

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 30 JANVIER 2024

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 30 JANUARI 2024

Namiddag

Le développement des questions commence à 15 h 04. La réunion est présidée par M. Roberto D'Amico.

De behandeling van de vragen vangt aan om 15.04 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Roberto D'Amico.

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

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

01 **Samengevoegde vragen van**

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De neuropsychiaters '760'" (55040316C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geschrapte terugbetaling van door neuropsychiaters voorgeschreven logopedieverstrekingen" (55040323C)

01 **Questions jointes de**

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les neuropsychiatres '760'" (55040316C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La suppression du remboursement de prestations de logopédie prescrites par des neuropsychiatres" (55040323C)

01.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, een aantal neuropsychiaters heeft ontdekt dat hun RIZIV-nummer, dat eindigt op 760, sinds 1 mei 2023 geen recht meer geeft op vergoeding van beoordelingen en voorschriften van logopedie. Logopedie wordt voorgeschreven in tal van neurologische situaties, onder andere na beroerte, bij de ziekte van Parkinson, voor postneurochirurgische zorg. Zowel neuropsychiaters als logopedisten vragen zich af wat achter deze beslissing zit.

Welke redenen zitten er achter deze beslissing?

Hoe en wanneer werden de betrokkenen op de hoogte gesteld van deze beslissing?

01.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, certains neuropsychiatres ont découvert que depuis le 1er mai 2023, leur numéro Inami se terminant par 760 ne permet plus à leurs patients de bénéficier du remboursement des évaluations et des prescriptions de logopédie par l'assurance maladie. Certains précisent qu'ils n'ont pas reçu d'information directe de la part de l'INAMI au préalable à ce sujet. Or, la logopédie est prescrite dans de nombreuses situations neurologiques: séquelles d'AVC, maladie de Parkinson, problèmes neuropsychiatriques avec troubles du langage, soins post-neurochirurgicaux,...*

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes:

- *Pourriez-vous nous éclairer quant à justification de cette décision?*
- *Quelles sont les économies estimées et engrangées suite à cette décision?*
- *Est-ce que cette mesure avait fait l'objet d'une concertation avec les acteurs concernés? Si oui, laquelle? Si non, pourquoi?*
- *Comment expliquez-vous que certains médecins concernés n'aient pas été informés de ce*

changeement?

01.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Op 1 mei 2023 werden verschillende wijzigingen aangebracht aan de lijst van voorschrijvers voor terugbetaalbare logopedische behandelingen. Het is een van de vele nomenclatuuraanpassingen inzake logopedie op die datum. Die aanpassing werd uitgewerkt door de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen op basis van voorstellen van de werkgroep van die commissie rond de hervorming van de nomenclatuur. In die werkgroep en in de commissie zitten vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties van logopedisten en van verzekeringsinstellingen. Vertegenwoordigers van andere disciplines nemen daar niet aan deel, in tegenstelling tot transversale projecten, waarbij verschillende sectoren wel formeel zijn betrokken. Dit was een aanpassing waaraan geen budgettaire impact was gekoppeld.

Er is echter wel een probleem. U hebt dat probleem hier aangekaart. Tijdens een vergadering van de Overeenkomstencommissie van 7 december 2023 hebben de beroepsorganisaties van logopedisten het probleem zelf op tafel gelegd. De leden erkenden dat neuropsychiaters nog altijd bevoegd zijn om logopedie voor te schrijven voor patiënten met chronische spraakstoornissen. Om de continuïteit van terugbetaalbare, kwaliteitsvolle zorg te garanderen zal de Overeenkomstencommissie spoedig een voorstel uitwerken tot wijzigen van de nomenclatuur die neuropsychiaters toelaat terugbetaalbare logopedische verstrekkingen voor te schrijven voor patiënten met chronische spraakstoornissen. Indien mogelijk zal die maatregel ook met terugwerkende kracht in werking treden op 1 mei 2023.

De wijziging van de logopedische nomenclatuur is zoals gebruikelijk gepubliceerd en gedocumenteerd op de website van het RIZIV in de rubriek gewijd aan de logopedische nomenclatuur. Het is een goede opmerking en indien mogelijk, wordt het met terugwerkende kracht rechtgezet.

01.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik ben blij dat men u op het probleem heeft gewezen. Het is echter wel een bizarre situatie. De betrokken doelgroep wist van niets. Dat vind ik zeer bizar. Ze zijn niet mals voor u. Ze spreken over een puinhoop. Het ondermijnt specialisten in de ogen van patiënten. Ook de betrokken patiënten zijn verrast. Niemand wist van iets.

Ik ben blij dat u zegt dat er wordt bekeken of dit kan worden teruggeschroefd. We zullen dit met argusogen verder opvolgen.

01.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous allez donc corriger neuf mois plus tard. On peut quand même se demander comment nous nous sommes retrouvés dans cette situation. Vous décidez de supprimer l'accès à la prescription de logopédie pour certains spécialistes, sans même les avoir ne fût-ce qu'écoutés trente secondes ni même consultés. Ce choix a été formé sur la base de la Logomut, même si je ne sais pas si c'est ainsi que je dois la dénommer. En tout cas, je ne suis pas sûre que les logopèdes aient mené un combat pour empêcher les neuropsychiatres de prescrire de la logopédie. Bref, je vous avoue ne pas comprendre. C'est extrêmement irrespectueux. J'espère que la mal n'est pas fait, parce que je crains que certains patients aient changé de médecin, faute de pouvoir continuer le même suivi.

Pour les neuropsychiatres, reconnaissons que c'est une gifle qui leur a été infligée, même si l'on corrige après coup. En effet, vous savez très bien que ceux qui disposent d'un numéro INAMI 760 ne sont plus très nombreux et que cette spécialisation connaît une pénurie. Je trouve incroyable que vous rectifiez cette erreur neuf mois après!

Corrigez surtout et adressez vos plus vives excuses aux intéressés. Et puis, par ailleurs, évitons de répéter une aussi mauvaise péripétie. Sincèrement, ce qui s'est passé me semble inacceptable et incompréhensible.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de **Catherine Fonck** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La modernisation de la définition de l'art infