ziekenhuizen. Een bacterie kan resistent worden door een verandering van zijn genoom, waardoor er een soort adaptieve resistentie ontstaat, ofwel door zijn intrinsieke eigenschappen, zoals een dik en beschermend celmembran. Antimicrobiële resistentie kan met andere woorden verworven of van nature aanwezig zijn in een specifieke soort micro-organismen.

Hoewel beide kunnen leiden tot het mislukken van de behandeling is verworven resistentie verantwoordelijk voor de meest recente gevallen. Verworven resistentie kan worden veroorzaakt door onaangepast gebruik van antimicrobiële middelen, zoals het voorschrijven van antibiotica om virale infecties te behandelen of een onnodig lange behandelingsduur. In tegenstelling tot MRSA kunnen gramnegatieve bacteriën via verschillende resistentiemechanismen ongevoelig worden tegen verschillende antibioticaklassen. Het meest voorkomend resistentiemechanisme is de productie van enzymen, zoals extended-spectrum beta-lactamase en carbapenemase.

Ten derde, sinds 2004 kan een significant dalende trend in de resistentieproportie en de incidentie van MRSA worden waargenomen. Er kan geen significante trend worden waargenomen in de resistentieproportie en de incidentie van vancomycineresistente *Enterococcus faecium*. Sinds 2014 lijkt er sprake te zijn van een toename in de resistentieproportie en de incidentie van multiresistente gramnegatieve bacteriën, hoewel die stijging zich de laatste jaren lijkt te stabiliseren voor bepaalde kiemantibioticacombinaties.

Er wordt echter alleen in de surveillance van MRSA een onderscheid gemaakt tussen ziekenhuisgeassocieerde en niet-ziekenhuisgeassocieerde MRSA. Dankzij de gezamenlijke inspanningen van de teams voor infectiepreventie en -bestrijding en een hele reeks acties is het aandeel van de zorggerelateerde MRSA op het totaal aantal MRSA gedaald van 78,8 % in 1994 tot slechts 15,6 % in 2022.

Geaggregeerde jaargegevens in het kader van de AMR-surveillance worden retrospectief verzameld in het daaropvolgende jaar. Gegevens van 2022 werden midden 2023 verzameld. De analyses worden momenteel afgerond en zullen weldra worden gepubliceerd.

Een epidemiologisch rapport over gehospitaliseerde COVID-19-patiënten is alvast te vinden op de COVID-19-site van Sciensano. Op pagina 22 wordt de proportie van patiënten die tussen 2020 en september 2023 binnen het ziekenhuis een infectie hebben ontwikkeld beschreven.

01.04 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vous remercie pour les informations données. Je pense qu'il est important de rester très vigilant. Il est vrai que ce matin, nous avons très brièvement abordé le fait que dans certaines Régions du pays, le taux de vaccination – par exemple contre le covid et contre la grippe, pour laquelle on dispose de moins de données – est très bas. Cela peut causer de vrais problèmes dans les semaines qui suivent, ici, dans notre pays. On peut en tout cas faire mieux à ce niveau-là.

01.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, waakzaamheid is inderdaad geboden. De toename van bepaalde infecties die wij nu zien, kan te maken hebben met een weerslag na een fase van opgedreven infectiepreventiemaatregelen. Gelet op de piek van *mycoplasma pneumoniae* in de afgelopen weken moeten wij daarvoor alert zijn. Het is goed om dat te analyseren en mee te nemen in een afwegingskader voor toekomstige hygiëne- en beschermingsmaatregelen en toekomstige protocollen die worden uitgewerkt, omdat het een behoorlijke impact kan hebben op het zorgsysteem en op de gezondheid van individuen. Vooral voor kinderen lijkt het mij belangrijk dat er altijd ruimte wordt gelaten om infecties op een natuurlijke wijze door te maken, zodat de basisimmunitet kan worden opgebouwd.

Het is goed dat er een daling is van antibioticaresistente bacteriën, maar er is nog veel werk aan de winkel. Het is een uitdaging voor de toekomst om hier heel alert en attent voor te zijn en alle mogelijke

maatregelen te nemen om dit zoveel mogelijk verder te beperken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De functionele samenwerkingsverbanden van huisartsenwachtposten" (55040096C)

02 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les coopérations fonctionnelles des postes de garde des médecins généralistes" (55040096C)

02.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, binnenkort zullen de functionele samenwerkingsverbanden van de huisartsenwachtposten van toepassing worden. Ondanks dat men in Limburg ondertussen de verschillende scenario's naast elkaar heeft gelegd, ziet men nog steeds grote problemen. Zo zou er vooral in het noorden van de provincie slechts één wachtpost volledig ingericht en 's nachts opengehouden kunnen worden, wat natuurlijk problemen geeft qua aanrijtiden. De spoedgevallendiensten in het noorden van de provincie houden dan ook hun hart vast en vrezen een toeloop en een sterke stijging van de consultaties aldaar. Zij wilden dan ook graag een alternatief scenario bekijken, maar aangezien ze te weinig inzicht in de budgetten en in de kostenstructuur hadden, hebben ze een schrijven gericht aan het RIZIV.

Niet alleen in Limburg maar ook in Antwerpen blijken er vele vragen te zijn. De huisartsenwachtposten hebben een schrijven gericht aan uw kabinet, waarin ook de overkoepelende vzw ter discussie wordt gesteld. Er wordt ook aangegeven dat er nog vele onduidelijkheden zijn en er geen goed zicht is op de spelregels.

In hun brief klagen de huisartsenwachtposten van Antwerpen aan dat er bezuinigd wordt op de Vlaamse huisartsenwachtposten. Klopt dat of spreekt u die bewering tegen?

Is er een mogelijkheid om af te zien van de overkoepelende vzw en om de bestaande wachtposten gewoon te laten samenwerken?

Er wordt ook gevraagd te voorzien in een financiering per inwoner en flexibiliteit voor de organisatie van de wachtposten. Kan daarvan voor u sprake zijn?

Hoe komt het dat er zo weinig transparantie is in de financiering en de kostenstructuur? Zal er ter zake duidelijkheid worden verschaft?

Zult u aan de huisartsenwachtposten het vertrouwen geven om met een bepaald budget zelf alternatieven uit te werken die zowel efficiëntie als nabijheid kunnen combineren?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, ik wil nogmaals de stelling ontkennen dat in het noorden van Limburg 's nachts slechts één wachtpost opengehouden zou kunnen worden. Dat is gewoon niet juist.

Ik herhaal dat de functionele samenwerkingsverbanden kunnen kiezen tussen twee scenario's, namelijk het scenario waarbij alle wachtposten altijd openblijven, ook in de diepe nacht, of een scenario waarbij in de diepe nacht een aantal wachtposten niet open zullen zijn, maar waarbij meer auto's met chauffeur ter beschikking worden gesteld om huisbezoeken te doen.

In het initiële voorstel voor de functionele samenwerkingsverbanden uit de vorige legislatuur was het de bedoeling om in de diepe nacht, tussen 23.00 uur en 08.00 uur, zowel het aantal wagens met chauffeur als het aantal wachtposten dat openblijft, te verminderen. Dat was echter tijdens de vorige legislatuur. Ik heb mij daartegen verzet, net omdat ik niet wilde dat de toegankelijkheid van de zorg onder druk zou komen te staan. Ik heb extra middelen vrijgemaakt, zodat de samenwerkingsverbanden kunnen kiezen tussen twee scenario's inspelend op hun lokale noden.

De Limburgse huisartsen zijn de puzzel aan het leggen. Wij hebben een heel constructief contact met de verantwoordelijke coördinator. De Limburgse huisartsen lijken te opteren voor een scenario met meer wagens en niet voor meer open wachtposten. Mijn kabinet is daarover in gesprek met hen onder

meer om te bekijken of die optie het best beantwoordt aan de lokale noden.

Er wordt sterk geïnvesteerd in de wachtposten. Het budget voor de wachtposten, inclusief weekwacht, zal begin 2025 het drievoudige bedragen ten opzichte van het begin van de legislatuur. Ik wil toch nog even beklemtonen dat ik alleen al voor de Vlaamse wachtposten ruim 6 miljoen meer op tafel leg dan wat de vorige regering daarvoor oorspronkelijk gepland had. Het financieringskader werd grondig bijgestuurd ten voordele van patiënt en huisarts en werd unaniem goedgekeurd, zowel in de medicomut als in het Verzekeringscomité.

Ik weet niet welke samenwerkingsverbanden de wachtposten zullen sluiten en voor welk scenario ze zullen kiezen. Afgaande op de puzzel die eerder door de coördinatoren werd gelegd, zouden alle functionele Antwerpse samenwerkingsverbanden erop vooruitgaan. Simulaties voor de theoretische Antwerpse functionele samenwerkingsverbanden spreken over een toename van het budget, alleen voor het weekend, dus zonder rekening te houden met de investeringen in de weekwacht, tot zelfs 250.000 euro en niemand verliest.

Een belangrijke, mijns inziens terechte vraag van de wachtposten was om meer soepelheid te geven in de besteding van de middelen. Dat gebeurt. Er worden voor verschillende posten enveloppes toegekend, waarbij de middelen vrij besteed kunnen worden. Er wordt voorzien in de mogelijkheid om 10 % van de ene enveloppe te verschuiven naar een andere enveloppe. De huisartsen kunnen bijvoorbeeld beslissen om 10 % van hun vervoersbudget te verschuiven naar het budget voor onthaalmedewerkers. Voor de bepaling van de budgetten wordt rekening gehouden met de lokale context.

Ik deel uw mening dat de spelregels duidelijk moeten zijn om in de nieuwe structuur te kunnen stappen. Naast het erkennings-KB, dat al onder de vorige regering werd gepubliceerd, werd daarom ook werk gemaakt van een financierings-KB, in grondig overleg met het terrein. In afwachting van de publicatie ervan heb ik mijn administraties gevraagd om de komende weken maximaal in te zetten op duidelijke informatie en een goede begeleiding van huisartsenwachtposten in de hervorming.

De volgende zaken zijn ter beschikking, nadat ze in het begeleidingsplatform op punt werden gesteld.

Er is, ten eerste, hard gewerkt aan een FAQ met toelichting zowel van het erkennings-KB en het financierings-KB als van de werking van de 1733. Die werd inmiddels verspreid naar de wachtposten.

Ten tweede, er wordt gewerkt aan een voorstel voor begeleiding van de wachtposten, een begeleiding op arbeidsrechtelijk en juridisch vlak. Bemiddeling waar nodig en mogelijke steun bij het invullen van het aanvraagdossier zullen door het RIZIV gefinancierd worden.

Ten derde, de Universiteit Gent heeft de opdracht gekregen om een geografische studie te maken naar de huidige en optimale inplanting van de wachtposten, rekening houdend met aanrijtijden. Die studie kan inspirerend werken voor de wachtposten en zal ook een leidraad vormen bij de beoordeling van de aanvraagdossiers.

Ten vierde, er zal een simulatietool ter beschikking gesteld worden waar de wachtposten hun budgetten mee kunnen ramen, voor de verschillende scenario's en potentiële samenwerking.

Ten vijfde, in het op 19 december 2023 gesloten medicomutakkoord wordt een hervorming van de vergoeding van de huisartsen tijdens de wacht in het vooruitzicht gesteld. Als eerste stap werd een verdubbeling van het beschikbaarheidshonorarium tijdens het weekend en op feestdagen beslist, goed voor een bijkomende investering van ruim 9 miljoen euro.

Ten slotte is de overkoepelende vzw opgenomen in het KB betreffende de erkenning van de functionele samenwerkingsverbanden van 10 september 2020, artikel 3 ten tweede. Dat werd dus al onder de vorige regering vastgelegd. De onderliggende vzw's kunnen wel blijven bestaan.

02.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, er is veel ongerustheid op het terrein. Ik hoor nu wel dat er wat toenadering is, dat er wat samenwerking is, dat er naar elkaar geluisterd wordt. Dat is bijzonder belangrijk.

Bovendien zal transparantie in de kostenstructuur vertrouwen wekken in de manier waarop de middelen besteed zullen kunnen worden. Belangrijk is dat daarbij soepelheid mogelijk is. Uiteindelijk willen de huisartsen ook alleen maar een efficiënte en bereikbare wachtpost dicht bij hun patiënten.

Ik zal ten slotte nog een vraag indienen over de uitrol van het nummer 1733, want dat is een essentiële voorwaarde om echt aan de slag te kunnen gaan met de functionele samenwerkingsverbanden, zodat we zoveel mogelijk kunnen vermijden dat de spoeddiensten nodeloos worden bezocht.

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

03 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beperkingen inzake supplementen voor ambulante CT- en MRI-scans" (55040099C)

03 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les restrictions en matière de suppléments pour les CT-scans et les IRM ambulatoires" (55040099C)

03.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, over de supplementen voor ambulante CT- en MRI-scans ondervraag ik u niet voor het eerst. Bij de afdelingen radiologie blijkt wat ongerustheid te bestaan, gelet op die regeling. Aangezien die regeling ondertussen al van kracht is, is mijn ingediende vraag enigszins gedateerd, maar enkele van de vragen wil ik aanhouden.

Mijnheer de minister, werd er voorafgaandelijk onderzocht om welke reden supplementen worden aangerekend? Kunt u dat toelichten?

Werd er onderzocht wat de gevolgen zijn als een supplementenverbod wordt ingevoerd? Wordt er bijvoorbeeld verwacht dat de gedeelde inkomsten op andere manieren zullen worden gezocht? Wat is de geschatte impact op wachtlijsten?

Werd met de ziekenhuizen en de afdelingen beeldvorming overlegd zodat tijdig rekening kon worden gehouden met de aangepaste wetgeving? Zo ja, op welke manier en wanneer werden zij geïnformeerd?

De supplementen zijn niet los te denken van de ziekenhuisfinanciering en de gebrekkige basisfinanciering. Werd een analyse gemaakt van het aandeel van de afdrachten die afkomstig zijn van de verschillende diensten? Bestaat er een grote variatie tussen de verschillende afdelingen en tussen verschillende ziekenhuizen? Valt uit te sluiten dat andere ziekenhuizen op een andere manier de gebrekkige basisfinanciering compenseren, bijvoorbeeld door geen supplementen meer te vragen voor beeldvorming, maar wel door hogere kamerssupplementen te vragen?

Wat is uw analyse van de verschillen in de financiële gezondheid van de ziekenhuizen? Worden zij geresponsabiliseerd in verband met hun financieel beleid en indirecte kosten? Indien ja, op welke manier gebeurt dat?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Gijbels, we hebben hierover inderdaad al eerder gediscussieerd en ik zal dan ook redelijk kort zijn in mijn antwoord.

U vraagt wat de redenen zijn voor die supplementen. Welnu, ik kan ze niet geven. Volgens de studie van het intermutualistisch agentschap in 2023 zijn er in Vlaanderen negen, in Wallonië zestien en in Brussel twee ziekenhuizen waar alle radiologen geconventioneerd zijn en waar dus geen ereloon-supplementen worden aangerekend. In een grote groep ziekenhuizen, waaronder vierentwintig Vlaamse, is geen enkele radioloog geconventioneerd en kunnen dus wel supplementen aangerekend worden. Hoe kan ik daarvoor een goed argument of een reden vernoemen? In sommige ziekenhuizen vraagt men geen supplementen, nooit, en in andere ziekenhuizen vraagt men altijd supplementen. Ik meen dat die ziekenhuizen dat zelf moeten uitleggen. Ik zie er geen reden voor en ik ben totaal niet onder de indruk van het argument dat die supplementen zo verschrikkelijk hard nodig zijn omdat de ziekenhuizen danig ondergefinancierd zijn. Laten we eerlijk zijn, een groot deel daarvan gaat niet naar de ziekenhuizen, maar naar de radiologen. Dat is toch zo? Ik vind dat men daar een beetje verstoppertje speelt.

Ik wacht op het eerste ziekenhuis dat ons eens uitlegt waarom die supplementen zo hard nodig zijn. Ik

zou eens van de radiologen zelf willen horen waarom die zo hard nodig zijn, want die gaan ook naar de radiologen zelf, en ook waarom die zo hard nodig zijn voor hun ziekenhuis. Het is aan de ziekenhuizen om dat eens uit te leggen. Ik geloof het niet, want ik zie enorme verschillen tussen de ziekenhuizen.

U vraagt ook wat de gevolgen zijn. De gevolgen zijn dat er een basisregel ontstaat die bepaalt dat ziekenhuizen voldoende capaciteit moeten hebben om onderzoeken met zware medische beeldvorming te doen zonder daarvoor supplementen te vragen, of die nu overdag of 's nachts plaatsvinden. Dat is de basisregel. Ik vind dat ziekenhuizen daaraan moeten worden gehouden. Ik ga ervan uit dat, als mutualiteiten klachten van patiënten krijgen, want ik neem aan dat de klachten daar eerst terechtkomen, ze de ziekenhuizen aanspreken over het respecteren van de wetgeving.

Is er overleg gepleegd? Ja, u weet dat er heel veel overleg is gepleegd, maar dat we het daarover uiteindelijk niet eens zijn geraakt, maar soms moet de politiek ook eens iets durven te beslissen. Anders blijft men rondjes draaien.

Ik denk dat deze beslissing noodzakelijk was, als men een soort van billijkheid in een basisonderzoek wil, waarbij mensen in veel regio's geen keuzevrijheid hebben. Men ziet ook dat sommige ziekenhuizen geen enkel supplement vragen en dat andere ziekenhuizen aan hun patiënten vertellen – in mijn ogen is dat wijsmaken – dat dit nodig is voor hun financiering.

03.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het is niet zo dat er niets mis is met de financiering van de ziekenhuizen. Ik denk dat de laatste studie van Belfius nog eens heeft aangetoond dat zelfs de ziekenhuizen die het goed doen het water aan de lippen staat.

U communiceert altijd nogal omfloerst over de redenen van die supplementen. U doet alsof die supplementen vooral naar de artsen gaan, maar u vertelt nooit dat er ook afdrachten van de artsen aan de ziekenhuizen zijn. Veel ziekenhuizen hebben zelfs een fonds waar supplementen naartoe gaan. Daar gaat niets naar de artsen. Dat is net om hun kosten te kunnen betalen, om ervoor te zorgen dat ze kunnen blijven innoveren en nieuwe behandelingen aan hun patiënten kunnen blijven aanbieden.

Het ene ziekenhuis vraagt misschien meer supplementen voor de beeldvorming, maar een ander ziekenhuis kan op een andere manier inkomsten zoeken door, bijvoorbeeld, hogere supplementen te vragen voor eenpersoonkamers.

U hebt zelf aangegeven dat u niet weet waarom die supplementen worden gevraagd. Dat is toch wel essentieel. Dat moet eerst worden onderzocht. Die ziekenhuisfinanciering moet eerst eens goed worden doorgelicht. Als we willen dat onze gezondheidszorg kwaliteitsvol en betaalbaar blijft, moeten we vooral de invoering van een tweesporenbeleid in de gezondheidszorg voorkomen. We moeten ervoor zorgen dat de gezondheidszorg toegankelijk blijft voor iedereen, zowel voor mensen met een klein budget als voor mensen met een groot budget.

Mijnheer de minister, ik vrees dat we net de omgekeerde richting uitgaan. Ik wil daarvoor waarschuwen, want ik ben ervan overtuigd dat artsen echt wel het beste voorhebben met patiënten en dat ze hen zo goed en zo snel mogelijk willen helpen, in tegenstelling tot wat u soms doet uitschijnen. Ik vrees dat we echt de verkeerde richting uitgaan.

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

04 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De procedures van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV tegen kinesisten" (55040123C)

04 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les procédures du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI à l'encontre des kinés" (55040123C)

04.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik stel u regelmatig vragen over de kinesisten. Nu werd er mij een opmerkelijk rapport gesignaleerd.

Uit een rapport van de dienst voor Geneeskundige Evaluatie en controle van het RIZIV van juni 2023 blijkt immers dat na een nationale controleactie procedures werden opgestart tegen 24 kinesisten in 14 verblijfplaatsen voor personen met een handicap, ter waarde van 272.000 euro. De teruggevorderde bedragen gaan van 400 euro tot maar liefst 26.000 euro.

De kinesisten hadden blijkbaar de nomenclatuurnummers voor thuisbehandelingen gehanteerd en niet die voor instellingen voor mindervaliden, die ze volgens het RIZIV hadden moeten aanrekenen. De kinesisten gebruikten deze nummers voor prestaties aan huis nadat ze bij de mutualiteiten en instellingen informatie hadden gekregen dat de plaatsen waar de personen met een handicap verbleven geen voorzieningen waren. Het ging namelijk om patiënten die overdag verbleven in een centrum maar 's avonds naar huis gingen, waar ze ook hun domicilie hadden en werden behandeld. Ten slotte waren er nog verblijfplaatsen voor personen met een handicap die beweerden geen instelling te zijn, maar een organisatie voor begeleid wonen.

De verwarring is het gevolg van het beleid van vermaatschappelijking van de zorg dat in Vlaanderen wordt gevoerd. In elk geval beschikt het RIZIV niet over een lijst van verblijfplaatsen die als instelling voor mindervaliden moeten worden gezien. De dienst gaf zelf al aan dat de procedures te wijten zijn aan onduidelijke regelgeving.

Voor veel kinesisten betekent dit het einde van hun activiteiten als kinesist. Daarnaast worden verpleegkundigen met identiek dezelfde problemen geconfronteerd. Ook bij hen worden immers duizenden euro's teruggevorderd, wat vaak leidt tot de stopzetting van hun activiteit als verpleegkundige.

Ik heb dan ook enkele vragen voor u, mijnheer de minister.

Welke initiatieven werden al genomen om te komen tot een lijst van voorzieningen, zodat kinesisten en verpleegkundigen duidelijkheid krijgen op welke plaatsen ze een nomenclatuurnummer voor een voorziening moeten toepassen?

De kinesisten worden nu beboet door een onduidelijke regelgeving. Die boetes kunnen ook zeer hoog oplopen. Bent u bereid om de boetes te laten vallen omdat de overheid zelf deels verantwoordelijk is voor die onduidelijke regelgeving?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Caluwé, het klopt dat het RIZIV niet over een exhaustieve lijst beschikt van de verschillende voorzieningen die worden georganiseerd door de deelstaten en waarin de zorg onder bepaalde voorwaarden wordt vergoed door de verplichte ziekteverzekering.

In het kader van een werkgroep van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen zamelt het secretariaat van die commissie informatie in bij die entiteiten over dergelijke voorzieningen met het oog op meer transparantie en een eventuele aanpassing van de federale terugbetalingsmodaliteiten. Die informatie zal in principe ook bruikbaar zijn voor de regelgeving bij kinesitherapeuten. Dat werk is nog niet volledig afgerond. Het is evenwel duidelijk dat dat een complexe materie is met significante verschillen tussen de deelstaten, in een evoluerend kader.

De inbreuken die de sociaal inspecteurs van de DGC vaststelden in het onderzoek waarnaar u verwijst, waren inbreuken artikel 73bis ten tweede van de Gvu-wet of de zogenaamde niet-conforme aanrekeningen. Voor die inbreuken kan de leidend ambtenaar van de DGC de maatregelen uit artikel 142, paragraaf 1, eerste en tweede lid van de Gvu-wet opleggen of vorderen voor de administratieve rechtscolleges. Dat gaat over een terugbetaling van de prestaties die ten onrechte werden aangerekend en/of een administratieve geldboete van 5 tot 150 % van de waarde van de terugbetaling. Een terugbetaling op zichzelf is geen sanctie maar een herstelmaatregel.

Het zijn de leidende ambtenaren van de DGC of de administratieve rechtscolleges die in het kader van een administratieve procedure onafhankelijk en onpartijdig zullen oordelen over de maatregelen die zij kunnen opleggen. Wanneer zij de inbreuk die de sociaal inspecteur van de DGC vaststelde, niet weerhouden, zullen er geen maatregelen worden opgelegd. Het behoort niet tot de bevoegdheid van de minister om maatregelen te laten vallen die kunnen worden opgelegd door onafhankelijke organen of rechtscolleges. Ik kan dus echt niet ingaan op die precieze vraag. Ik begrijp echter voor een stuk de

context die u schetst. Dat werk moet inderdaad worden afgerond.

04.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik begrijp uiteraard dat het niet tot uw bevoegdheid behoort om maatregelen teniet te doen. Het is echter wel de taak van de politiek om in geval van dergelijke problemen initiatieven te nemen om die problemen op te lossen. Ik ben blij dat u samen met het RIZIV daarvoor de nodige stappen hebt gezet. Ik zal het in elk geval verder opvolgen. Ik hoop dat er effectief een goede oplossing komt. Ik zou het RIZIV ook willen oproepen om oplossingen uit te werken voor de mensen die het slachtoffer zijn van deze herstelmaatregelen.

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

05 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Niet-heelkundige esthetische ingrepen" (55040141C)

05 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les actes esthétiques non chirurgicaux" (55040141C)

05.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de niet-heelkundige esthetische geneeskunde.

Vandaag zien wij dat de vraag naar onder meer lipofillers blijft toenemen en dat er lange wachttijsten zijn. Mensen wenden zich heel vaak ook tot extramurale centra of praktijken. Zij komen echter niet altijd terecht bij een dermatoloog of plastisch chirurg. Door de stijgende vraag zijn er namelijk steeds meer dokters met een ander specialisme die zich als esthetisch arts presenteren en bijklussen. Onder meer huisartsen, anesthesisten, cardiologen en internisten zouden dergelijke behandelingen aanbieden.

Aangezien er nog geen ministerieel besluit werd uitgevaardigd voor de specifieke erkenningsnormen, kunnen zij dat vandaag zonder enig probleem doen. Er wordt al jaren gepraat over de invoering van een tweejarige vorming die alle artsen zouden moeten volgen als zij dergelijke behandelingen zouden willen uitvoeren. Die opleidingsvereiste bestaat vandaag nog niet. Met het ministerieel besluit dat nog dient te worden genomen, zou een opleiding evenwel kunnen worden verplicht. Met het oog op kwaliteits- en veiligheidsgaranties lijkt het mij dan ook absoluut noodzakelijk dat het ministerieel besluit er zo snel mogelijk komt. Er moet namelijk snel kunnen worden ingegrepen als er iets mis zou gaan bij het inspuiten. Daarvoor is enige kennis en expertise nodig.

Mijnheer de minister, wat is de stand van zaken van het ministerieel besluit om de erkenningsnormen te bepalen voor de bijzondere beroepstitel in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde?

Ontving u ondertussen het advies van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen ter zake?

Bent u op de hoogte van de klachten over niet-heelkundige esthetische ingrepen, zoals het injecteren van botox of fillers, door niet-dermatologen of plastisch chirurgen?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Farih, op 15 december 2016 heeft de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen een advies uitgebracht over erkenningscriteria voor de beroepskwalificatie arts-specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde. De Hoge Raad verdedigde evenwel dat een dergelijke kwalificatie slechts kon worden verkregen door artsen die reeds over een niveau 2-kwalificatie beschikken. Daardoor hebben die artsen reeds een ruimere klinische ervaring, zodat diverse situaties beter kunnen worden ingeschat en aangepakt.

De wet van 23 mei 2013 inzake de esthetische geneeskunde moest daartoe worden aangepast. Dat gebeurde door de wet houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid van 18 mei 2022. De Raad voor Medische Esthetiek werd na de publicatie van de wet in 2013 nooit opgericht. In 2022 en met de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 13 november 2023 werd de adviesbevoegdheid overgedragen aan de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. Dat adviesorgaan is samengesteld uit diverse medische disciplines, met vertegenwoordiging van universiteiten en beroepsverenigingen.

Een werkgroep van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen heeft inmiddels geoordeeld

dat dit advies van 15 december 2016, waarnaar ik verwezen heb, geactualiseerd moet worden. Dat is logisch, gelet op de evolutie van de technieken, maar ook met het oog op het herzien van het vormingstraject en de criteria voor de stageplaatsen.

Het opstellen en uitbrengen van een nieuw advies staat op de agenda van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. Na publicatie van een erkenningsbesluit zullen bepaalde esthetische ingrepen enkel nog door in de wet van 23 mei 2013 voorziene artsenkwalificaties uitgevoerd mogen worden.

U vroeg informatie over probleemmeldingen en klachten over niet-heelkundige esthetische ingrepen door niet-dermatologen of niet-plastisch chirurgen. Ik wijs er vooreerst op dat dergelijke interventies door niet-artsen, waarbij de huid of slijmvliezen doorbroken wordt met het oog op het veranderen van het uiterlijk om esthetische redenen, in ons land opgenomen zijn onder de definitie van onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Wel toegelaten veilige esthetische activiteiten door niet-artsen kunnen zo afgelijnd worden, wat bijvoorbeeld gebeurde in het advies over esthetische activiteiten door niet-artsen van de Hoge Gezondheidsraad, in juni 2022. De artsen moeten, volgens artikel 8 van de wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, steeds beschikken over een aantoonbare bekwaamheid en ervaring voor hun interventies, wat door hun portfolio moet blijken.

In 2023 heeft de federale Toezichtcommissie aan Franstalige zijde 25 dossiers in verband met esthetische praktijken geopend. Deze dossiers werden overgedragen aan het parket, gelet op de bevoegdheid van de Toezichtcommissie de illegale uitoefening te onderzoeken en deze dossiers aan te geven. De federale Toezichtcommissie werkt samen met het parket in dit type dossiers en verleent haar assistentie in het strafonderzoek. De Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg evalueert de klachten en de meldingen en zal meer en meer over statistische informatie beschikken.

05.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik ben wat teleurgesteld. Ik hoor immers dat er aan Waalse kant wel al een klachtenregistratie bestaat. Betekent dit dat u geen meldingen hebt gehad van Vlaamse kant? Of hebt u die data niet?

05.04 Minister Frank Vandenbroucke: In mijn antwoord staan alleen gegevens voor de Franstalige zijde. Ik concludeer daaruit dat er aan Vlaamse zijde geen dossiers aan mij te melden waren.

05.05 Nawal Farih (cd&v): Dat verrast mij wel, in alle eerlijkheid. Ik ben een vrouw van gemiddelde leeftijd en ik hoor heel veel...

05.06 Minister Frank Vandenbroucke: U hebt gelijk, dat is verrassend. Er is een verschil in ontwikkeling in de federale Toezichtcommissie. De Franstalige kant is al wat meer vooruit in het aanpakken van dossiers ten opzichte van de Nederlandstalige kant.

05.07 Nawal Farih (cd&v): Er moet hiervoor echt wel de nodige aandacht opgebracht worden. Dat ministerieel besluit zal van gigantisch belang zijn om die kwaliteit te garanderen en vooral ook om de veiligheid te garanderen. Het is slechts één keer om de zoveel ingrepen dat het eens fout loopt. Die cijfers lijken dus zeer laag, maar het is echt wel een uitdaging die groot genoeg is.

Ik hoor over schoonheidsspecialisten die blijkbaar botox inspuiten bij mensen, die zich vaak niet bewust zijn van de opleidingsvereisten die daaraan te pas zouden moeten komen. Ik hoop echt wel dat wij daarvan zo snel mogelijk werk kunnen maken.

U hebt ook niet gezegd wanneer u het advies van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen verwacht. Mijnheer de minister, ik wil u toch met aandrang vragen om de nodige druk uit te oefenen om dat zo snel mogelijk te krijgen, zodat u verder kunt werken aan een ministerieel besluit.

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

06 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitbreiding van het klein incontinentieforfait naar fecale incontinentie" (55040144C)

06 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'extension du petit forfait pour incontinence à l'incontinence fécale" (55040144C)

06.01 Nawal Farih (cd&v): Patiënten met rectale kanker die een operatie hebben laten uitvoeren aan het laatste stuk van de darm – endeldarm of het rectum – krijgen vaak last van verschillende symptomen, zoals ontlasting die niet kan worden uitgesteld, stoelgangverlies en heel vaak naar het toilet moeten gaan, tot wel 15 keer per dag. Dat brengt toch heel wat sociale uitdagingen met zich mee en heeft een heel grote invloed op de levenskwaliteit van patiënten. Zij voelen zich vaak geïsoleerd en zeer onzeker door het ongecontroleerde stoelgangverlies. Dat heeft echt wel een impact op zowel hun dagelijks leven, hun vrije tijd en hun werksituatie die we niet moeten onderschatten. Ook de psychologische impact mag niet miskend worden. Patiënten generen zich erg. Daar moeten we echt aandacht aan kunnen spenderen.

Vandaag bestaan er twee soorten incontinentieforfaits. Het klein incontinentieforfait staat momenteel enkel open voor rechthebbenden met een urinaire incontinentie. Het tweede forfait kan ook toegekend worden aan personen die lijden aan een fecale incontinentie, maar dan moeten ze wel afhankelijk zijn. Voor kankerpatiënten die onafhankelijk kunnen leven, komt onder meer vanuit Kom op tegen Kanker, het Vlaams Patiëntenplatform en de ziekenfondsen de vraag om een uitbreiding van het incontinentieforfait naar fecale incontinentie. Dit werd ook reeds aanbevolen in een advies van het KCE van 2018 en in een advies van het Observatorium voor Chronische Ziekten in 2020. De terugbetaling moet veel hoger worden en toereikend worden voor patiënten om opnieuw actief te kunnen deelnemen aan hun sociale, familiale en werklevens.

Er zou momenteel een globale hervorming van het incontinentieforfait in voorbereiding zijn. Wat is de stand van zaken hiervan? Zult u werk maken van een uitbreiding van het klein incontinentieforfait naar de groep patiënten met fecale incontinentie, in afwachting van een hervorming van het incontinentieforfait om er toch voor te zorgen dat zij een leefbaar leven kunnen leiden?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, in 2018 leverde het KCE inderdaad een studie af rond incontinentie, waarin verschillende voorstellen werden gedaan rond de tenlasteneming.

Wat betreft de incontinentieforfaits die voorzien zijn binnen de verplichte verzekering, volgend op deze studie werden in 2021 een aantal quick wins doorgevoerd in de reglementering. Het betreft onder andere het uniformiseren van het aanvraagformulier voor de beide forfait, de instemming van de adviserend arts onbepaald in de tijd laten gelden voor het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie bij rechthebbenden van meer dan 75 jaar, een snellere toekenning van het forfait voor afhankelijke personen na de toekenning van het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie, het versoepelen van het cumulverbod en het voorzien van de mogelijkheid dat meerdere specialismes het forfait kunnen aanvragen.

Momenteel zijn er geen verdere werkzaamheden gepland inzake de incontinentieforfaits. Bij een volgende evaluatie zullen meerdere verbeterpunten worden geanalyseerd, waaronder ook het toekennen van een forfait bij fecale incontinentie. Ik denk dat het nuttig kan zijn om ook de deelstaten daarbij te betrekken, aangezien sommige aspecten van deze problematiek zich situeren op het vlak van de preventie en bepaalde deelstaten al eigen incontinentieforfaits toekennen.

U hebt gelijk wanneer u zegt dat dit een belangrijke problematiek is. Op dit ogenblik ligt er nog niets klaar voor beslissing, maar ik vind wel dat hieraan in de toekomst verder moet worden gewerkt.

06.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

De terugbetalingsnormen zijn voor het grootste deel federaal bepaald. Ik wil echter benadrukken dat het feit dat er een verschil wordt gemaakt tussen patiënten die afhankelijk zijn en patiënten die onafhankelijk zijn moeilijk ligt bij de doelgroep. De onafhankelijke patiënten, die dus wel voor zichzelf kunnen zorgen, maar geen forfait krijgen waardoor zij een kwaliteitsvol leven zouden kunnen leiden, worden afhankelijk van de situatie waarin zij zich bevinden. Dat beperkt hen vaak in hun sociaal en familiaal leven en hun werkactiviteiten. We moeten hieraan dus de nodige aandacht besteden en dat onderscheid tussen onafhankelijk en afhankelijk zeker proberen weg te werken.

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

07 **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Vabysmo" (55040145C)**

07 **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Vabysmo" (55040145C)**

07.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Het geneesmiddel Vabysmo van het bedrijf ROCHE kreeg in september 2022 een goedkeuring van het EMA. Op de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) is te lezen dat sinds juli 2023 het geneesmiddel Vabysmo ook verkrijgbaar is in België. De kostprijs is 953,60 euro voor een flacon en wordt momenteel niet terugbetaald.

Dit geneesmiddel voor ooginjecties zou voor patiënten een grote meerwaarde kunnen betekenen. Het heeft als indicatie leeftijdsgebonden maculadegeneratie met neovascularisatie en visusverslechtering als gevolg van diabetisch macula-oedeem. Volgens de fabrikant Roche zouden de injecties gedurende de eerste 4 à 5 maanden elke maand moeten worden toegediend en daarna met tussenperiodes van 3 à 4 maanden. Omwille van de hoge kostprijs per injectie en het gebrek aan terugbetaling is het echter weinig toegankelijk, waardoor oogartsen het niet snel zullen voorschrijven en toedienen.

Het is in principe aan de fabrikant van het geneesmiddel om te vragen opgenomen te worden op de lijst van vergoedbare specialiteiten en dan aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) om op basis van de therapeutische meerwaarde en andere overwegingen om te beslissen of er al dan niet terugbetaling komt. Het is wel een feit dat dit in België zeer traag verloopt. Gemiddeld zit er meer dan 400 dagen tussen de vergunning voor het geneesmiddel en de beslissing tot terugbetaling. Intussen is het geneesmiddel al meer dan een jaar vergund door het EMA.

Vandaar mijn vragen voor de minister:

*Werd er intussen al een terugbetalingsprocedure opgestart voor Vabysmo?
Zo ja, kan u al wat meer zicht geven op een timing voor de uiteindelijke beslissing?
Zijn er al andere landen waar Vabysmo wordt terugbetaald?*

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Vabysmo heeft de indicatie leeftijdsgebonden maculadegeneratie met neovascularisatie en visusverslechtering als gevolg van diabetisch macula-oedeem.

Ten eerste, op 12 oktober 2022 heeft de firma Roche een aanvraag tot vergoeding van Vabysmo ingediend bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. De aanvraag gebeurde in klasse 2. Dat betekent dat de firma zelf geen meerwaarde zag ten opzichte van de toen beschikbare alternatieven.

Ten tweede, op 1 maart 2023 heeft de commissie het voorstel om Vabysmo niet te vergoeden, aan mij gecommuniceerd. Het voorstel kwam binnen de vijf maanden na indiening van het dossier door de firma. Ik heb beslist om de CTG daarin te volgen, zodat Vabysmo vandaag niet vergoed is.

Ten derde, op 14 november 2023 gaf de firma haar intentie aan het bureau van de CTG te kennen om een nieuw dossier in te dienen. Zodra een nieuw dossier wordt ingediend, zal de CTG vanzelfsprekend een nieuwe evaluatieprocedure opstarten.

In sommige van de ons omringende landen wordt Vabysmo vergoed, namelijk Frankrijk, Duitsland, Groot-Brittannië. In een aantal landen gebeurt dat in het kader van een geheime overeenkomst, zoals in Groot-Brittannië.

Tot daar de stand van zaken.

07.03 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

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

08 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugkeer naar de papieren procedure voor kinesisten" (55040146C)

08 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le retour à la procédure papier pour les kinésithérapeutes" (55040146C)

08.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, tijdens de covidpandemie werd de tijdelijke maatregel genomen dat kinesitherapeuten de te bezorgen formulieren voor een aanvraag voor een specifieke behandeling voor een zogenaamde F- of E-pathologie naar de verzekeringsinstellingen konden mailen in plaats van ze in papieren vorm te bezorgen. We vernemen echter dat dit tegenwoordig niet meer mogelijk is en dat alle formulieren weer in papieren versie moeten worden ingediend bij de ziekenfondsen. Persoonlijk vind ik dat jammer, want de coronapandemie heeft ons veel geleerd en tijdens die pandemie werd ook veel gedigitaliseerd. Hulpverleners hebben we daartoe ook aangezet. Voor heel wat mensen voelt het daarom als een stap achteruit. Ook met het oog op administratieve vereenvoudiging is een volledig gedigitaliseerde procedure veel gemakkelijker, want die kan zowel de kinesitherapeuten als de ziekenfondsen onnodig werk besparen.

Mijnheer de minister, klopt het dat aanvragen voor een behandeling voor een zogenaamde F- of E-pathologie enkel op papier kunnen worden ingediend? Wat is er nodig om de stap te kunnen zetten naar een volledig digitale manier van werken? Ontbreekt er vandaag nog iets waardoor de digitale indiening niet mogelijk is? Wat verschilt er tussen de coronapandemie en vandaag? Dat wil ik graag in kaart brengen.

Hoe zult u ervoor zorgen dat alle zorgverstrekkers mee overstappen op een digitale manier van werken? Hebt u aanwijzingen dat de digitale indiening een stap te veel was voor zorgverstrekkers? Dat is mogelijk; in dat geval kunt u ons daarover informeren.

Hoe zal de e-facturatie als instrument worden gebruikt om de digitale sprong verder in te zetten en te ondersteunen? Zult u ook kijken naar kapstokken in de kwaliteitswet om alle zorgverleners mee te krijgen, bijvoorbeeld door per KB te bepalen dat het voorschrift en het patiëntendossier voortaan enkel digitaal moeten evolueren?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Digitalisering houdt voor alle betrokkenen inderdaad heel wat voordelen in: snellere en duidelijke communicatie, snellere terugbetaling door het ziekenfonds, snelle detectie van fouten indien enkele geautomatiseerde controles worden ingebouwd, minder risico op verloren papieren enzovoort. Daarover zijn we het eens.

Op 1 september 2023 is de nomenclatuurwijziging inzake de kinesitherapie in werking getreden. Deze wijziging maakt de elektronische uitwisseling van onder andere registraties, aanvragen en kennisgevingen, het zogenaamde eAgreement, het elektronisch doorsturen van getuigschriften voor verstrekte hulp in het kader van contante betaling, het eAttest, en de elektronische facturatie van de derdebetalersregeling, eFact, binnen de verplichte ziekteverzekering mogelijk. 1 september was dus een belangrijke mijlpaal.

De E- en de F-pathologieën vallen binnen de scope van eAgreement, dit wil zeggen dat de kinesitherapeut via eAgreement een aanvraag naar de adviserende arts zal kunnen versturen, met enkele extra inlichtingen, een kopie van het voorschrift, bijlagen enzovoort, vanaf het moment dat hij of zij over een gevalideerde software beschikt.

Papier blijft momenteel nog mogelijk, maar alle notificaties en andere aanvragen, verlengingen of annuleringen zijn wel digitaal mogelijk via eAgreement.

De softwarepakketten van de kinesitherapeuten moeten ook in staat zijn om die elektronische uitwisseling op een correcte manier uit te voeren. Dat wordt opgevolgd via de bevoegde diensten van het eHealthplatform, die maanden geleden al de technische specificaties ter beschikking hebben gesteld aan de softwareleveranciers, die hun pakketten aan het aanpassen zijn.

Eén softwareprovider, CGM, heeft alle aanpassingen doorgevoerd en gaat op 15 januari in productie voor een vijftigtal kinesitherapeuten. De andere zullen volgens mij snel volgen. De provider Corilus zal tegen eind januari alles geïmplementeerd hebben. Daarna kan die de roll-out opstarten. Deze twee softwareproviders vertegenwoordigen het leeuwendeel van de kinéssoftware. De resterende softwareproviders bevinden zich in de test- of planningsfase. Dan zullen kinesitherapeuten op vrijwillige basis eAgreement, eAttest en eFact ten volle kunnen benutten.

Binnen het RIZIV is er eveneens een project 'digitaal verwijsvoorschrift' lopende waarbij alle behandelingsvoorschriften op elektronische manier aangemaakt, doorgestuurd en opgevraagd zullen kunnen worden. Dat project is opgestart en het verloopt volgens verschillende fases. Volgens de huidige planning komt eerst de thuisverpleging aan de beurt. Wat de kinesitherapie betreft, zal het digitaal verwijsvoorschrift effectief in de praktijk kunnen gebruikt worden tegen eind 2025.

Er is voor de kinesitherapie nog geen verplichting opgelegd voor het gebruik van de digitale diensten. In een opstartfase is er voor een bepaalde beroepscategorie ook maar zelden direct een verplichting, maar na verloop van tijd zullen de opportuniteiten en de modaliteiten van een verplichting wel door het RIZIV worden beoordeeld.

Alle software gevalideerd door eHealth en het NIC moet een patiëntendossier hebben, zoals ook is voorzien in de kwaliteitswet trouwens. In dat dossier moeten alle acties worden bewaard. Zo zal het versturen van een aanvraag voor een akkoord inzake een pathologie altijd moeten worden bewaard als bewijs. Dat zijn strikte criteria die worden gecheckt.

Ik hoop dat ik met mijn relaas een nuance heb aangebracht in wat u zegt, mevrouw Farih. Wij zitten eigenlijk volop in de overgang waardoor steeds meer kinesitherapeuten afscheid zullen kunnen nemen van deze papierstroom. Een belangrijk knooppunt zit natuurlijk bij het op punt stellen van de software waarover de kinesitherapeuten beschikken.

08.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik heb data gehoord die redelijk dichtbij zijn. Daarmee zullen wij de kinesitherapeuten zeker gelukkig stemmen.

Er is echter iets dat ik niet zo goed begrijp. De grootste groep kinesitherapeuten heeft wel gebruik kunnen maken van het digitaal platform tijdens de coronacrisis. Is dat dan stopgezet wegens de opstart van de nieuwe softwaresystemen? Ik heb immers signalen gekregen dat sommige kinesitherapeuten het systeem niet meer kunnen gebruiken op dit moment. Licht dat aan het feit dat er een heropstart is en er een verruiming plaatsvindt?

08.04 Minister Frank Vandenbroucke: Dat durf ik zo niet zeggen. Daar zal wel een antwoord op zijn, maar of dat echt onmogelijk is gemaakt om de ene of andere reden... Ik veronderstel dat u gelijk hebt, maar ik durf dat zo niet zeggen. Ik denk dat het te maken heeft met het feit dat men beslist heeft te werken via de gevalideerde software. Het eAgreement, het eAttest en de eFact veronderstellen immers specifieke aanpassingen in de software die men eerst heeft willen doen.

08.05 Nawal Farih (cd&v): Dank u wel. Ik zal de data nog eens bekijken in het verslag, maar ze klonken dichtbij.

08.06 Minister Frank Vandenbroucke: Ze zijn ook dichtbij.

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

09 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Interhospitaalpatiëntenvervoer" (55040148C)

09 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le transport interhospitalier de patients" (55040148C)

09.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, als patiënten overgebracht worden naar een ander ziekenhuis voor een ingreep of behandeling, kan dat hoge en onvoorziene kosten met zich brengen. Zo spreekt het Observatorium voor Chronische Ziekten van kosten die tot 1.500 euro of meer kunnen oplopen, en die kosten worden niet meegerekend in de maximumfactuur.

U kondigde aan dat opgenomen patiënten vanaf 1 januari 2024 voor een gepland vervoer tussen ziekenhuizen niet langer een factuur voorgeschoteld zullen krijgen. Dat vind ik uiteraard een zeer goede zaak, zeker in het licht van de toenemende centralisatie van gespecialiseerde zorg, wat ook meer interhospitaalvervoer met zich mee zal brengen. Aangezien dat ziekenhuisvervoer een aspect is van een kwaliteitsvolle zorgverlening, lijkt het mij niet meer dan normaal dat de patiënt die hoge kosten niet zelf hoeft te dragen.

Er wordt in een budget van 13,5 miljoen euro voorzien, zo begreep ik op het congres van Kom op tegen Kanker. Die investeringsmiddelen zullen worden verdeeld op basis van het door de overheid voor de verzorging van patiënten die er verblijven toegewezen budget. Ik ga er dan ook van uit dat kleine ziekenhuizen proportioneel meer middelen krijgen dan grote ziekenhuizen, aangezien die vaker moeten doorverwijzen naar grote ziekenhuizen voor gespecialiseerde zorg.

Als de patiënt er zelf voor kiest om een bepaalde ingreep in een ander ziekenhuis te laten plaatsvinden waarvoor er interhospitaalvervoer nodig is, en er dus geen sprake is van een doorverwijzing door het ziekenhuis zelf, zal de patiënt dan zelf voor de rekening dienen op te draaien?

Wat indien een opgenomen patiënt overgebracht dient te worden naar een psychiatrisch ziekenhuis, bijvoorbeeld bij een gedwongen opname? Wie draagt de kosten hiervoor?

U gaf aan dat het budget aan de ziekenhuizen zal worden toevertrouwd. Wil dat zeggen dat hiervoor in het BFM in een extra post zal worden voorzien? Hoe wordt het budget precies toegekend? Zal het worden verdeeld aan de hand van een verdeling van loco- en supraregionale zorgopdrachten binnen een ziekenhuisnetwerk?

De maatregel heeft alleen betrekking op niet-dringend patiëntenvervoer. Hebt u zicht op de gemiddelde kosten voor de patiënten bij dringend ziekenhuisvervoer? Zijn er plannen om de kosten voor de patiënt voor dringend ziekenhuisvervoer aan te pakken?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Bij vervoer om medische redenen van een patiënt van het ene naar het andere ziekenhuis met terugkeer op dezelfde dag zijn de transportkosten vandaag al ten laste van het budget van financiële middelen. We hebben beslist om de maatregel uit te breiden tot het vervoer waarbij de patiënt wordt opgenomen in een ander ziekenhuis. We willen daarmee ook een einde maken aan hoge en onvoorspelbare facturen die ten laste vallen van patiënten, als ze om medische redenen van een ziekenhuis naar een ander ziekenhuis vervoerd worden. Het is in dezen ook heel belangrijk dat patiënten niet de indruk krijgen dat ze de dupe zijn van het feit dat wij samenwerking tussen ziekenhuizen en specialisaties in het ziekenhuislandschap aanmoedigen. Daarom wordt vanaf 1 januari een bedrag van 13.494.000 euro toegevoegd aan het onderdeel B1 van het Budget van Financiële Middelen. Dat is een bedrag aan index 1 januari 2023. In de praktijk zal dat in het BFM van 1 juli 2024 geïntegreerd worden, met een inhaalbedrag voor de periode van 1 januari tot 30 juni. Dat betekent dat vanaf 1 januari van dit jaar het hospitaalvervoer tussen ziekenhuizen met opname in een andere instelling niet meer mag worden aangerekend aan de patiënt. Dat geldt ook indien in het eerste ziekenhuis een patiënt binnenkomt via de spoedafdeling en vandaar naar een volgend ziekenhuis dient te worden vervoerd om medische redenen.

De tenlasteneming via het BFM geldt indien de transfer geschiedt om medische redenen of indien dat past in het behandeltraject van de patiënt, waarbij de patiënt bijvoorbeeld voor een specifieke ingreep naar een ander erkend ziekenhuis moet, maar de nabehandeling voort kan gebeuren in het ziekenhuis dicht bij huis. Interhospitaalvervoer op vraag van de patiënt zelf zonder dat er een medische reden is, bijvoorbeeld om dicht bij de familie of dicht bij de woonst te zijn, wordt met de maatregel dus niet geïnvloed.

Transport van algemene naar psychiatrische ziekenhuizen en terug valt vanaf 1 januari ook ten laste van het BFM. Transport van gedwongen opnames vallen hieronder, indien dat tussen ziekenhuizen gebeurt.

De 13,5 miljoen zal via een aparte post in het onderdeel B1 van het Budget van Financiële Middelen verdeeld worden, waarbij de verdeelsleutel zal gebeuren pro rata de weging van de verantwoorde bedden met een factor die groter is naargelang het ziekenhuis over een lager aantal verantwoorde

bedden beschikt. Het gaat om de post zogenaamde gemeenschappelijke diensten of, anders omschreven, de hotelkosten van de ziekenhuizen.

De redenering achter de degressiviteit is dat kleinere ziekenhuizen meer patiënten moeten doorverwijzen en dus relatief meer interhospitaalvervoer nodig hebben. Er zal ook aan een registratie worden gewerkt om na verloop van tijd de evaluatie te kunnen maken en de patiëntenbewegingen in kaart te brengen.

De maatregelen gaan over interhospitaalvervoer waarbij geen oproep is gebeurd via het eenvormige oproepstelsel 112. Voor dringend interhospitaalvervoer via de 112-centrale is in een andere financiering voorzien.

09.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik ben blij met wat ik gehoord heb. Bedankt daarvoor.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zeldzame aandoening Ehlers-Danlos" (55040149C)

10 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les syndromes d'Ehlers-Danlos" (55040149C)

10.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, Ehlers-Danlos is een verzamelnaam voor een groep zeldzame erfelijke bindweefselafwijkingen. Deze aandoening is opgenomen in de zogenaamde 'E-lijst' van zware aandoeningen om patiënten recht te geven op een voorkeurstarief voor kinesitherapiebehandelingen. Voor multidisciplinaire raadplegingen voor patiënten met deze diagnose, blijkt er momenteel enkel in het UZ Gent een multidisciplinair team actief te zijn binnen het centrum voor medische genetica onder leiding van Dr. Malfait. Dit centrum maakt deel uit van het Europees referentienetwerk voor bindweefselafwijkingen en van een Vlaams subnetwerk.

Er bestaat vandaag geen RIZIV-conventie met dit centrum voor de multidisciplinaire behandeling van deze aandoening, hoewel er blijkbaar een bepaalde nomenclatuur voorbehouden zou zijn aan een behandeling in dit centrum. Als patiënten bij multidisciplinaire teams van pijnklinieken aankloppen, zou men namelijk tegen het argument van 'RIZIV-codes' lopen. Dit betekent dat patiënten met deze zware aandoening enkel terechtkunnen in een centrum, namelijk dat van Gent, waar men echter met een gigantische wachtlijst kampt.

Mijnheer de minister, we vinden die nabijheid echt belangrijk. Het is dan ook des te schrijnender dat er ondanks de nabijheid zo'n wachtlijst is, waardoor patiënten zich in de steek gelaten voelen. Ik heb dan ook enkele vragen.

Klopt het dat patiënten met deze diagnose vandaag slechts in een centrum terechtkunnen voor een multidisciplinaire raadpleging? Zijn er geen andere ziekenhuizen waar men binnen de functie zeldzame ziekten een multidisciplinaire raadpleging zou kunnen aanbieden voor deze patiënten? Is er vandaag onvoldoende expertise in België over deze aandoening?

Er zijn momenteel al enkele RIZIV-conventies voor zeldzame aandoeningen. Dient er ook te worden nagedacht over deze patiëntendoelgroep? Het is immers een unieke doelgroep waarvoor we expertise moeten opbouwen. Bent u op de hoogte van problemen met betrekking tot toegankelijke en betaalbare zorg voor deze patiëntendoelgroep?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Farih, er zijn in België acht ziekenhuizen met een erkende functie zeldzame ziekten die voor die functie worden gefinancierd. Patiënten die lijden aan de zeldzame aandoening Ehlers-Danlos kunnen zich dus zeker wenden tot die ziekenhuizen.

Binnen die ziekenhuizen kan dan worden bekeken of het voor bepaalde patiënten aangewezen is om hen door te verwijzen naar een meer gespecialiseerd centrum. Het is overigens niet uitgesloten dat patiënten ook buiten die acht ziekenhuizen kunnen worden geholpen. De verschillende diagnostische, therapeutische en individuele preventieve verstrekkingen die voor patiënten met Ehlers-Danlos nuttig kunnen zijn en waarin de verzekering voor geneeskundige verzorging tussenkomt, zijn immers niet

voorbehouden aan bepaalde ziekenhuizen en zorgverstrekkers en kunnen dus zeker ook buiten die acht ziekenhuizen met een erkende functie zeldzame ziekten worden verricht.

Als kinesitherapie aangewezen is, kan die in principe bij iedere kinesitherapeut worden verricht, al is het mogelijk nuttig om te kiezen voor een kinesitherapeut die ter zake meer expertise en ervaring heeft, maar dat is geen verplichting. Zoals u zelf opmerkt, wordt het Ehlers-Danlossyndroom expliciet vermeld op de lijst van de e-pathologieën en komen betrokken patiënten voor hun kinesitherapieverstrekkingen dus ook in aanmerking voor een hogere tegemoetkoming die het mogelijk maakt die noodzakelijke therapie te volgen.

Wat de toegang tot de pijnkliniek betreft, ik zie niet in waarom patiënten met het Ehlers-Danlossyndroom die aan de toelatingscriteria voor de pijnklinieken voldoen, zouden worden uitgesloten. Er bestaat daar misschien een misverstand rond, maar ik zie niet in waarom zij zouden worden uitgesloten als ze voldoen aan de voorwaarden met betrekking tot pijn. Wel wordt binnen het European Reference Network voor zeldzame ziekten maar één Belgisch ziekenhuis beschouwd als gespecialiseerd ziekenhuis voor het Ehlers-Danlossyndroom, met name het UZ Gent. Dat neemt echter niet weg dat een deel van de patiënten, eventueel maar voor een deel van hun behandeling, ook terecht kan in andere ziekenhuizen of bij andere zorgverstrekkers. Die ziekenhuizen en zorgverstrekkers kunnen, indien aangewezen, met het Universitair Ziekenhuis Gent overleggen en kunnen patiënten voor wie dat absoluut noodzakelijk is doorverwijzen naar Gent. Dat het UZ ter zake met wachtlijsten zou kampen voor patiënten die absoluut door hun zorgverstrekkers moeten worden opgevolgd, is voor mij een nieuw gegeven. Dat werd mij niet gesignaleerd. Ik kan u dan ook niet medelen wat daarvan de oorzaken zouden zijn.

Overigens kunnen de behoeften van patiënten sterk verschillen naargelang het stadium en de evolutie van hun pathologie. Dat geldt zeker voor patiënten met het Ehlers-Danlossyndroom, dat zich op veel manieren kan uiten en waarbij de therapeutische behoeften sterk verschillen van patiënt tot patiënt.

Naast de algemene financiering van de functie zeldzame ziekten en de financiering waarin in de algemene RIZIV-reglementeringen, zoals de nomenclatuur, voorzien is, is er op dit moment geen specifieke RIZIV-financiering van centra voor de ziekten van Ehlers-Danlos. Het UZ Gent, en ook de andere ziekenhuizen met de functie zeldzame ziekten, kan nu alleen gebruikmaken van de reeds genoemde algemene financieringen, net als andere ziekenhuizen en zorgverstrekkers.

Binnen het RIZIV wordt er wel gewerkt aan bijkomende overeenkomsten inzake zeldzame ziekten, naast de allang bestaande overeenkomsten inzake onder meer mucoviscidose, neuromusculaire aandoeningen, erfelijke monogenische metabole aandoeningen en hemofilie. Het is de bedoeling via deze bijkomende RIZIV-overeenkomsten inzake zeldzame ziekten een individueel zorgplan op te stellen en de casemanager te vergoeden. In een eerste fase zal dit echter enkel gebeuren voor de vier pilootziekten die al in de vorige regeerperiode werden vastgelegd, namelijk: multiple systeematrofie (MSA), primaire immuundeficiëntie (PID), epidermolysis bullosa (EB), en idiopathische longfibrose. Ik hoop dat wij deze overeenkomsten over enkele maanden in werking kunnen stellen. Dit is een langlopend verhaal, zoals ik al zei. De selectie is gebeurd in de vorige legislatuur.

U weet dat er veel zeldzame ziekten zijn. Het is dus aangewezen voor de vier pilootziekten na te gaan of de financiering van een individueel zorgplan en een casemanager voor de betrokken patiënten effectief tot een verbetering van de zorg leidt en of dit zo wordt ervaren door de patiënten. Een uitbreiding naar andere zeldzame ziekten zal pas gerealiseerd worden wanneer effectief blijkt dat de evaluatie van de conventie voor de vier pilootziekten positief is.

De evaluatie vindt plaats na drie jaar, om nog te kunnen bijsturen indien nodig. Voor welke andere zeldzame ziekten er dan prioritair bijkomende RIZIV-financiering op basis van een overeenkomst kan komen, zal dan beslist moeten worden. Het is daarbij de bedoeling voorrang te geven aan de zeldzame ziekten waarvoor de noden het grootst zijn, en deze noden zo objectief mogelijk te evalueren. De nieuwe RIZIV-overeenkomsten die nog in de maak zijn, zijn wel zo opgesteld dat ze gemakkelijk kunnen worden uitgebreid naar andere. Dit is ook een project van het KCE.

10.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, het verrast mij wel een beetje dat u zegt dat de patiënten wel in andere ziekenhuizen terecht kunnen. Ik heb met een patiëntengroep gesproken, en daar gaf men mij aan dat men een multidisciplinaire aanpak wil, maar constant botst op het feit dat men

naar een erkend centrum moet gaan omdat de RIZIV-codes het niet anders toelaten.

Ik zal de mails die ik ontvangen heb, doorsturen naar uw secretariaat. Ik meen dat het belangrijk is dat, als daar onduidelijkheid over is, wij die kunnen wegwerken. De centralisatie is goed voor de expertise, maar de nabijheid mag ook niet helemaal in het gedrang komen. Die patiënten hebben immers kwaliteitsvolle zorg nodig.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

[11] Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie" (55040169C)

[11] Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie" (55040169C)

[11.01] Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, voor bepaalde specifieke problemen zoals taalontwikkelingsstoornissen en dysfasie worden logopediesessies op voorschrift alleen terugbetaald als de patiënt een IQ van 86 of hoger heeft. De bedoeling hiervan is om overconsumptie in de gezondheidszorg te vermijden. Als het IQ lager dan 86 ligt, wordt er uitgegaan van de veronderstelling dat kinderen met een mentale handicap naar school gaan in een gespecialiseerde instelling waar al logopediesessies worden aangeboden.

Mijnheer de minister, hoe kijkt u hier zelf naar? Kan men de terugbetaling niet beter afstemmen op het feit of het kind daadwerkelijk naar een gespecialiseerde school gaat in de plaats van op het IQ?

Is het wenselijk en mogelijk om vanuit het RIZIV een meer betaalbare en goedkopere IQ-test aan te bieden, in plaats van ouders meer dan honderd euro te laten betalen om hun recht op terugbetaling te laten onderzoeken?

[11.02] Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Claes, het is juist dat kinderen met een IQ lager dan 86 geen terugbetalingsakkoord kunnen krijgen voor een monodisciplinaire logopediebehandeling voor taalontwikkelingsstoornissen of dysfasie. Andere logopedische stoornissen binnen de nomenclatuur hebben die IQ-score niet als criterium. Voor de betrokken kinderen met een IQ lager dan 86 is een multidisciplinaire behandeling, zoals binnen de centra voor ambulante revalidatie, echt aangewezen.

Indien een kind buitengewoon onderwijs volgt, is een cumulatie met een tegemoetkoming voor logopedie vanuit de verplichte ziekteverzekering ook niet mogelijk. Het afstemmen van de terugbetaling op het feit dat een kind naar een gespecialiseerde school gaat, valt dus niet onder mijn bevoegdheid, maar maakt deel uit van de bevoegdheden van de gefedereerde entiteiten.

Inzake een potentiële cumulatie van multidisciplinaire en monodisciplinaire logopedie stelt de wet van 8 mei 2019 over de tenlasteneming van de logopedische verstrekkingen 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, zijnde een ontwikkelingscoëfficiënt, van minder dan 86.

Een grondige analyse lijkt mij aangewezen vooraleer wij een nieuw koninklijk besluit opstellen. Het RIZIV had bij het KCE een studievoorstel voor het jaarprogramma 2024 ingediend rond dit thema, onder meer om de mogelijkheid te onderzoeken om monodisciplinaire logopedie via de verplichte ziekteverzekering te combineren met een multidisciplinaire behandeling, bijvoorbeeld in de centra voor ambulante revalidatie, die onder de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten vallen. Helaas werd het voorstel in het jaarprogramma 2024 van het KCE niet hernomen. Mevrouw Claes, ik zit dus zelf met enige onduidelijkheid over de termijn waarbinnen de studie, die volgens mij nodig is, zou kunnen worden uitgevoerd.

Momenteel is er vanuit de verplichte ziekteverzekering geen terugbetaling voorzien voor een IQ-test. Een terugbetaling is op korte termijn ook niet aan de orde. Eerst moet goed worden nagegaan welke zorgverlener in welke situatie het best is geplaatst om een dergelijke IQ-test af te nemen alsook wat de aangewezen terugbetalingsmodaliteiten zijn, dat alles binnen een passend organisatorisch, budgettair en juridisch kader.

11.03 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik ben blij te horen dat ook u aangeeft dat een grondige analyse daarvan aangewezen lijkt. Natuurlijk begrijp ik dat de terugbetaling van dezelfde logopediesessies boven op de sessies aangeboden in een gespecialiseerde instelling dubbelop zou zijn en dus geen efficiënte inzet van overheidsmiddelen. Ik snap de bezorgdheid om mogelijke overconsumptie. Het belang van de multidisciplinaire aanpak zullen we zeker niet ontkennen, want die is noodzakelijk.

Ik kan mij echter ook voorstellen dat sommige kinderen andere of bijkomende noden hebben, wat maakt dat bepaalde sessies nodig zijn die misschien niet worden aangeboden in een instelling of dat er mogelijk extra sessies nodig zijn. Daarom vraag ik mij oprecht af of de huidige manier de juiste is. Het zou immers de wereld op zijn kop zijn als de kinderen die er het meest nood aan hebben, er het minst een beroep op kunnen doen. Dat zou heel ongelukkig zijn.

Van ouders en vanuit het veld vernemen wij dat het principe, door te werken met die grens van een IQ van 86, wel erg ongelukkig overkomt. Daar bestaat verontwaardiging over en dat is heel spijtig.

Inzake de kostprijs van een IQ-test komt men verschillende tarieven tegen, 160 euro maar evenzeer het dubbele. Het is bijzonder jammer dat mensen zoveel geld moeten neerleggen puur om dat recht te laten onderzoeken. Daarom hoop ik dat u het probleem ter harte neemt en dat daar snel meer nieuws over komt.

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

12 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Auto-injecties met hyaluronzuur" (55040179C)

12 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les auto-injections d'acide hyaluronique" (55040179C)

12.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, je souhaite évoquer un phénomène inquiétant sur les réseaux sociaux: les tutoriels pour apprendre à pratiquer l'auto-injection d'acide hyaluronique dans les lèvres. Ces auto-injections peuvent conduire à de problèmes graves si elles sont mal réalisées, mais en plus la qualité du produit – souvent acheté sur Internet – n'est pas assurée.*

En septembre 2020, en réponse à une question écrite sur le hyaluron pen, vous avez indiqué que "notre pays dispose d'une législation stricte pour la protection de la santé publique et la technique est réservée aux médecins. L'article 3, § 1er de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé a précisé la définition de l'exercice illégal de la médecine qui inclut "tout acte technique médical, comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses, et visant principalement à modifier l'apparence corporelle du patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur". L'article 2, 1° de la loi du 23/5/13 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes, définit la médecine esthétique non chirurgicale comme "tout acte technique médical non chirurgical, réalisé à l'aide de tout instrument, substance chimique ou dispositif utilisant toute forme d'énergie, comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses, et visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur." Vous avez ensuite précisé "qu'il suffit donc qu'une forme d'énergie soit utilisée pour un passage à travers la peau ou les muqueuses pour tomber sous le champ d'application de la législation limitative stricte. Il ne doit pas nécessairement s'agir d'injections classiques. L'utilisation du stylo à l'acide hyaluronique n'est donc pas autorisée en Belgique pour les non-médecins."

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes. Avez-vous une idée de l'ampleur de ce phénomène d'auto-injection? Au-delà du cadre légal, comment protéger les consommateurs des dangers de cette pratique?

Qu'en est-il du contrôle de la vente de ce produit sur Internet?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, s'agissant des auto-injections d'acide hyaluronique, le contrôle de la vente en ligne de ces produits, pour autant qu'ils soient

commercialisés en tant que dispositifs médicaux, relève de la compétence de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). L'AFMPS me confirme que les dispositifs médicaux qui font l'objet d'un marquage CE et qui ne contiennent pas de médicaments font partie du marché libre. Il n'y a pas de circuit de vente restreint, c'est-à-dire que le distributeur ne doit pas vérifier si l'acheteur est un utilisateur professionnel ou non. Dans le cadre de sa surveillance du marché, l'AFMPS contrôle la conformité des dispositifs médicaux mis sur notre marché.

Actuellement, l'AFMPS ne contrôle pas systématiquement la vente en ligne de dispositifs médicaux mais elle travaille sur une méthode de contrôle du commerce électronique afin de pouvoir mieux contrôler ces activités à l'avenir. Compte tenu de la spécificité du commerce électronique, cela nécessitera notamment une base légale spécifique.

Je chargerai le SPF Santé publique qui est compétent quant à l'utilisation de ce dispositif et l'AFMPS qui dispose de la compétence en ce qui concerne tous les aspects de la distribution d'analyser ensemble la problématique et plus précisément la question de savoir si on peut affiner la réglementation quant à la distribution d'un dispositif qui ne peut être utilisé que par un médecin.

12.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, la vente est théoriquement strictement réglementée. Cependant, dans les faits, elle semble échapper à tout contrôle, à toute sanction, à toute limitation. On peut aujourd'hui parler d'une situation "*open bar*" qui est relayée de manière assez importante sur les réseaux sociaux avec un phénomène de mode dont les conséquences peuvent être gravissimes; en effet, des nécroses et toute une série d'autres complications (infections, etc.) peuvent survenir suite à ces auto-injections.

Trois aspects me semblent importants. Premièrement, il faut renforcer les contrôles. Deuxièmement, il faut véritablement instaurer un garde-fou avec une forme d'autocontrôle par les distributeurs qui devraient donc ne plus pouvoir distribuer ces produits que s'ils sont sûrs que l'acheteur est un professionnel et un acteur de la santé. Troisièmement, il importe d'informer concernant les conséquences de ces auto-injections d'acide hyaluronique et de botox et les catastrophes en résultant. Ces produits sont accessibles en quelques clics sur internet en Belgique. C'est un vrai souci de santé publique et on ne prend pas la pleine mesure des conséquences importantes qu'il peut entraîner.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plafonnement des frais de transport des patients dialysés et le refus de mutuelles d'intervenir" (55040187C)

13 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De plafonnering van de reiskosten van dialysepatiënten en de niet-terugbetaling door ziekenfondsen" (55040187C)

13.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, une intervention dans les frais de transport est prévue pour les patients dialysés. Ce sont les annexes 53 et 54 du règlement du 28 juillet 2023 qui porte exécution de l'article 22, alinéa 11, de la loi relative à l'assurance INAMI ainsi que l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985. Il y a une intervention dans les frais de déplacement des patients dialysés que ce soit en transports en commun ou par véhicule y compris personnel. Ce sont les mutuelles qui octroient l'intervention sur la base d'un formulaire que les patients doivent remettre. Il me revient de plusieurs patients dialysés que les factures de frais de déplacement en ambulance sont plafonnées mais aussi refusées par des mutuelles, impactant très négativement les patients qui, comme vous le savez, ont des frais globaux importants. Le poids des frais de transport pour les patients dialysés est très important.

Disposez-vous d'informations plus larges sur l'ensemble du territoire par rapport à cette problématique soit de plafonnement soit de refus de remboursement par les mutuelles? Comment pouvez-vous l'expliquer? Quelles réponses urgentes peuvent-elles être apportées aux patients?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame, vous m'interrogez sur le fait que plusieurs patients vous ont indiqué que les factures de frais de déplacement en ambulance pour suivre une dialyse sont plafonnées, voire refusées par des mutualités, ce qui impacterait très négativement ces patients.

Je peux vous répondre que les services de l'INAMI ont également reçu, depuis quelques années, des signaux de factures élevées pour les patients devant suivre une dialyse, et ce, dans différentes régions du pays.

Je peux vous indiquer que j'ai apporté une première partie de réponse en augmentant de 20 % l'intervention visée par l'arrêté ministériel du 20 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés. Cette intervention n'avait pas évolué depuis de très nombreuses années et était limitée à 25 cents d'euro par kilomètre. Je l'ai fait passer, à partir du 1^{er} janvier 2022, à 30 cents d'euro par kilomètre. J'ai introduit une formule d'indexation pour qu'elle puisse augmenter automatiquement dans le futur. Actuellement, elle est de 32 cents d'euro par kilomètre.

J'ai aussi abrogé la limitation de 30 kilomètres qui était applicable à cette intervention pour l'aligner sur les autres interventions de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport pour raison de santé.

Pour votre parfaite information, cette intervention ne vise pas un moyen de transport particulier, par exemple une ambulance. Si le patient prend les transports en commun en deuxième classe, ceux-ci seront intégralement remboursés.

Outre cette intervention de l'assurance obligatoire, certaines mutualités offrent des interventions dans les frais de transport de personnes malades, entre autres en vue de dialyse, dans le cadre de leur assurance complémentaire.

À ce sujet, je rappelle toutefois qu'une mutualité constitue une association de personnes physiques qui décident, par le biais de l'assemblée générale composée de membres de cette mutualité, des avantages octroyés dans le cadre de cette assurance complémentaire et des conditions à réunir pour pouvoir en bénéficier. Il s'ensuit que les avantages de l'assurance complémentaire et les conditions pour pouvoir les obtenir diffèrent d'une mutualité à l'autre et qu'il n'est pas possible d'obliger les mutualités à offrir une intervention minimale dans les frais de tels transports. Les avantages de l'assurance complémentaire de chaque mutualité sont publiés sur internet.

Je peux vous indiquer que l'organisation des transports médicosanitaires non urgents, dont ceux en ambulance, relève de la compétence des entités fédérées. Des étapes importantes vers une meilleure organisation du paysage de ces transports sont en cours au sein des différentes entités, ce qui devrait avoir une incidence positive sur la facture à payer par les patients transportés. Je suis cela de près via un groupe de travail de la Conférence interministérielle.

Enfin, comme les frais de transport sont parfois de grands freins à l'accessibilité aux soins de santé, au cours de cette législature, j'ai entamé d'autres chantiers dans ce domaine pour en diminuer l'incidence, par exemple l'idée d'une prise en charge publique des transferts entre hôpitaux.

13.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je ne visais pas ici les assurances complémentaires des mutuelles. J'étais informée de l'évolution de l'arrêté de 1985. Par contre, dois-je comprendre de votre réponse que vous considérez aujourd'hui qu'il n'y a aucun signal concernant le non-respect des remboursements – je songe à l'arrêté de 1985 – par les mutuelles, soit pour un plafonnement soit pour un refus? Considérez-vous qu'il n'y a aucun problème de ce côté-là?

13.04 Frank Vandenbroucke, ministre: S'il y a des dossiers concrets pour lesquels vous avez observé une faute ou une erreur, vous pouvez me les signaler. En général, je ne peux me prononcer mais si vous avez des dossiers concrets, envoyez-les moi.

13.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Merci, je le ferai.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les économies envisagées dans le domaine de la dialyse" (55040188C)

14 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bezuinigingen in de dialysezorg" (55040188C)

14.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, il me revient que vous êtes en voie de décider d'une réforme du financement de la dialyse vous permettant de nouvelles économies budgétaires, en fixant des quotas largement rehaussés de dialyse extra hospitalière, sous peine de malus budgétaire.*

Comment justifiez-vous de procéder de cette manière alors que les réformes du financement de la nomenclature et du financement des hôpitaux ne sont pas finalisées?

Comment justifiez-vous une réforme qui part d'un modèle d'hôpitaux universitaires avec un grand nombre de patients plus jeunes et avec moins de comorbidités, en liste d'attente de greffe rénale, et donc en capacité d'être traités par voie extra hospitalière, que ce soit en HD ou en DP?

Comment justifiez-vous qu'une telle approche puisse se faire dans un délai rapide alors même que cela nécessite du temps, de la formation, un encadrement infirmier spécialisé mais aussi un accompagnement infirmier adéquat à domicile?

Comment pouvez-vous justifier de ne pas prendre en considération des facteurs importants que sont l'âge, les facteurs de comorbidité et l'isolement des patients?

Est-il correct que c'est une société de consultance qui a conçu cette réforme? Pour quel montant? Pourquoi les GNFB et NBVN n'ont-ils pas été étroitement associés?

14.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Fonck, la convention relative au financement de la dialyse se terminait à la fin décembre 2023. Une nouvelle convention pour trois ans – 2024-2026 – a été approuvée par le comité de l'assurance du 20 décembre dernier. Elle a été discutée dans le cadre de la plateforme "insuffisance rénale", qui regroupe les mutuelles, les fédérations hospitalières et la médicomut. Chacun de ces acteurs pouvait être accompagné d'experts. Des spécialistes en néphrologie y ont été associés.

Le point de départ est d'éviter un afflux inopportun vers la dialyse et d'augmenter la qualité du processus, dans le but d'atténuer les conséquences du vieillissement de la population. Il ne s'agit pas d'une réforme, mais plutôt d'ajustements qui cherchent, entre autres, à inciter les néphrologues à orienter les patients, quand c'est possible, vers la dialyse à domicile.

La convention prévoit notamment de nouveaux honoraires pour les néphrologues, créant un incitant à la dialyse à domicile, quand celle-ci est possible et nécessaire. Il s'agit premièrement d'un honoraire de 420 euros, prévu pour chaque nouveau patient commençant la dialyse à partir de cette année, afin de l'informer des différents types de dialyse et de le former à celle qui l'agrée. Deuxièmement, un honoraire forfaitaire de 1 435 euros est prévu pour tous les patients suivant une dialyse à domicile, afin de les informer, de les former et de les motiver à la poursuivre.

L'accord médicomut 2024-2025 prévoit, dans le cadre de réinvestissements, un montant de 2,3 millions d'euros dans la convention de dialyse pour les honoraires s'y rapportant. Ce budget découle de l'exercice *Appropriate Care*. Comme vous le savez, le conseil général a demandé à tous les secteurs, dans le cadre du budget 2023, de fournir un effort *Appropriate Care* de 40 millions sur une base annuelle. La médicomut l'a accompli, notamment concernant les honoraires des néphrologues, conformément aux engagements du conseil général. La moitié a pu être réinvestie, en l'occurrence pour la dialyse dans deux nouveaux honoraires pour les néphrologues.

La convention prévoit que le taux existant de 40 % de prestations alternatives requises sera maintenu pour les deux prochaines années. Par conséquent, rien ne change sur ce plan. Le quota de dialyses extrahospitalières reste strictement identique, mais on renforce les incitants pour les néphrologues en faveur des dialyses à domicile.

Puisque le pourcentage de dialyses extrahospitalières reste identique, la prise en compte des facteurs mentionnés (âge, comorbidités, etc.) n'était pas pertinente selon moi. L'intention est de mettre en œuvre un processus d'évaluation, notamment avec l'aide du KCE. Il faut tenir compte de l'efficacité et des lacunes des dispositifs existants de prise en charge de patients souffrant d'insuffisance rénale, des trajets de soins, de la nouvelle nomenclature, des trajets pré et post transplantation etc. et créer des

indicateurs qualitatifs et quantitatifs de prise en charge. Dans ce cadre, la poursuite des registres du collège de néphrologie devra être abordée.

La plateforme s'engage aussi à soutenir toutes les initiatives qui permettent d'éviter l'afflux de nouveaux patients en dialyse. Ainsi la plateforme fédérale développera en 2024 le concept de trajet de pré-dialyse et le mettra en œuvre avec les moyens déjà disponibles, c'est-à-dire 1,1 million d'euros sur une base annuelle.

Elle s'engage aussi à encourager par tous les moyens les formes alternatives de dialyse, notamment via des exercices de *benchmarking* et d'intervisions entre le hôpitaux. Aucune société de consultance n'a été co-impliquée par l'administration dans les discussions de la plateforme Insuffisance rénale. Des contacts informels ont eu lieu avec le GNFB et la NBVN préalablement. La plateforme Insuffisance rénale regroupe les mutuelles, les fédérations hospitalière et la médico-mut.

Le docteur Elien Mahieu, de l'AZ Glorieux Ronse de la NBVN, a participé activement aux discussions de la plateforme. Voici mes réponses.

14.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, quelques points concernant votre réponse. D'abord, ma question date d'avant l'approbation ici de la nouvelle convention. Souvenez-vous! Je vous avais déjà interpellé à plusieurs reprises lors de débats puisque ce qui se préparait en coulisses n'était quand même pas de très bon augure.

Deuxièmement, quand vous dites qu'il faut limiter l'afflux de patients en dialyse, on constate aujourd'hui en Belgique un vieillissement de la population. Ce n'est pas nouveau. Des patients avec des insuffisances rénales, on va en avoir plus compte tenu de l'évolution démographique de la population. Ces patients-là, nous ne les inventons pas. Ils sont là. Je pense que pour chaque patient pris en dialyse, il faut toujours peser le pour et le contre mais il y a aussi une réalité démographique et d'explosion de facteurs de comorbidité qui est présente et sur laquelle il faudra aussi travailler mais cela prend souvent des dizaines d'années.

Troisièmement, quand vous dites que vous n'êtes pas convaincu par rapport aux facteurs de comorbidité, je peux vous dire que la réalité des centres de dialyse est très plurielle comme la réalité des patients. Vous avez des patients plus jeunes qui sont inscrits d'office sur une liste d'attente d'une greffe qu'on retrouve dans certains centres de manière plus importante. Là, il y a beaucoup plus de possibilités de dialyse à domicile. À l'inverse, vous avez des centres où les patients sont plus âgés et ne sont pas en attente ou très peu de possibles greffes. Forcément, il y a donc aussi moins de possibilités de pouvoir les prendre en dialyse à domicile. Ils sont isolés, plus âgés, avec des pathologies plus sévères, sans nécessairement d'infirmières disponibles qui peuvent aller à domicile et qui sont formées à la dialyse.

J'attire donc votre attention: je pense qu'il existe des marges de progression mais, pour cela, il faut investir et se donner les moyens, à la fois du côté des équipes, du temps de formation, et du côté des patients et de leurs familles puisqu'il faut aussi la possibilité de rendre cette dialyse extrahospitalière et à domicile, compte tenu, je le rappelle, de la carence d'infirmiers mais aussi de la non-reconnaissance de la spécialisation de dialyse et de néphrologie pour les infirmiers, de la difficultés d'avoir des infirmiers disponibles pour assurer les soins en extrahospitalier et, *a fortiori*, à domicile.

Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les publicités déguisées du tabac" (55040189C)

15 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Verdoken tabaksreclame" (55040189C)

15.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, on constate sur les réseaux sociaux, notamment via des influenceurs, potentiellement financés par le secteur du tabac, la consommation, la promotion et la vente de différents produits du tabac. Ce n'est pas récent. Ce phénomène apparaît

clairement sur TikTok et Instagram, avec de potentiels financements via l'industrie du tabac. Il s'agit pour moi de publicité déguisée.

Logiquement, la législation d'interdiction de la publicité devrait s'appliquer. L'inspection assure-t-elle un contrôle et l'application de sanctions si l'illégalité est retenue? N'est-ce pas important et fondamental à l'heure où les jeunes sont sous influence – c'est le cas de le dire – des réseaux sociaux, et alors que cette publicité déguisée échappe aujourd'hui à tout contrôle en bonne et due forme?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, la loi du 24 janvier 1977 interdit "de faire de la publicité pour et du parrainage par le tabac, les produits à base de tabac et les produits similaires. Est considérée comme publicité et parrainage toute communication ou action qui vise, directement ou indirectement, à promouvoir la vente, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisées."

Vous avez donc raison. Les soi-disant influenceurs doivent respecter l'interdiction de publicité pour les produits à base de tabac et pour les produits similaires, ce qui inclut notamment les e-cigarettes. Cette interdiction s'applique à l'ensemble des canaux de diffusion, y compris les médias sociaux. Les données statistiques récoltées par le service d'inspection du SPF Santé publique ne permettent actuellement pas encore de différencier les infractions en matière de publicité commises par les influenceurs des autres infractions en matière de publicité. Cette différenciation est prévue à partir du 1^{er} janvier de cette année-ci. Dans ce sens, votre question arrive un peu tôt mais c'est quelque chose que nous voulons faire.

Grâce au budget spécifiquement accordé pour trois ans, deux personnes supplémentaires en charge du e-commerce ont pu être engagées au sein du service d'inspection. Si le contrôle du e-commerce concerne la conformité des ventes sur internet et n'est donc pas directement lié aux questions de publicité en ligne, il permet cependant au service d'inspection de développer son expertise et sa connaissance des pratiques sur internet et sur les réseaux sociaux. Je peux par exemple vous communiquer le cas d'une boutique en ligne pour laquelle sept influenceurs autoproclamés ont fait de la publicité pour les e-cigarettes vendues par cette boutique.

Ce travail d'enquête en ligne n'en est cependant qu'à ses débuts et est en plein développement, notamment via le nécessaire développement d'outils et de techniques permettant de constater et de poursuivre ces infractions au mieux.

Enfin, je tiens à rappeler ici que la stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac prévoit le renforcement du contrôle des nouvelles pratiques publicitaires sur les réseaux sociaux via la pérennisation de ce budget spécifique accordé pour trois ans, et ce, à partir du 1^{er} janvier 2025. Cette action du plan vise plus spécifiquement à renforcer les moyens humains et techniques du service d'inspection du SPF Santé publique en charge de ces contrôles afin d'accroître la capacité de contrôle visant internet et les réseaux sociaux et à mettre en œuvre les outils techniques spécifiques permettant d'identifier de manière rapide les infractions en la matière.

Vous avez donc raison. Il y a encore pas mal de pain sur la planche pour vraiment mener ces contrôles à bien. C'est en tout cas mon ambition.

15.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. En Belgique et dans les autres pays européens, on peut, en deux clics sur internet, acheter une série de produits du tabac alors que c'est interdit. Cela fait des années que cela dure. J'ai interrogé les ministres successifs et c'est maintenant une bonne chose qu'il y ait enfin une inspection qui soit aussi orientée vers le commerce en ligne, y compris lorsqu'il y a de la publicité via des influenceurs.

Mais cela ne s'arrête pas là parce qu'il y a des influenceurs qui se font directement financer par l'industrie du tabac en dehors de ces boutiques en ligne. À ma connaissance, aujourd'hui, il n'y a aucun contrôle proactif pour débusquer sur les réseaux sociaux ces influenceurs et les publicités déguisées parfaitement illégales. C'est un enjeu de santé public important. On a toujours tendance à courir derrière ceux qui sont beaucoup plus imaginatifs que nous. Ceci demande donc de renforcer la lutte contre ces publicités illégales parce que déguisées et détournées. J'ose espérer qu'il y aura des avancées fortes en la matière.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

16 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vente de CBD "thérapeutique"" (55040190C)

16 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verkoop van 'therapeutische' cannabidiol" (55040190C)

16.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, on sait qu'aujourd'hui, en Belgique, les pharmacies ne peuvent légalement pas délivrer de cannabis à des fins médicales, sauf pour ce qui concerne les médicaments qui sont autorisés à base de cannabis. En Belgique, il y a le Sativex et l'Epidiolex, dont je ne pense pas qu'ils soient déjà commercialisés aujourd'hui.

Une autre exception est qu'en officine, les préparations magistrales à base de matière première pharmacologique, telle que le cannabidiol, sont autorisées, à condition de respecter la circulaire, notamment sur un taux maximal de THC par kilo de poids corporel.

À côté de cela, dans les boutiques de cannabis, une forme de vente se développe avec un cannabis qui est dit, ou présenté, comme médical ou thérapeutique. Or, je le rappelle, légalement, le taux de cannabis pour ce qui concerne ces boutiques de cannabis doit être inférieur à 0,2 % de THC et il ne peut y avoir aucune mention d'allégation relative à la santé.

Ce n'est manifestement pas le cas, et je voudrais donc quand même attirer votre attention et vous sensibiliser à la conformité des produits, des concentrations, des informations au public, des allégations de santé qui, pourtant, ne sont pas légalement permises dans ces boutiques.

Monsieur le ministre, quels contrôles ont-ils été réalisés ces dernières années? Quelles garanties peut-on offrir aux patients? *In fine*, ils se font présenter un produit qui est soi-disant du cannabis médical ou thérapeutique, avec des taux supérieurs à 0,2% de THC et THCA vendus dans les boutiques de cannabis, ce qui n'est légalement pas permis. Monsieur le ministre, qu'en est-il?

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le contrôle des magasins de cannabis, où ne peuvent être vendus que des produits à base de CBD (cannabidiol) ayant en principe une teneur maximale en THC de 0,2 % relève de la compétence du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Les produits de cannabis dont la teneur est supérieure à cette limite tombent sous les dispositions de la législation des psychotropes et stupéfiants et font l'objet d'un suivi de la part de la police et de la justice. Voici le principe de base de la division des tâches.

Les produits à base de CBD qui font l'objet d'allégations thérapeutiques, telles que "CBD médical" ou "thérapeutique" tombent sous les dispositions de la législation des médicaments à usage humain, car ils sont présentés comme des médicaments. Ces allégations médicales ne sont pas autorisées et ces produits sont interdits par définition. Le suivi des médicaments non conformes relève des compétences de l'AFMPS.

Étant donné que plusieurs autorités sont impliquées dans l'inspection des magasins de cannabis, le suivi se traduit dans la pratique par une collaboration multidisciplinaire entre les différentes autorités impliquées: l'AFMPS, le SPF Santé publique, l'AFSCA, la police, le SPF Finances – c'est-à-dire les douanes – où un échange de données facile et sans encombre est important. Les inspections des boutiques CBD sont coordonnées et réalisées par les services d'inspection du SPF Santé publique compte tenu de leur compétences concernant l'arrêté royal du 5 février 2016 relatif aux produits à base de plantes à fumer.

Lorsque des produits non conformes à la législation en vigueur sont identifiés, par exemple des produits ayant une teneur en THC trop élevée, ils sont transférés à l'autorité compétente. Si cette vente a lieu ailleurs et qu'on le constate, il est préférable de contacter les services de police; mais dans les deux cas, une constatation confirmée de vente de produits contenant plus de 0,2 % de THC entraînera un suivi judiciaire. Il est vrai qu'en termes purement juridiques, l'AFMPS et les services douaniers sont également compétents, mais dans la partition convenue de la surveillance de la chaîne dite illégale – donc aussi de la cocaïne, de l'héroïne, de l'ecstasy, etc. –, cela relèvera de la responsabilité des

services de police. En ce qui concerne les infractions à la législation fiscale, le timbre fiscal pour les produits CBD, ce seront les Douanes et accises qui agissent.

16.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous me rappelez toutes les chaînes de contrôle mais cela ne nous donne pas un tableau d'une problématique qui remonte du terrain. Singulièrement, j'ai été alertée par des représentants de patients qui présentent des pathologies sévères avec des douleurs importantes et qui, quelque part, s'alimentent de CBD soi-disant médical ou thérapeutique dans les boutiques de cannabis où on leur présente des produits avec une concentration de THC ou de HCA supérieures à 0,2 %. Cela ne va pas. Vous ne me donnez pas de topo à ce sujet. Les contrôles sont-ils suffisamment organisés? Quelle est leur fréquence? Une remise en ordre semble nécessaire. Les choses sont-elles sous contrôle aujourd'hui? Je n'ai pas l'impression que ce soit le cas.

Un deuxième volet qui vous concerne aussi directement en tant que ministre de la Santé, c'est la protection des patients par rapport à des produits qui se retrouvent dans des boutiques de cannabis alors que cela n'a rien à voir avec le cannabis thérapeutique ou médical. C'est pourtant vendu tel quel. La protection des patients et leur sécurité ne sont donc pas garanties. Se pose de nouveau la question de savoir s'il ne faudrait pas faire évoluer la législation relative aux pharmacies et plus particulièrement la législation actuelle sur le cannabis à des fins médicales.

Je trouve qu'on n'a vraiment pas abordé le sujet correctement dans votre réponse. Pour ce qui nous concerne, nous reviendrons sur la question. Je pense qu'on va devoir se pencher à nouveau sur le volet de la mise en ordre et des contrôles et sur les patients et la manière dont le cannabis médical peut être mis à leur disposition de manière sécurisée et correcte.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le matériel de stomie" (55040191C)

17 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stomamateriaal" (55040191C)

17.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, les patients ont droit au remboursement du matériel de stomie sur base d'une enveloppe budgétaire*

Sur le terrain, on constate que certains patients ont du stock pour parfois plusieurs années à l'avance, alors que d'autres n'ont pas suffisamment avec le forfait tel que prévu, et doivent donc payer le prix plein pour ce qui dépasse l'enveloppe.

Les réalités des patients sont plurielles mais pas nécessairement prises en compte.

Disposez-vous de données permettant d'objectiver les besoins en fonction de problèmes particuliers parmi les patients stomisés? Un dispositif plus souple ne serait-il pas utile et important?

17.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Depuis le 1^{er} avril 2021, un nouveau système de remboursement du matériel de stomie, plus flexible et plus personnalisé, est d'application. Le but de cette réforme était avant tout de mieux rencontrer les besoins spécifiques des différents profils de patients stomisés. On a la colostomie, l'iléostomie, l'urostomie avec ou sans système convexe. En lui permettant de choisir de façon éclairée le matériel le mieux adapté à sa situation, le patient est ainsi placé au cœur du système. Le patient dispose ainsi d'un budget virtuel, ce qu'on appelle l'intervention maximale de l'assurance, pour choisir et acheter, parmi tous les produits remboursables, le type et la quantité de matériel dont il a besoin.

Une attention particulière est accordée aux trois premiers mois d'utilisation – c'est la phase d'apprentissage – et aussi aux situations exceptionnelles. La grande majorité des patients stomisés sont satisfaits du nouveau système. Une enquête menée par Stoma Ilco vzw auprès de 700 patients montre que 80 % des patients étaient satisfaits du nouveau régime de remboursement 2021 et qu'on comptait 90 % d'avis positifs en 2022.

Entre septembre 2022 et septembre 2023, le groupe de travail de la commission de convention

bandagistes/organismes assureurs s'est réunie à plusieurs reprises afin de procéder à l'évaluation de la réglementation sur la base des remarques des différentes parties prenantes et de proposer de futures améliorations dont une partie seront prochainement concrétisées. Parmi les points évalués figure l'analyse des suppléments à charge des patients. Les résultats de cette analyse pour les données de 2021 figurent dans le tableau ci-dessous. Il ressort de ce tableau qu'en moyenne 3,4 % des patients paient un supplément par rapport à l'intervention maximale à laquelle ils ont droit selon leur profil. Je peux vous donner ce tableau qui, par type de problématique, et avec quelques autres raffinements, décrit la partie sans supplément et le pourcentage de patients qui se sont vu comptabiliser un supplément.

17.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Vous avez rappelé une réglementation que je connais bien.

Un petit nombre de patients (3,4 %) paient un supplément mais ils arrivent à la fin de l'année avec une carence en matériel. Certains patients ont des besoins plus importants que d'autres. Suite à cette évaluation, j'espère qu'il y aura une souplesse pour des patients dont la situation est problématique face à l'évolution depuis 2021. C'est positif pour les patients qui peuvent choisir les produits en fonction de leurs besoins mais il reste du travail à réaliser pour ceux qui ont des besoins plus importants.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les diagnostics et traitements en allergologie" (55040192C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La spécialisation en allergologie" (55040193C)

18 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De diagnosestelling en behandeling van allergieën" (55040192C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De specialisering in allergologie" (55040193C)

18.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, pour des raisons d'ordre logique, je vais inverser l'ordre de mes deux questions jointes.

L'allergologie manque de reconnaissance officielle en Belgique. Or elle traite de pathologies qui connaissent parmi les plus fortes progressions dans le monde, y compris en Europe occidentale. En effet, une personne sur trois souffre d'allergies. De plus, les prévisions montrent qu'une personne sur deux pourrait être touchée par une pathologie de type allergique.

Des jeunes sont formés à l'étranger, notamment en France. À l'instigation d'un groupe d'allergologues, soutenu par certaines universités françaises, un certificat universitaire a été instauré à l'ULB. Il reste que toutes les universités belges ne forment pas à cette discipline. Beaucoup d'allergologues sont donc autodidactes, formés à travers les congrès et la littérature. Pourtant, l'allergologie est reconnue dans de nombreux pays, notamment européens. Ainsi, voici sept ou huit ans, la France l'a reconnue pleinement comme spécialité universitaire.

La nomenclature récente concerne différents tests médicamenteux ou les hyménoptères, en précisant des conditions assez strictes, qui peuvent différer de celles imposées par les pays – notamment la France – où les allergologues sont formés. En Belgique, la nécessité d'un service de réanimation proche existe bien. C'est évidemment logique. Or ce n'est pas le cas chez nos voisins français. D'où une certaine confusion dans notre pays. Dès lors, ne serait-il pas intéressant et essentiel que la Belgique reconnaisse officiellement l'allergologie et qu'elle élabore un cadre pour que les médecins soient informés de leur responsabilité médicale dans ce contexte?

Je voudrais ensuite aborder la manière dont les patients sont pris en charge chez nous. Les immunothérapies (hors hyménoptères avec des produits uniquement de la firme ALK et récemment l'Acarizax de chez ALK) ne sont pas remboursées. La disponibilité des produits d'immunothérapie est très aléatoire; des produits sont également supprimés. Des tests cutanés et des protocoles de

désensibilisation sont utilisés hors recommandations d'utilisation des firmes. Ces produits hors autorisation de mise sur le marché ne sont pas disponibles sur le marché belge, et les médecins doivent se les procurer, par exemple, sur le marché français.

La responsabilité de ces médecins est donc engagée mais, sans cela, ce sont alors directement les patients qui sont laissés pour compte, ce qui entraîne aussi des conséquences non négligeables en matière de santé publique.

Monsieur le ministre, comment peut-on demain garantir la prise en charge de ces patients dans des conditions qui doivent absolument être améliorées, d'abord pour les patients, mais aussi pour les soignants. Pourquoi ces différents problèmes – qui ne sont d'ailleurs pas récents – ne sont-ils pas pris en compte par les autorités sanitaires du pays?

Vous comprendrez que c'est un relais du terrain que je vous formule ici, tant du côté des soignants que de celui des patients pour des pathologies qui sont tout sauf rares. Je le disais, une personne sur trois est concernée par des problèmes allergiques et demain, potentiellement une sur deux.

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, je vais commencer par la question sur la spécialisation en allergologie.

Actuellement, plusieurs disciplines médicales sont concernées par l'allergologie. Pour l'instant, deux groupes de travail au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes préparent des projets d'avis en la matière sur les critères des différentes disciplines en médecine interne et en pédiatrie. On y fait la distinction entre l'immunologie clinique, qui représente une spécialisation très poussée pour traiter, par exemple, des immunodéficiences, et l'allergologie qui sera un domaine d'activité de plusieurs disciplines.

Des connaissances et expériences en allergologie peuvent être prévues dans le trajet de formation des disciplines existantes, comme par exemple la médecine interne, la pédiatrie, la dermatologie et l'oto-rhino-laryngologie. Les critères d'agrément contiennent les compétences à acquérir et à confirmer avant d'agréer les candidats en formation. Le portfolio prévu dans l'article 8 de la loi du 22 avril 2019 sur la qualité de la pratique offre une autre alternative: Chaque médecin garantit qu'il dispose des compétences et de l'expérience nécessaires et enregistre ses formations théoriques et pratiques ainsi que ses activités dans le portfolio. Cette approche assez récente dans notre pays devra encore se développer et se structurer. Des formations universitaires ou organisées par des associations professionnelles et scientifiques y trouvent leur place. En bref, j'attends l'avis du Conseil supérieur des médecins en la matière.

En ce qui concerne votre question plus large sur les diagnostics et les traitements, il existe des médicaments autorisés sur le marché belge pour la désensibilisation des allergies aux acariens, au pollen et au venin d'insectes. Il est exact que pour cette dernière catégorie, un médicament a récemment été retiré du marché mais des alternatives restent disponibles. La décision de demander une autorisation de mise sur le marché et de commercialiser effectivement un médicament appartient à l'entreprise pharmaceutique.

Il existe en effet davantage d'alternatives sur le marché dans d'autres États membres de l'Union européenne mais les firmes qui commercialisent les produits dans ces pays n'ont pas nécessairement soumis une demande en Belgique ou n'y commercialisent pas le médicament. Toutefois, des médicaments autorisés peuvent être importés par les pharmaciens sur prescription médicale s'ils sont autorisés dans un autre État membre de l'Union européenne et répondent aux mêmes exigences de qualité, de sécurité et d'efficacité que celles appliquées par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Le Palforzia, pour le traitement de l'allergie à l'arachide, est un exemple de médicament autorisé sans être commercialisé en Belgique.

La proposition de révision de la législation pharmaceutique présentée par la Commission européenne comprend des mécanismes visant à encourager la commercialisation de médicaments autorisés partout, ce qui devrait, à terme, permettre de réduire ce type de situation.

Sur la base de la littérature, on peut conclure qu'obtenir une AMM reste un défi pour ce type de produit. Depuis l'entrée en vigueur de la directive 2001/83/CE, ces produits sont considérés comme étant des

médicaments, ce qui implique la nécessité de réaliser des études cliniques dans le but de collecter des données qui démontrent leur efficacité et leur sécurité. Ce n'est pas évident. On peut citer la demande centrale d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament pour l'allergie à l'arachide qui a dû être retiré parce que la sécurité et l'efficacité n'ont pas pu être démontrées de manière adéquate.

En conséquence, le nombre de médicaments désensibilisants autorisés sur le marché de l'Union reste généralement limité. Le problème est reconnu par le CMDh qui réunit les autorités compétentes des différents États membres. Par le biais d'une ligne directrice relative à ce type de produit, le CMDh tente de faciliter l'obtention d'une AMM. Des lignes directrices ont également été émises par l'Agence européenne des médicaments (EMA).

Voici donc quelques réflexions en conclusion d'une problématique qui n'est, en effet, pas simple à gérer.

18.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. J'ignorais qu'un avis était en préparation au niveau du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Il faut, bien évidemment, attendre cet avis. S'ils s'en sont saisis, c'est tout de même sans doute pour pouvoir avancer des recommandations et pour aboutir à une reconnaissance, une organisation, un cadre qui, demain, puisse se renforcer par rapport à ces pratiques et à la reconnaissance officielle des allergologues, dans plusieurs disciplines bien sûr puisque cela se trouve véritablement à la croisée des chemins de toute une série de spécialisations, les patients arrivant pour des problèmes allergiques divers chez différents spécialistes.

Concernant la prise en charge des patients, qui reste malgré tout un point faible aujourd'hui, lorsque l'on se trouve face à un patient présentant un risque anaphylactique important ou un risque très grave par rapport à un type d'allergie, comme un œdème de Quincke, etc., je pense que les allergologues n'ont d'autre solution que, dans un trop grand nombre de cas, se débrouiller seuls. J'entends bien la possibilité d'importer, si une autorisation existe, mais il faut reconnaître que cela reste malgré tout assez limité, y compris dans ce qui est accepté en Belgique. En cas de non-validation, il y aurait un impact direct sur la responsabilité des médecins qui doivent l'assumer puisque ces produits sont hors autorisation de mise sur le marché. Sans engagement de leur responsabilité, ces sont alors directement les patients qui sont laissés pour compte.

J'ose donc espérer que l'on pourra rapidement faire bouger un peu plus les lignes. Certes, des choses sont faites mais elles restent largement en deçà des besoins des allergologues et, surtout, des patients. Il me tenait à cœur de vous alerter aujourd'hui et de vous conscientiser afin que des avancées aient encore lieu avant la fin de la législature.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes n° 55040196C de M. Robby De Caluwé et n° 55040466C de Mme Frieda Gijbels, la question n° 55040197C de M. Robby De Caluwé, les questions jointes n° 55040198C de M. Robby De Caluwé et n° 55040308C de Mme Nathalie Muylle ainsi que la question n° 55040199C de M. Robby De Caluwé sont reportées.

19 **Samengevoegde vragen van**

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang voor mucopatiënten tot het geneesmiddel Kaftrio" (55040201C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Kaftrio voor mucopatiënten met andere mutaties dan de F508del-mutatie" (55040321C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van mucoviscidose met Kaftrio" (55040360C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van mucoviscidose met Kaftrio" (55040361C)

19 **Questions jointes de**

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès au médicament Kaftrio pour les patients atteints de mucoviscidose" (55040201C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Kaftrio pour les patients atteints de muco présentant d'autres mutations que la mutation F508del" (55040321C)
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation du Kaftrio dans le traitement de la mucoviscidose" (55040360C)
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation du Kaftrio dans le traitement de la mucoviscidose" (55040361C)

19.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, cela avait fait l'objet de beaucoup de mobilisations avant septembre 2022. Avec d'autres collègues, j'avais tenté de vous sensibiliser au maximum au remboursement du médicament Kaftrio pour la plupart des personnes atteintes de mucoviscidose présentant au moins une mutation F508del. Ce médicament représente un changement majeur pour ces patients en termes de santé et de qualité de vie puisqu'il diminue les complications et donc les hospitalisations. C'était un enjeu particulièrement important.

Grâce aux progrès de la recherche scientifique, on sait désormais que le Kaftrio pourrait aussi aider les personnes présentant d'autres mutations plus rares. La firme produisant le médicament, Vertex, a récemment annoncé par communiqué avoir soumis un dossier à l'EMA, afin d'obtenir l'autorisation d'élargir la mise sur le marché du Kaftrio pour inclure certains patients ne présentant pas cette fameuse mutation F508del.

Dans l'attente de la poursuite de cette procédure qui est longue et dont l'issue est incertaine, les patients belges ne peuvent pas bénéficier des meilleurs traitements possibles, contrairement aux patients français qui, même s'ils n'ont pas la mutation F508del, ont accès à ce traitement grâce à une collaboration unique entre l'association de patients et le gouvernement.

Monsieur le ministre, je voudrais vraiment ici relayer les attentes et la réalité quotidienne médicale compliquée de ces patients mais aussi l'impact du bénéfice engendré par ce traitement. D'autres patients dans les pays limitrophes où le médicament est disponible peuvent déjà en bénéficier. Vous êtes-vous penché sur cette question? N'est-il pas important pour ces patients de pouvoir avancer concrètement, en attendant le dossier de l'EMA, dans le cadre d'un accord qui pourrait être réalisé avec la firme?

19.02 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, Mme Fonck a parfaitement résumé la situation, à savoir la satisfaction depuis septembre 2022 d'obtenir le remboursement du Kaftrio pour les enfants à partir de douze ans, puis, depuis février 2023, pour les enfants de six à onze ans. Nombreux sont les parents à s'être réjouis de cette décision mais surtout d'avoir pu constater l'efficacité de ce médicament sur leur enfant et le bonheur retrouvé chez ces enfants qui étaient en souffrance. Aujourd'hui, Mme Fonck l'a évoqué, on parle encore de patients qui pourront en bénéficier, qui sont dans l'attente d'une reconnaissance pour le remboursement de ce médicament dont le coût, faut-il le rappeler, est de l'ordre de 170 000 euros par an. C'est une fortune pour améliorer ses conditions de vie. C'est une fortune que les patients ne peuvent pas se permettre de déboursier. Cela les empêche de se sentir à tout le moins soulagés quelque temps et de se sentir mieux dans leur quotidien. Aujourd'hui, je rejoins Mme Fonck sur cette nécessité d'aller de l'avant. Dans quelle mesure peut-on envisager une action en attendant la décision de l'Agence européenne des médicaments? En effet, la souffrance est là, maintenant.

Monsieur le ministre, avez-vous des études qui permettent de mettre en évidence le bénéfice de ces médicaments? On a l'exemple français qui montre que l'on peut sans doute aller de l'avant. Serait-il

envisageable de permettre le remboursement du Kafrio également pour les patients qui ne sont pas aujourd'hui dans le cas de la mutation F508del? Quelles sont les informations et conditions attendues dans ce cadre? J'espère de tout cœur que l'on peut avancer, pour ces quelque 70 patients en Belgique, qui attendent une réponse positive de votre part. Merci.

19.03 **Minister Frank Vandenbroucke:** Het betreft een gevoelige kwestie, die we zorgvuldig moeten bekijken. Mijn beleidscel heeft daarover al contact gehad met de Mucovereniging, die mijn beleidscel ook in contact heeft gebracht met de Franse initiatiefnemer.

De huidige Belgische terugbetalingsregeling voor Kafrio en Kalydeco richt zich inderdaad op specifieke mutaties van mucoviscidose, namelijk met ten minste een F508del-mutatie bij patiëntjes vanaf 6 jaar. De vergoeding is gestoeld op de aanvraag van de firma op basis van verschillende klinische studies die aantonen dat het medicijn effectief is voor patiënten met die specifieke genetische profielen.

Aucune demande de remboursement n'a été introduite pour cette catégorie de patients auprès de la CRM, car le Kafrio n'a pas encore obtenu l'autorisation de mise sur le marché requise. Récemment, en novembre dernier, la firme a soumis une demande d'autorisation de mise sur le marché à l'EMA pour des patients atteints de muco présentant d'autres mutations que la mutation F508del. Cette demande est basée sur une combinaison d'études cliniques, c'est-à-dire un essai clinique de phase 3, et de tests de laboratoire à partir desquels la firme prétend démontrer un avantage thérapeutique. Néanmoins, une évaluation approfondie est cruciale.

Eens de firma een positief advies heeft van het CHMP, het Committee for Medicinal Products for Human Use, van EMA, kan ze overgaan tot de indiening van een terugbetalingsdossier bij de CTG, die dan de klinische, farmaco-economische en budgettaire implicaties van de therapie zal evalueren en het terugbetalingsvoorstel zal formuleren.

Kafrio plus Kalydeco zijn een uiterst dure therapie. Om ons te verzekeren van de doelmatige besteding van middelen, dienen we dus een grondige evaluatie uit te voeren. Een mogelijke route voor een snellere terbeschikkingstelling van de therapie voor specifieke patiënten is de opstart van een *medical need program* via het FAGG. Tot hiertoe heeft de firma dat niet gedaan. De firma kan die aanvraag wat mij betreft zeker doen. Het FAGG zal dan oordelen of die voldoende onderbouwd is om ermee verder te gaan.

Mijn beleidscel heeft daarnaar geïnformeerd bij de firma, die gereageerd heeft dat er momenteel geen specifiek programma beschikbaar is voor de betreffende patiënten, maar dat ze zogenaamde *unsolicited requests* van artsen voor mucopatiënten met non-F508del-mutaties zorgvuldig zal overwegen. Ze liet eveneens weten dat een aantal patiënten, namelijk 26, in België ingeschreven is in een studie voor patiënten zonder F508del-mutatie.

Samen met het FAGG bekijk ik ook de mogelijkheden die ons ter beschikking staan. Zo bekijken we of het initiëren van een *medical need program* mogelijk is.

19.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, aujourd'hui, nous disposons tout de même d'un certain nombre de données scientifiques – y compris, entre autres, je le rappelle, des mutations qui sont approuvées aux États-Unis par la FDA, ce qui pèse de manière non négligeable par rapport aux muco et aux mutations des patients muco en-dehors de la mutation F508del – qui doivent pouvoir être prises en considération.

On sait que ça concerne un tout petit nombre de patients en Belgique: quelques dizaines, peut-être de l'ordre d'une cinquantaine de patients. Vous savez aussi comme moi que la prise de décision de l'EMA prendra de nombreux mois. L'absence de traitement pendant de nombreux mois pour un enfant en pleine croissance porteur d'une mucoviscidose avec une mutation autre que la F508del et qui ne peut pas aujourd'hui bénéficier du Kafrio, a un impact médical et plus que médical, extrêmement important et potentiellement délétère. En six à neuf mois, les complications qui peuvent survenir, les hospitalisations et l'impact sur le plan de la fonction respiratoire, tout cela constitue un impact très important. Si l'on peut, à l'inverse, diminuer l'impact de la maladie, notamment au niveau respiratoire mais aussi sur la scolarité...

Le modèle français permet d'envisager ce traitement pour des patients ayant une mutation autre que

la F508del, et parmi les mutations qui pourraient bénéficier de ce traitement, j'ose espérer en la matière, monsieur le ministre. Vous renvoyez toujours vers les firmes, mais je pense qu'un ministre de la Santé publique peut – et doit – dans un certain nombre de cas trouver des solutions car c'est un enjeu de santé publique majeur pour ces patients.

19.05 **Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, une fois n'est pas coutume, je serai tout à fait du même avis que ma collègue, Mme Fonck, puisqu'il s'agit effectivement de mesures importantes, fondamentales au niveau de la santé physique, de la santé mentale, de l'inclusion de tous ces enfants en souffrance et du soutien à leurs familles.

Monsieur le ministre, je ne peux donc que vous presser et vous inviter à avancer au plus vite. Il y a effectivement et incontestablement des succès dans d'autres pays qui démontrent que le Kafrio est véritablement une avancée sans précédent dans le traitement de la mucoviscidose, une avancée qui est aujourd'hui à la portée de septante patients en Belgique. Cette "portée" pour eux, c'est simplement l'aspect financier et la validation pour qu'ils puissent espérer avoir une amélioration de leur quotidien et de leur vie en famille, au travail, à l'école et ailleurs. Ici, c'est fondamentalement à l'école. C'est une vie pour l'ensemble, pour chacune et chacun d'eux.

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

20 **Samengevoegde vragen van**

- **Sander Loones aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De voorbereidende wetgevende teksten voor de regionalisering van de gezondheidszorg" (55040221C)**

- **Sander Loones aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bekendmaking van en de consensus over de bekendmaking van wetgevende teksten" (55040342C)**

20 **Questions jointes de**

- **Sander Loones à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les textes législatifs préparatoires de la régionalisation des soins de santé" (55040221C)**

- **Sander Loones à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publication des textes législatifs préparatoires et le consensus y afférent" (55040342C)**

20.01 **Sander Loones (N-VA):** Mijnheer de minister, mijn beste wensen.

Het is zowat het einde van de legislatuur, dus wij zijn aan het bekijken wat de ministers ervan hebben gebakken. Er zijn drie soorten ministers: ministers die meer doen dan wat in het regeerakkoord staat, ministers die precies doen wat erin staat en ministers die een stuk minder doen. Mijn vraag gaat over minister Verlinden. Het is mij niet helemaal duidelijk in welke categorie zij zit.

Het regeerakkoord zegt dat er wetsontwerpen zullen komen vanuit de regering. Ik citeer: "De regering zal voorstellen voorbereiden onder de vorm van wetteksten op het vlak van bevoegdheidsverdeling, financieringsregels, instellingen en zal in elk geval tijdens deze legislatuur wetteksten integreren betreffende de gezondheidszorg." Ik heb u al eens gevraagd hoe het daarmee staat. Net voor het kerstreces vroeg ik dat opnieuw aan minister Verlinden en zij zei dat het werk eigenlijk klaar is. De voorbereiding is gemaakt, maar de andere collega's zijn het niet eens met de teksten en willen ook niet dat die publiek worden gemaakt, aldus minister Verlinden.

Ik heb vervolgens de eerste minister daarover bevraagd, maar die zegt dat hij van niets weet. Hij heeft geen voorbereiding gezien. Minister Verlinden heeft hem die niet bezorgd, aldus de eerste minister.

Er kan maar een van beiden gelijk hebben. Daarom doe ik nu het rondje van de vice-eersteministers om te bekijken hoe het precies zit. Hebt u teksten gekregen van minister Verlinden? Weet u of die effectief voorbereid zijn? Bent u het die gezegd heeft dat ze niet publiek mogen worden gemaakt? Is er door u geen consensus bereikt of komt dat door een andere collega? Of bestaan de teksten niet, zoals de eerste minister lijkt aan te geven? Ik hoop dat u wat licht in de duisternis kunt brengen.

20.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer Loones, ik heb kennisgenomen van de bespreking die u hierover had met minister Verlinden in de commissie voor Grondwet en Institutionele Vernieuwing.

Vooreerst lijkt het mij gepast dat dergelijke vragen worden opgenomen in de daartoe bestemde commissie, namelijk de commissie voor Grondwet en Institutionele Vernieuwing. Voor het overige kan ik bevestigen dat er besprekingen zijn geweest in de regering en dat er voorstellen werden geformuleerd, maar dat daaromtrent, zoals minister Verlinden ook aangaf in de commissie, geen consensus werd gevonden in de regering.

20.03 Sander Loones (N-VA): Mijnheer de minister, u moet het onder ministers wel ooit eens worden. Minister Verlinden heeft in de commissie voor Grondwet en Institutionele Vernieuwing gezegd dat de vakministers bevoegd zijn voor de thema's, maar als ik u als vakminister bevrage, verwijst u naar minister Verlinden. Mij maakt het niet uit, maar het zou wel goed zijn als u het onderling eens bent, zodat wij vanuit de regering kunnen vernemen hoe het zit.

Het is daarnaast goed dat op vlak van gezondheidszorg teksten voorhanden zijn. Dat hebt u bij dezen bevestigd. Weliswaar is er geen consensus over, u bent het niet eens, zonder dat u gespecificeerd hebt of dat aan u dan wel aan uw collega's ligt. Nochtans is het interessant om dat te weten, aangezien u de vakminister bent over het domein waarvan het regeerakkoord het meest in detail stelt dat er teksten moeten komen. Ik kan mij niet indenken dat u de pen zomaar zou laten aan een andere minister in dit thema, dat ook voor u persoonlijk bijzonder belangrijk is. Het is wel goed te weten dat die teksten bestaan.

Bij dezen wil ik u vragen om die teksten publiek te maken zodat wij allemaal daarvan kennis kunnen nemen. Die teksten zijn opgesteld met experts betaald door belastinggeld, dus het lijkt mij maar normaal dat die tekst publieke kennis wordt. Ik vraag het u nu, maar vanzelfsprekend zal ik dat ook aan minister Verlinden vragen.

Ik vind het wat jammer dat u niet antwoordt op de kern van de vraag. Bent u het die blokkeert, bent u het die het werk van minister Verlinden tegenwerkt, waardoor dat geen vooruitgang kan vinden, ook al is het regeerakkoord er bijzonder duidelijk over?

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

*Président: Hervé Rigot.
Voorzitter: Hervé Rigot.*

Le **président**: La question n° 55040299C, de Mme Laurence Zanchetta, est transformée en question écrite.

21 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oprichting van een nationaal kenniscentrum over medicatie" (55040302C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oprichting van een informatiecentrum voor geneesmiddelen tijdens de zwangerschap" (55040374C)

21 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La création d'un centre national de connaissances concernant les médicaments" (55040302C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La création d'un centre d'information sur le recours aux médicaments pendant la grossesse" (55040374C)

Mevrouw Farih is niet aanwezig.

21.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het embryo, de foetus zijn het kwetsbaarst in de vroege zwangerschapsweken. Voorzichtigheid is dan ook aan de orde bij het toedienen en nemen van medicatie bij zwangere vrouwen. Uiteraard gebeurt er onderzoek naar de veiligheid van medicatie in die eerste weken van de zwangerschap, maar zelfs bij veelgebruikte geneesmiddelen, zoals paracetamol, zijn er nog steeds onduidelijkheden over de veiligheid. Er waren in het verleden jammer genoeg voorbeelden van ernstige complicaties bij medicijngebruik, denk maar aan softenon en DES. Het is cruciaal dat aanstaande ouders correcte informatie over voorgeschreven medicijnen krijgen. Ook zorgverleners hebben nood aan een correct informatiepunt waar zij te rade kunnen gaan.

Een nationaal expertisecentrum rond medicatie voor zwangerschap wordt al een tijdje aanbevolen, maar het werd niet gerealiseerd. Worden momenteel bij de overheid meldingen van effecten van medicatie op pasgeboren baby's en het opgroeiende kind geregistreerd? Hoeveel casussen werden er de voorbije vijf jaar gemeld?

Er is nu het academische initiatief BELpREG. Bent u van plan om dat financieel te ondersteunen? Zo ja, waarom wel? Zo neen, waarom niet?

Zo'n nationaal kenniscentrum zou ook heel handig kunnen zijn naast het Antigifcentrum, want dat wordt heel vaak geconsulteerd door ouders.

Mijnheer de minister, er is het Europese IMI-project ConcePTION, dat volgend jaar van start gaat. Hoe zult u daartoe toetreden, aangezien ons land geen nationale kennisbank heeft?

Président: Roberto D'Amico

Voorzitter: Roberto D'Amico

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De voorbije vijf jaar werden in België in totaal 840 meldingen van bijwerkingen van geneesmiddelen bij kinderen van 0 tot 6 jaar gedaan, waarvan 280 als ernstige en 560 als niet-ernstige bijwerkingen werden geregistreerd. 281 van 840 meldingen betroffen vaccins. Een melding betekent op zich niet dat er per se een causaal verband is tussen de toediening van een geneesmiddel en de geobserveerde reactie.

Net zoals voor de algemene populatie komen meldingen van bijwerkingen bij zwangere vrouwen of bij kinderen, die worden gericht aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en/of aan de producent van het geneesmiddel, verplicht terecht in de Europese EudraVigilance Database. Dat is een heel uitgebreide database en die wordt continu gemonitord door het FAGG en het Europese Geneesmiddelenagentschap EMA.

Bij de evaluatie van de risico-batenbalans van een nieuw of een bestaand geneesmiddel, wat een continu proces is, wordt die en alle andere beschikbare informatie inzake veiligheid en doeltreffendheid meegenomen en worden op basis daarvan eventueel acties ondernomen, gaande van een aanpassing van de bijsluiter, met bijvoorbeeld een extra waarschuwing of een contra-indicatie bij zwangerschap, tot een intrekking van de vergunning van het geneesmiddel.

Regelmatig onderstreept het FAGG of het EMA ook het belang van spontane meldingen van bijwerkingen door gezondheidszorgprofessionals en patiënten zelf, zeker voor kwetsbare patiëntengroepen, waaronder kinderen, ouderen en zwangere vrouwen.

Voorts kijk ik met belangstelling naar de resultaten van het BELpREG-register, een wetenschappelijk initiatief dat bijdraagt aan een betere kennis van de veiligheid van het gebruik van geneesmiddelen. Ik heb geen plannen, om het initiatief specifiek, dus buiten de bestaande overheidsfinanciering voor hoger onderwijs en/of wetenschappelijk onderzoek, in België te helpen financieren.

België heeft inderdaad geen specifiek nationaal kenniscentrum voor geneesmiddelengebruik tijdens de zwangerschap en borstvoeding. In België bestaat echter wel het door het FAGG gefinancierde Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie of BCFI. Dat bij zorgprofessionals welbekende en erg gewaardeerde centrum zorgt voor een centralisatie van alle beschikbare informatie over een evidencebased gebruik van geneesmiddelen voor elke patiëntengroep. Ik meen dat een dergelijke centrale, bekende bron van informatie een groter voordeel kan bieden dan verschillende bronnen van gefragmenteerde informatie.

Het FAGG zal binnenkort ook in samenwerking met het BCFI een nieuwe website opstarten met specifieke, aan patiënten gerichte informatie, namelijk met vereenvoudigde, leesbare bijsluiters. Ook specifieke informatie voor zwangere vrouwen wordt daarin opgenomen.

Zoals dat het geval is voor elke beschikbare bron met wetenschappelijke informatie, zullen de gegevens die via het Europese ConcePTION Project ter beschikking worden gesteld, door de Belgische bevoegde dienst, in de eerste plaats het FAGG, worden gemonitord. Het proces verloopt dan verder zoals ik het

daarjuist heb uitgelegd.

21.03 Kathleen Depoorter (N-VA): De sleutel van mijn vraag ligt precies in het feit dat meldingen over kinderen tussen 0 en 6 jaar geen mogelijk causaal verband met medicijngebruik van voor de geboorte speciëren. Het BCFI is inderdaad een goed en wetenschappelijk correct platform, maar als zorgverstrekker stoot men vaak op de melding 'raadpleeg uw arts of apotheker'. Daar is men niet zoveel mee.

Het zou een denkpiste kunnen zijn, mijnheer de minister, dat u, als u het platform toch wilt aanpassen of hervormen, in een subgroep voorziet waar foetale causale verbanden vermeld kunnen worden en waar men wetenschappelijk dieper ingaat op de risico's die er zijn. Er is altijd meer risico tijdens de zwangerschap, dat is bekend. Een goede registratie is absoluut belangrijk. Of u dat doet via BELpREG of via BCFI, voor de patiënten komt het erop neer dat de communicatie helder, eenduidig en gemakkelijk te vinden is.

Fragmentatie van de bronnen kan inderdaad problemen met zich meebrengen. Ik zou dan ook eens samenzitten met de mensen van BELpREG om te zoeken naar een oplossing van het probleem, dat toch tot grote gevolgen kan leiden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes n° 55040310C de Mme Dominiek Snelpe et n° 55040339C de Mme Sofie Merckx sont reportées, tout comme les questions jointes n° 55040316C de Mme Dominiek Snelpe et n° 55040323C de Mme Catherine Fonck, ainsi que la question n° 55040322C de Mme Catherine Fonck et les questions jointes n° 55040337C de Mme Catherine Fonck et n° 55040377C de Mme Els Van Hoof.

22 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Dunnevezelneuropathie" (55040378C)

22 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La neuropathie des petites fibres" (55040378C)

22.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, dunnevezelneuropathie is een vorm van polyneuropathie en een spierziekte waarbij vooral de dunne zenuwvezels niet goed functioneren, met mogelijke verschijnselen zoals een brandende of prikkelende zenuwpijn, maag- en darmklachten, wisselende bloeddruk en hartkloppingen. De aandoening is chronisch en voor zover we weten ook moeilijk of niet te genezen.

Ik kreeg onlangs bericht over een jongedame die DVN ontwikkelde na een covidinfectie. Of er al dan niet een causaal verband is, laten we best in het midden, want er is nog veel onderzoek naar de aandoening nodig. Het gevoel in haar ledematen is aangetast, met het gevolg dat haar mobiliteit ernstig beperkt is. Ze werd behandeld in het MS-revalidatiecentrum in Pelt, maar dit is nu niet meer mogelijk, omdat de aandoening niet in de E-lijst van zware aandoeningen is opgenomen en ze geen nomenclatuur toegekend krijgt. Dat is nochtans noodzakelijk, gezien haar toestand en zeer jonge leeftijd. Ze zou ook graag terug aan het werk gaan, maar voorlopig is dat niet mogelijk.

DVN kent gelijkenissen met MS en het Guillain-Barrésyndroom, twee aandoeningen die wel erkend worden en op de E-lijst staan.

Mijnheer de minister, waarom wordt DVN niet als E-pathologie erkend? Denkt u dat het nodig is om DVN te erkennen en hiervoor in nomenclatuur te voorzien?

22.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, patiënten die aan bepaalde zware aandoeningen lijden die op de zogenaamde E-lijst staan, betalen na het akkoord van de adviserend arts van hun ziekenfonds minder voor hun kinesitherapie en voor sommige specifieke verstrekkingen. Het is te zeggen, er is een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel.

Dunnevezelneuropathie staat, zoals de meerderheid van neurologische diagnoses, niet vermeld in de lijst van aandoeningen die is opgenomen in het betrokken KB van 23 maart 1982. Dit verhindert niet

dat een persoon met DVN van een erkenning zware pathologie kan genieten, voor zover haar of zijn medische situatie beantwoordt aan een van de in de lijst vermelde aandoeningen en gepaard gaat met een aangetoonde behoefte aan intensieve en langdurige kinesitherapeutische of fysiotherapeutische tenlasteneming.

Het goedkeuren van aanvragen betreffende de E-pathologie behoort tot de bevoegdheid van de adviserend arts van de mutualiteit, op basis van het medisch dossier van de patiënt. Uiteraard dient de adviserend arts zich te houden aan de voorwaarden die opgenomen zijn in artikel 7 § 11 van de nomenclatuur. De E-lijst wordt uitgewerkt binnen het RIZIV door het College van artsen-directeurs, rekening houdend met aangetoonde zorgnoden en organisatorische en budgettaire mogelijkheden, waardoor keuzes nodig zijn. Deze lijst kan in de toekomst nog worden aangepast.

Ik besef dat ook met de bestaande tegemoetkomingen vanuit de verzekering voor geneeskundige verzorging de gezondheidskosten hoog kunnen oplopen. Voor dergelijke situaties zijn er verschillende ondersteunende initiatieven genomen. Een van de maatregelen is de maximumfactuur. Ook voor chronisch zieken bestaan er specifieke maatregelen. Het ziekenfonds is een goed aanspreekpunt om gerichte informatie te krijgen over welke maatregelen voor de situatie van een specifieke patiënt van toepassing zouden kunnen zijn.

22.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord dat ik aan de dame in kwestie zal bezorgen, zodat zij hiermee eventueel verder kan bij haar ziekenfonds.

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

23 Samengevoegde vragen van

- **Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dringende hulpverlening in Vlaams-Brabant en de doorverwijzing naar Nederlandstalige ziekenhuizen" (55040338C)**
- **Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van het Nederlands tijdens medische urgente interventies" (55040471C)**
- **Marie-Christine Marghem aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik der talen bij de urgentieteam in Brussel" (55040478C)**

23 Questions jointes de

- **Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'aide médicale urgente dans le Brabant flamand et le renvoi vers des hôpitaux néerlandophones" (55040338C)**
- **Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation du néerlandais dans le cadre d'interventions médicales urgentes" (55040471C)**
- **Marie-Christine Marghem à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les langues dans la médecine d'urgence à Bruxelles" (55040478C)**

23.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, deze vraag is niet toegevoegd bij het debat dat in het plenum is gevoerd net voor de kerstvakantie. Dat debat ging weliswaar over een andere zaak, die op 16 december in de pers is gekomen. Ik had het over een zaak van 6 december: een oudere vrouw die in Alsemberg werd afgevoerd naar een Franstalig ziekenhuis, ook door Franstalige ambulanciers, hoewel u in de commissie stelde dat er ook een taalgerichte invulling was opgenomen in de uitzonderingen om naar een ander ziekenhuis te worden afgevoerd. Patiënten kunnen dat vragen en krijgen de garantie om in het Nederlands geholpen te kunnen worden. Er werden ook simulaties gedraaid omdat de uitzondering kon als er een maximale tijdsafwijking van twaalf minuten was. U hebt daar dan op gehamerd. Aan de hand van het geval dat ik hier vandaag moet voorleggen, zien we dat dat toch niet gebeurd is. De patiënte zelf en de thuisverpleging vroegen om haar af te voeren naar het juiste ziekenhuis, maar dat gebeurde niet. Ik stelde de vraag op 6 december en die komt vandaag aan bod.

Op 16 december horen we het voorval van het jongetje van 11 maanden dat gewoonweg overleden is omdat die mensen totaal niet wisten wat er met het kind gebeurd was. De grootouders en ouders zijn in een Franstalig ziekenhuis terechtgekomen. Daar hebben ze zich beholpen in het Frans. Dat was zeer moeilijk. Dan is er overgeschakeld naar het Engels. Het is belangrijk dat we daarover verder kunnen debatteren vandaag. U vond dit ongehoord en zou de zaak voorleggen aan de Federale

commissie "Rechten van de Patiënt". U zou het ziekenhuis daar fors op aanspreken en fors reageren. U vond het een grote fout in de dienstverlening van dit ziekenhuis.

Kunnen er geen maatregelen of verplichte tweetaligheid afgedwongen worden? In openbare ziekenhuizen geldt die tweetaligheid, maar in de universitaire ziekenhuizen geldt die ook door de taalwetgeving ter zake. Hoe ver staat het met de Federale commissie "Rechten van de patiënt"? Zal er dwingend opgetreden worden dat zulke gruwelijke zaken niet meer kunnen gebeuren in de toekomst?

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, het is mij niet helemaal duidelijk wat u vooral wilt aanbrengen, maar ik kan de verschillende vragen wel beantwoorden.

Eerst zal ik ingaan op het laatste punt, het incident, het dramatische gebeuren van het overlijden van dat jongetje en de ouders die zeer slecht bediend zijn, wat de taal betreft. Ik kan alleen herhalen wat ik al heb gezegd, namelijk dat ik dat ongehoord vond. Ik heb het ziekenhuis daarover aangesproken, ik heb een brief gestuurd naar dat ziekenhuis en uitleg gevraagd. Daarop heb ik nog geen antwoord ontvangen, maar dat vind ik binnen de termijn waarin ik dat gedaan heb eerlijk gezegd niet zo verbazend. Ik heb inderdaad ook de Federale commissie "Rechten van de patiënt" daarop aangesproken met de vraag of wij vanuit patiëntenrechten onze regelgeving ter zake kunnen versterken. De commissie heeft mij ook nog geen antwoord gestuurd, wat ik gezien de termijn ook niet zo verbazend vind. De dingen die ik daaromtrent had aangekondigd in de plenaire vergadering, heb ik ook gedaan. Meer bepaald heb ik de eerste stappen gezet ten aanzien van het ziekenhuis, dat inderdaad enkele verplichtingen heeft betreffende taal in de dienstverlening, en ook ten aanzien van de Federale commissie "Rechten van de patiënt" omdat ik het meer ten gronde wil uitspitten.

Ik meen dat uw vraag voor een stuk ook gaat over de regeling die wij hebben uitgevaardigd in Vlaams-Brabant. Daarover kan ik u wel wat meer zeggen. De Provinciale Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening van Vlaams-Brabant heeft een reglementaire benadering uitgewerkt die een afwijking op basis van taal toelaat. Dat is heel breed gecommuniceerd aan de gemeenten Beersel, Dilbeek, Drogenbos, Grimbergen, Hoeilaart, Huldenberg, Kortenberg, Kraainem, Lennik, Linkebeek, Overijse, Roosdaal, Sint-Genesius-Rode, Sint-Pieters-Leeuw, Tervuren, Wezembeek-Oppem en Zaventem. Als belangrijk aspect wil ik daarbij meegeven dat de patiënt of zijn omgeving de vraag moet stellen om naar een Nederlandstalig ziekenhuis vervoerd te worden. De toestand van de patiënt moet die afwijking toelaten en de afwijking kan enkel toegestaan worden indien de 112-dekking binnen de regio voldoende gegarandeerd blijft. Als dat niet het geval is, blijft de basisregel "dichtstbijzijnde ziekenhuis" van toepassing. Die maatregel kunnen we een afwijking noemen, maar dat vind ik een enigszins onheus woord, we kunnen spreken van een gunst. Het is geen absoluut recht voor de patiënt.

De mogelijkheid tot afwijking van de basisregel werd sinds 2021 stelselmatig in stelling gebracht en was eind 2022 rond. De communicatie daarrond is gelanceerd in maart 2023.

De vragen tot afwijking op basis van taal worden niet specifiek geregistreerd door de noodcentrales. Ik kan u dus geen exacte cijfers geven omtrent het aantal aanvragen tot afwijking op deze basis en omtrent het al dan niet toestaan van deze afwijking.

Ik kan u wel een overzicht geven van het aantal vervoeren naar het ziekenhuis vanaf de gemeente waarnaar we samen hebben gecommuniceerd. In 2020 werd in deze gemeente een patiënt in de helft van de gevallen naar een Nederlandstalig ziekenhuis gevoerd. In 2022 ging het om 52 % en tot 12 december 2023 om 54 %. Dat is dus een voorzichtige, maar wel stelselmatige toename.

Voor individuele gemeentes zien we significante verhogingen van percentage. In Wezembeek-Oppem gaat het om een stijging van 5 % in 2020 naar 6 % in 2022 en 13 % in 2023, dus toch wel een verdubbeling. In Hoeilaart gaat het om respectievelijk 13 %, 11 % tot 26 % in 2023. Ook in Overijse merken we een sterke toename van 18 à 19 % tot 33 %. In Tervuren gaan we van 48 % naar 57 %. In een aantal gemeenten waar men die afwijking mogelijk maakt – blijkbaar is dat goed toepasbaar en wordt dat ook gevraagd – ziet men dus duidelijk een effect op het terrein. Dat vind ik belangrijk.

Zoals ik heb uitgelegd naar aanleiding van het voorval in Roosdaal, speelt hier ook nog iets anders. U hebt dat ook gezegd. Het kindje is overleden en dan is de vraag hoe de procedure voortgaat. De ouders en grootouders hebben niet zozeer geklaagd over de medische behandeling, maar wel over de algemene aanpak en het gebrek aan communicatie en uitleg. Dat is nog een ander probleem dan de

vraag waarnaar de ambulance rijdt.

De regeling die we in Vlaams-Brabant hebben getroffen, is op zich wel goed, maar lost dat aspect niet helemaal op. Het ziekenhuis waarnaar het kindje is vervoerd, had hoe dan ook een verplichting om goed te communiceren in het Nederlands. We willen het ziekenhuis daarop aanspreken en ik heb daartoe de nodige initiatieven genomen.

23.03 **Katleen Bury (VB):** Mijnheer de minister, ik zie ook dat u ermee inzigt. We zijn beiden van Vlaams-Brabant, waar die problematiek zich, in tegenstelling tot andere provincies, wel afspeelt. Mensen hebben het dus moeilijk om zich daar iets bij voor te stellen, want in Limburg of in Antwerpen kunnen mensen zich in hun eigen taal uitdrukken op een moment waarop men vaak moeilijk uit zijn woorden komt. Het is verschrikkelijk om zich niet in de eigen taal te kunnen uitdrukken wanneer men in paniek is, maar in de Vlaamse Rand is dat wel de realiteit. De cijfers stijgen, maar hallucinant kan men dat niet noemen. Heel veel zaken scoren nog maar net 50 % of zitten er nipt onder. Als mensen weten dat ze de mogelijkheid hebben, vragen ze uiteraard naar een Nederlandstalig ziekenhuis zodat ze rustig kunnen vertellen wat er gebeurd is en welke gevolgen dat voor hen heeft.

Mijn tweede vraag heb ik gekoppeld aan het voorval met de baby, dat op het moment van indiening van deze vraag nog niet had plaatsgevonden. Het is super dat u het ziekenhuis hebt aangesproken, maar kan men dat niet meer afdwingen? Er is toch een taalkader dat gerespecteerd moet worden. Het zou in de toekomst onmogelijk moeten zijn dat mensen geen degelijke uitleg krijgen over wat er met de patiënt gebeurd is. Dat hebt u immers aan het einde van uw antwoord aangehaald.

Er is nog een andere problematiek. We weten namelijk dat we nooit al die mensen in Nederlandstalige ziekenhuizen krijgen, maar dan moeten die Franstalige ziekenhuizen maar voor tolken of voldoende Nederlandssprekend personeel zorgen. Dan zal niet voor elke arts gelden, dat weet iedereen. Er moeten wel taalopleidingen worden gegeven zodat men over een basiskennis Nederlands beschikt. Dat is toch een minimum aan respect indien er gevoelige zaken uitgelegd worden. Het is daarom cruciaal dat er een minister van Volksgezondheid met zijn vuist op tafel slaat en zegt dat de ziekenhuizen ervoor moeten zorgen dat hulpverleners die patiënten in zulke situaties in hun eigen taal kunnen helpen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

24 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vergoeding van zelftesten" (55040424C)**

24 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des autotests" (55040424C)**

24.01 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, de zelftesten in de publieke officina worden niet meer terugbetaald vanaf 1 januari 2024, als gevolg van het ondertekenen van het koninklijk besluit tot intrekking van het koninklijk besluit van 22 december 2020. Vanaf nu zal de zelftest dus niet meer worden terugbetaald aan mensen met een verhoogde tegemoetkoming.

Ik wil u erop wijzen dat wij in de kerstvakantie opnieuw een aantal covidhaarden hebben gehad. Heel wat patiënten komen toch naar de officina om een zelftest te kopen. Die zelftesten zijn inderdaad veel goedkoper dan in het begin van de crisis, maar voor een patiënt met een verhoogde tegemoetkoming is het verschil er nog altijd. Die betaalt nu meer dan 1 euro.

Ik kan begrijpen dat u in het najaar de beslissing hebt genomen om die vergoeding stop te zetten, maar hoe evalueert u de impact van de stopzetting van de terugbetaling op de toegankelijkheid van zelftesten voor het publiek, zeker vandaag wanneer het rioolwater heel erg aanduidt dat er covidhaarden bestaan? Zijn er alternatieve maatregelen of voorzieningen die worden overwogen om toch in een vergoeding te voorzien als blijkt dat het voor de patiënt allemaal een beetje duur wordt?

Wordt er een communicatiestrategie ingezet? Ik heb tijdens de kerstvakantie, zoals gewoonlijk, ook gewerkt in de apotheek en merk immers dat de patiënt hiervan eigenlijk nog niet op de hoogte is en dat die echt wel schrikt dat hij nu de volle pot moet betalen voor de zelftesten. In deze periode van familiefeesten komen mensen immers net wat vaker om een zelftest. Hebt u signalen ontvangen die

erop wijzen dat de intrekking van het KB een beetje voorbarig was?

24.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik denk dat we het wel eens zijn – het is natuurlijk hout vasthouden, we moeten zeer waakzaam blijven, want er gaat veel virus rond – dat de eigenlijke crisissituatie waarbij onze ziekenhuizen gebukt gingen onder een zeer zware last door COVID-19 nu gelukkig voorbij is. Dat is de reden waarom we op een bepaald moment hebben gezegd dat we een aantal interventies niet meer zouden doen. Ik kom straks bij een aantal andere argumenten.

De recentste gegevens inzake verstrekkingen die we hebben verricht, hebben betrekking op de maand mei 2023. Het aantal terugbetaalde testen in die maand bedroeg nog 25.616. In januari 2022 ging het over een miljoen. We zaten dus met een duidelijk gedaalde vraag op dat moment.

De prijs van die zelftesten is, zoals u zelf ook hebt gezegd, zeer sterk gedaald sinds de invoering van de tegemoetkoming. Die ligt nu dicht in de buurt van de persoonlijke bijdrage van patiënten met een verhoogde tegemoetkoming. Om die reden lijkt het niet langer nodig dat de verzekering bijdraagt in de kosten daarvan. Het is nu redelijk goedkoop geworden. Moeten we daarin blijven tussenkomen? Dat is de budgettaire afweging die de regering heeft gemaakt.

Welke impact heeft dat? Vermits de prijs van de zelftesten sterk is gedaald, denken we dat de impact op patiënten toch redelijk beperkt is. De zelftesten blijven natuurlijk beschikbaar voor patiënten in publieke apotheken en grossisten tegen een redelijke prijs, zoals ik heb gezegd. De apothekers en de mutualiteiten werden over deze nieuwe maatregel geïnformeerd. De communicatie op de website van het RIZIV is ook aangepast.

We hebben daar dus gedaan wat we op ons niveau konden doen. Ik kan mij indenken dat er individuele mensen zijn die verrast zijn door het feit dat het niet meer wordt terugbetaald, maar op ons niveau hebben we gedaan wat we moesten doen op het vlak van communicatie.

24.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Wat u zegt, is een beetje zuur, mijnheer de minister. Het verschil is niet zo groot. Het gaat om 2 of 3 euro. Wij hebben hier al discussies gevoerd, bijvoorbeeld over supplementen bij bepaalde nomenclaturen, waar 2 of 3 euro supplement wordt aangerekend, waarbij u zei dat voor kwetsbare patiënten 2 of 3 euro gigantisch veel geld is. Als wij met de 2 of 3 euro die u bijlegt voor 25.000 testen kunnen voorkomen dat van de meest kwetsbare bevolking ouderen zo ziek worden dat er een hospitalisatie aan gekoppeld is, meen ik dat wij farmaco-economisch correct denken. U, als economist, moet dat toch beamen?

Ik begrijp dat de beslissing genomen is. Ze is budgettair in orde, u gaf het zelf aan. Er wordt niet voorzien in middelen voor mensen die zich willen beschermen en die zich voor ze naar hun oma gaan, die kwetsbaar is, eerst willen testen. Maar in deze periode, waarin men ziet dat het aantal infecties weer oploopt, en men met een kleine financiële ingreep kan voorkomen dat mensen ziek worden, begrijp ik niet dat u, als socialist, die maatregel intrekt en er niet flexibel mee omgaat.

Ik herinner mij dat ik u de vraag heb gesteld over het testen bij de apothekers, en de terugbetaling ervan. Ik heb u toen gevraagd of het flexibel is. U hebt daarop geantwoord dat het flexibel is. Wel, hier mis ik die flexibiliteit. Precies in die feestperiode, wanneer mensen samenkomen en preventief een test willen uitvoeren, zorgt u ervoor dat kwetsbare patiënten 2 of 3 euro per persoon moeten neerleggen om zichzelf te testen. Als het om een gezin van vijf gaat, spreken wij over 10 tot 15 euro. Ik meen dat dit een verschil kan maken in bescherming.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55040436C de Mme Laurence Zanchetta est transformée en question écrite. La question n° 55040445C de Mme Catherine Fonck est reportée.

25 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rescEU-project" (55040448C)**

25 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le projet rescEU" (55040448C)**

25.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dit is een vervolgvraag op een vraag die ik u eerder heb gesteld over het rescEU-project van Europa, dat aan Movianto werd toegewezen.

Kunt u verduidelijken waaraan de 350.000 euro werd besteed waarvoor ik geen verklaring vind in de facturen die ik bij u opvroeg? Er was al 1,1 miljoen besteed en u hebt mij via mail facturen bezorgd die ongeveer 750.000 euro verklaren, maar iets meer dan 350.000 euro blijft onverklaard. Is het misschien de firma Deloitte, die ook wordt vernoemd in het kader van dit project, die deze facturen heeft uitgeschreven?

Ik krijg ook graag meer duidelijkheid over het marktonderzoek. U geeft in uw gunningsverslag aan dat er een marktonderzoek is gebeurd bij zes verschillende instanties, maar uw leidend ambtenaar zegt net het tegenovergestelde. Hij zegt dat hij rechtstreeks heeft gebeld met Movianto. Ik heb hier uw antwoord op mijn vragen van 18 november, het gunningsverslag dat u mij op 9 november hebt gegeven en een verklaring van uw ambtenaar.

U hebt mij ook gezegd dat u mij enkel de mail van 24 maart 2022 kunt bezorgen over het rescEU-project. In het licht van de openbaarheid van bestuur zou het maar rechtvaardig zijn dat u alle mails en alle communicatie, via welke drager dan ook, aan het Parlement ter inzage bezorgt. Transparantie is heel belangrijk en het rescEU-project is toch een project van 1,3 miljoen euro. Het is heel belangrijk dat wij de nodige communicatie hierover tussen uw FOD en Movianto kunnen inkijken.

25.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, in antwoord op uw eerste vraag kan ik meegeven dat voor de financiering van de rescEU-hub voor Oekraïne België een subsidie van de Europese Commissie ontvangt. Deze subsidie dekt honderd procent van de opslag en de logistieke en personeelskosten. Tot nu toe ontving België 1.100.000 euro aan subsidies.

In oktober 2023 werd reeds 750.000 euro gefactureerd. Dat betekent dat op dat moment nog een bedrag van 350.000 euro overbleef voor lopende werkzaamheden tot het einde van het project, normalerwijze voorzien voor februari 2024. Daarmee kunnen alle voorziene kosten gedekt worden.

Het in uw vraag van oktober 2023 genoemde bedrag van 1,4 miljoen euro wijst dan weer op de actuele marktwaarde van alle donaties en goederen die in het voorbije jaar aan Oekraïne werden geschonken en door middel van tien gecoördineerde transporten naar de *civil protection hubs* werden gevoerd.

In uw tweede vraag vroeg u of ik u kan verduidelijken of er marktonderzoek is geweest. Er werd een marktonderzoek verricht bij de hiernavolgende firma's: Kuehne+Nagel, DHL, Pharma Logistics, Ziegler Group, H.Essers, Van Moer Logistics en Movianto, die allemaal op 4 maart 2022 voor het eerst werden benaderd.

Uw derde vraag ging over het mailverkeer. U verwijst nu zeer uitdrukkelijk naar uw recht als burger om op basis van de openbaarheid van bestuur documenten te krijgen. Ik wil daar graag aan voldoen, maar ik zou toch voorstellen dat u mij eerst schriftelijk of per mail een vraag stelt, waarbij u mij heel uitdrukkelijk vraagt om als burger – in uw hoedanigheid van parlements lid hebt u ter zake geen ander recht dan eender welke andere burger – in het kader van de openbaarheid van bestuur bepaalde documenten te verkrijgen. U omschrijft precies waar de vraag op slaat. Ik zal ze dan juridisch laten bekijken. Dat hoeft niet eindeloos lang te duren, maak u daarover geen zorgen. Ik wil echter wel juridisch bekijken hoe ik aan de verplichtingen voldoe die de wetgeving inzake openbaarheid van bestuur mij oplegt. Misschien moet u de vraag aan mijn administratie richten. Dat is nog beter. Op die manier kan een antwoord worden gegeven dat aan onze juridische verplichtingen beantwoordt.

25.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, die vraag zit allang in de mailbox van uw FOD, maar ik heb nog geen antwoord gekregen, zoals wel vaker gebeurt. Het zal ook aan de Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten gevraagd worden. Het is echt een slakkengang om als parlements lid informatie van uw administratie te krijgen.

Eigenlijk is het zeer eenvoudig, het gaat over transparantie. U zegt opnieuw dat er een marktonderzoek is gebeurd en dat de firma's op 4 maart 2022 zijn benaderd. Op 6 april 2022 is de gunning toegewezen door Europa. Dat zal dus wel een zeer vluchtig marktonderzoek geweest zijn. U geeft mij echter geen verklaring hoe het komt dat uw topambtenaar zelf beweert rechtstreeks gebeld te hebben met Movianto in het kader van dit project. Dat was toen er ook een andere gunning liep. Ik neem aan dat u dat weet.

Daarom is het heel belangrijk dat ik inzage krijg in de communicatie tussen uw FOD en de firma omtrent dit rescEU-project.

U hebt ook niet geantwoord op de vraag hoe het zit met de facturen van Deloitte in het kader van het rescEU-project. Ik heb in de kerstvakantie verklaringen van u doorgenomen, antwoorden van u op vragen van mij. U gaf aan dat er ook consultants van Deloitte aan dit project werken. Ik zie die niet in de facturen. Factureert Movianto dan door of stort het door aan Deloitte? Het is allemaal een beetje warrig.

Mijnheer de minister, het goede nieuws is dat er nog enkele vragen over dit project op de agenda staan. Wij komen hier dus op terug.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55040457C de Mme Catherine Fonck est reportée.

26 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van de regeringsaanpak van de coronacrisis door de OESO" (55040463C)**

26 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation par l'OCDE de l'approche gouvernementale de la crise du coronavirus" (55040463C)**

26.01 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Het OESO-rapport stond in de laatste week voor het kerstreces online. Daarin worden een aantal aspecten van de aanpak van de coronacrisis onderzocht, maar zeker niet alles. Het is nochtans van belang dat zoveel mogelijk aspecten goed worden doorgelicht, net omdat er lessen te trekken zijn, zodat we ons beter kunnen wapenen in de toekomst.

Het rapport maakt ook niet duidelijk wat de federale regering zal doen om ervoor te zorgen dat we de volgende keer beter voorbereid zullen zijn. Het rapport blijft ook vrij oppervlakkig. Zo werd er bijvoorbeeld niet onderzocht wat precies het gevolg is geweest van de trage opschaling van de testcapaciteit. Ook werd niet onderzocht wat de impact was van de ontbrekende strategische stock of van het ontbreken van een pandemieplan. Er werd evenmin onderzocht wat nu het nut is geweest van het CST (Covid Safe Ticket), waarover toch heel wat debat is geweest. Er werd weliswaar ingegaan op de noodzaak aan transparantie van data en heldere communicatie, maar er wordt dan weer niet geduid wat de gevolgen daarvan zijn geweest voor het beleid. Ook weten we niet wat de precieze gevolgen waren van de vertraging door de vele ad-hocorganen, die onduidelijke bevoegdheden hadden, waardoor er heel wat geharrewar is ontstaan. Ook is er niet ingegaan op de verschillen in mortaliteit in de verschillende ziekenhuizen. We weten ook nog steeds niet hoeveel zorgverstrekkers eigenlijk getroffen werden door corona. Het rapport brengt dus al bij al weinig nieuws, het bevestigt vooral wat we al wisten.

Heeft het rapport voor u iets nieuws opgeleverd? Zo ja, wat is dat dan?

Zult u verder onderzoek laten verrichten rond zaken als de teststrategie, het ontbreken van de strategische stock, de niet-transparante communicatie, de niet-transparante besluitvorming, de verschillen in ligduur en mortaliteit, het aantal getroffen zorgverleners, het feit dat de normale crisiscascade niet werd gevolgd, het ontbreken van een pandemieplan en de impact van al die aspecten?

Op welke manier zult u garanderen dat geen enkel aspect onbelicht of onderbelicht blijft?

Welke concrete acties zullen worden verbonden aan de bevindingen van het OESO-rapport? Waar kunnen we die terugvinden?

26.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, uw vraag veronderstelt een zeer lang antwoord, maar ik zal heel synthetisch zijn.

Vooreerst, u vindt dat het rapport oppervlakkig is en weinig nieuws brengt. Ik nodig u uit om dat aan de vertegenwoordigers van de OESO zelf te zeggen. Zeg hun dat in hun gezicht. Ik hoop dat zij eens door

het Parlement zullen worden uitgenodigd. Als u vindt dat het allemaal prulwerk is, gelieve dat aan hen te zeggen en te kijken wat zij daarvan denken. Zo klinkt het eigenlijk een beetje, eerlijk gezegd.

Ik denk dat het een zeer interessant rapport is, omdat het systematisch gegevens op een rij zet. Wij worden ook vergeleken met heel wat andere landen op een heel breed palet van beleidsproblematieken. Het rapport gaat over de economische en sociale maatregelen van de regering. Er is een heel hoofdstuk over onderwijs. In dat hoofdstuk over onderwijs ziet men bijvoorbeeld waar ons land zich situeert in vergelijking met andere landen inzake schoolsluitingen. Men ziet ook commentaar die bijzonder nuttig is en overigens ook positief is over de manier waarop de ministers van Onderwijs zich hebben georganiseerd en over de samenhang tussen hen. Men ziet kritische commentaren over bepaalde aspecten van het gebeuren in de scholen en over de economische maatregelen die de federale regering heeft genomen. Dat is dus allemaal bijzonder interessant, omdat het ook zeer breed gaat. Het was een brede crisis die de samenleving echt zwaar op de proef heeft gesteld en wij krijgen hiermee nu een zeer breed rapport waarin wij over al die dimensies ook internationale vergelijkingen krijgen, ook inzake mortaliteit bijvoorbeeld. Het zint u misschien niet dat wij hier niet per se overal slecht uitkomen, maar het is wel een objectief rapport.

Wij kunnen zeer veel leren uit het rapport. Het rapport zegt duidelijk dat wij in het begin onvoorbereid waren en dat de besluitvorming in het begin daardoor ook niet gemakkelijk verliep. Van een fase waarin er weinig consistentie was en een soms chaotische besluitvorming, zijn wij geleidelijk geëvolueerd naar een coherenter besluitvorming, waarbij ook met name in de tweede fase van de crisis duidelijk politiek leiderschap is getoond. Dat is een vaststelling van de OESO, die niet onkritisch is, maar ik wil persoonlijk vermijden om dat helemaal ten kwade te duiden van de vorige regering, die als eerste werd geconfronteerd met covid. Dat gebrek aan voorbereiding en soms een behoorlijk chaotische besluitvorming heeft men in alle landen wel gezien.

Een conclusie daaruit die wel getrokken wordt door de OESO, is dat wij in ons land nood hebben aan samenwerking over grenzen van disciplines, maar ook over grenzen van bevoegdheden heen. Wat het economisch aandeel betreft, beklemtoont de OESO bijvoorbeeld zeer sterk dat samenhangende en uniforme maatregelen belangrijk zijn voor heel België in een dergelijke situatie. U kunt daarvoor of daartegen zijn, ik geef het even mee, daar spreek ik mij zelfs niet over uit.

Wat ik wel deel uit het OESO-rapport, is de oproep tot samenwerking over alle bevoegdheidsniveaus heen in een dergelijke situatie. Meer in het algemeen, een zeer belangrijke les uit heel die episode is voor mij dat wij eigenlijk door de schok van de covidcrisis spontaan veel meer zijn gaan samenwerken met de deelstaten en de federale overheid, bijvoorbeeld in een zeer geslaagde vaccinatiecampagne, denk ik te mogen zeggen, met veel dank aan de collega's van de regionale overheden en ook aan de vele vrijwilligers en professionals die daarin meegedraaid hebben. Die samenwerking was buitengewoon belangrijk. In een geest van geïntegreerde zorg, ook buiten de context van een crisis, moeten we die samenwerking volgens mij doorzetten.

Men geeft duidelijk aan dat we goed gestroomlijnde structuren nodig hebben. Dat streven we na met ons werk aan het preparednessplan. U weet dat de Europese Commissie ook gevraagd heeft om een *generic preparedness plan* klaar te hebben. Dat moest in december ingediend worden en dat hebben we gedaan. Al vaak heb ik u gezegd dat een dergelijk plan niet zwart-wit is, aan zo'n plan wordt voortdurend gewerkt. Op het niveau van de FOD zal het belangrijke directoraat-generaal Preparedness and Response worden opgericht, maar ook heel belangrijk is dat er ondertussen een zeer vlotte en bijna dagdagelijkse samenwerking en dialoog bestaat met de beleidsmensen van de deelstaten, bijvoorbeeld in de RMG, maar ook op andere niveaus. Dat is erg belangrijk om de machine gesmeerd te houden, als ik dat zo mag uitdrukken.

In grote snelheid overloop ik enkele andere punten. Wat de strategische stock betreft, zijn we al geruime tijd geleden echt goed in gang geschoten. We hebben een zeer gedetailleerd voorstel van strategie omtrent de strategische stock voorgelegd in de federale regering. We zijn dat voorstel helemaal aan het implementeren. Dat vraagt wat tijd. We steken daar ook extra geld in. Het was inderdaad nodig om te komen tot een echt beleid inzake de strategische stock.

Het is belangrijk dat het beleid inzake strategische stock zijn plaats van governance vindt in het nieuwe directoraat-generaal Preparedness and Response. We zullen daar ook een permanente cel voor de strategische stock installeren.

Over de teststrategie hebben we al vaak discussies gevoerd. Ik onderstreep dat we onze teststrategie als zodanig overigens ook hebben laten evalueren door het ECDC. Dat is nuttig geweest. Op een bepaald moment vroegen de collega's in de IMC hiernaar. Er is dus niet alleen de review van de OESO, maar ook het ECDC heeft zich over onze teststrategie gebogen.

Het is inderdaad een heel belangrijke les dat men over een sterke *surge capacity* inzake testing moet beschikken. We zitten op kruissnelheid, wat de ontplooiing van de surveillance betreft. Dat is natuurlijk ook een onderdeel van het verhaal.

Mevrouw Gijbels, we zouden hier nog heel lang kunnen spreken, maar ik beperk mij tot nog een algemene opmerking. De conclusie is niet alleen dat de overheid paraat moet kunnen ageren. Daar maken we werk van en volgens mij op een zeer consistente manier. De conclusie is ook dat in het gezondheids- en gezondheidszorgsysteem voldoende moet worden geïnvesteerd en dat noodzakelijke hervormingen moeten worden doorgevoerd. Het is belangrijk dat het systeem veerkrachtiger wordt. Voor mij is dat de missie.

We zullen daar trouwens over van gedachten wisselen in Parijs op 23 en 24 januari tijdens een belangrijke ministeriële conferentie in OESO-verband over de veerkracht van onze gezondheidszorgsystemen en over de lessen die we uit de covidcrisis trekken. Ik zal die conferentie mogen voorzitten.

We trekken voor heel wat punten lessen uit het rapport. Hoe dan ook nodig ik u en het Parlement uit om de verantwoordelijke van de OESO daarover aan de tand te voelen en het aan te geven indien u het niet goed vindt.

26.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, voor alle duidelijkheid, ik denk niet dat het OESO-rapport een slecht rapport is. Het is erg kritisch. Daarvoor is het wel nodig die 300 pagina's te lezen. Zoals u al aangaf, is het een erg breed rapport, waardoor het wat diepgang ontbeert. Mijns inziens hebben we de kans verkeken en hebben we te lang gewacht om in de diepte te gaan en de verschillende deelaspecten van de aanpak van de crisis goed te analyseren. Ik maak graag de vergelijking met Nederland, waar de verschillende deelaspecten al in het begin van de crisis stuk voor stuk aan bod kwamen. In het rapport wordt ook melding gemaakt van een gebrek aan verantwoording door de regering tijdens de covidcrisis. Dat zijn erg belangrijke boodschappen, maar die worden alleen duidelijk door een volledige lezing van het rapport.

Mijnheer de minister, ik heb de indruk dat de regering erop heeft gerekend dat de meeste mensen dat rapport niet volledig zouden lezen. De persconferentie en de samenvatting van het rapport weerspiegelen niet de inhoud ervan. Ik vind het dus erg jammer dat er aan cherrypicking wordt gedaan en dat men eruit haalt wat wel goed is gegaan, want dat is eigenlijk niet zo belangrijk. Het gaat me er ook niet om de vorige regering met de vinger te wijzen, dat doet niet ter zake. Het is echter voor de burgers, ons nageslacht en de volgende regeringen belangrijk dat men lessen trekt voor de toekomst en dat men die lessen verankert. Er mogen geen taboes zijn en we moeten niemand met de vinger wijzen. Daar is niemand bij gebaat. Het is belangrijk om lessen te trekken uit dat rapport en dat wordt veel te weinig gedaan. Ik had veel concretere stappen verwacht. Ik kijk wel uit naar het pandemieplan, het preparednessplan. Ik had gehoopt dat dat er al zou zijn.

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

27 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De praktijkassistent" (55040475C)

27 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'assistant de pratique" (55040475C)

27.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, praktijkassistent is een nieuw paramedisch beroep dat onder de MUG-wet zou vallen. De praktijkassistent kan worden tewerkgesteld in een huisartsenpraktijk of in een ziekenhuis, om er technisch ondersteunende medische taken uit te voeren, bijvoorbeeld veneuze bloedafnames bij personen die ouder zijn dan 5 jaar, verschillende staalafnames of het maken van elektrocardiogrammen, naast administratief werk.

Volgens een recent advies van de Federale Raad en de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen zijn er nogal wat kanttekeningen te maken bij deze nieuwe beroepsgroep. Vooral de korte opleidingsduur maakt dat het volgens de FRPB-TCPB moeilijk zal zijn bepaalde voorziene handelingen uit te voeren. Zo is men bezorgd of er voldoende basiskennis zal zijn om de parameters juist af te nemen en om bloedafnames te kunnen doen. Ook was het blijkbaar niet duidelijk welke zorgberoepen precies kunnen delegeren naar een praktijkassistent. Vandaar de volgende vragen.

Welk gevolg hebt u gegeven aan de adviezen van de FRPB-TCPB? Werden alle adviezen opgevolgd? Ik krijg graag een overzicht van de doorgevoerde wijzigingen.

Waarin verschilt een praktijkassistent van een basisverpleegkundige? Waarom meent u dat er nog een extra zorgprofiel noodzakelijk is? Kunnen de beoogde taken niet door basisverpleegkundigen worden opgenomen?

Welke handelingen mag een praktijkassistent uitvoeren? Bestaat er een beschrijving van?

Wanneer wordt de publicatie van de uitvoeringsbesluiten verwacht?

27.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik heb beloofd dat ik zou antwoorden, maar ik moet bekennen dat ik de voorbereiding op dat antwoord niet bij heb. Ik zal dus uit mijn hoofd en in grote lijnen moeten antwoorden.

Wij hebben inderdaad verschillende adviezen gekregen en we hebben geprobeerd om een pragmatische oplossing te vinden voor een paramedisch profiel waarvoor geen heel lange en uitgebreide scholing nodig is, omdat men dan volgens ons een beetje het doel mist. Er is natuurlijk een heel groot verschil tussen een basisverpleegkundige en iemand die praktijkassistent zal zijn volgens dit profiel. De praktijkassistent zal een rol spelen in de administratie en logistiek, niet-medische handelingen dus, maar wel met kennis van zaken over de werking van een artspraktijk of ziekenhuis.

Hij zal ook in eenvoudige contexten welbepaalde technische handelingen kunnen stellen, maar heel beperkt. Dat is heel verschillend van wat een basisverpleegkundige kan. Een deel van het debat over de basisverpleegkundige gaat ook over de noodzakelijke autonomie die we aan een basisverpleegkundige willen geven om zelfstandig te kunnen optreden in een breed domein. Dat is heel verschillend en gaat veel breder dan wat een praktijkassistent zal doen.

Ik denk dat het goed is dat men in een leerladder kleine stapjes voorziet, waarbij mensen kunnen toetreden met een niet al te omvangrijke leerinspanning, maar toch een bepaalde kwalificatie kunnen verwerven en de smaak te pakken kunnen krijgen in een welbepaald beroep in een welbepaalde sector en daarna misschien bijkomend willen leren. Ik ben een groot voorstander van dat zalmpincipe, van het omhoog kruipen op een ladder waarvan de sporten niet te ver uiteen staan.

Ik heb ook het gevoel dat het voorstel dat wij hebben gedaan heel sterk beantwoordt aan wat een grote groep huisartsen wenst. Het is geen geheim dat wij ons sterk hebben laten inspireren door bijvoorbeeld professor-emeritus Jan De Maeseneer en het werk dat hij daarrond heeft verricht vanuit zijn kennis van de huisartsgeneeskunde, maar ook door andere mensen. Ik denk dat wat we voorzien heel sterk beantwoordt aan de behoeften van de huisartsen. Als we op het vlak van kwalificaties veel hoger zouden hebben gegrepen, dan zaten we veel dichter in de buurt van een basisverpleegkundige. Dan weet ik niet waarom er dan ook nog een onderscheid met een basisverpleegkundige zou moeten worden gemaakt. Ik denk ook niet dat we het veld zouden hebben verruimd.

De timing van de uitvoeringsbesluiten ken ik niet direct uit mijn hoofd, maar ik hoop natuurlijk dat we die allemaal zo snel mogelijk zullen hebben gepubliceerd.

U weet dat het veld in Vlaanderen zich reeds organiseert voor opleidingen. Het is belangrijk dat die mensen niet alleen informeel, maar ook formeel weten wat het profiel is. Ik geloof zeer sterk in dat laagdrempelige profiel, dat geen zeer uitgebreide scholing vraagt. Zo kan men die mensen de smaak geven van werken in de zorg.

27.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben ook grote voorstander van die leerladder.

Als die dan perspectief kan bieden om verder te studeren, eens ze de smaak te pakken hebben, is dat een goede zaak. Het is wel belangrijk om dat onderscheid heel scherp te stellen en om duidelijk te maken wat dat pakket precies inhoudt, want het is misschien ook gewoon door de onduidelijkheid – voorlopig nog – dat er wat ongerustheid is.

Ik lees dat bepaalde staalnames, bloednames en elektrocardiogrammen ook zouden worden toevertrouwd aan de praktijkassistenten. Dat veronderstelt toch een bepaalde medische of paramedische scholing. Ik vroeg mij in die zin af waar men de grens legt en wat dat pakket van die praktijkassistenten precies zal inhouden.

Ik kijk uit naar de uitvoeringsbesluiten. Ik zal u hierover desgevallend verder vragen stellen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.46 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 46.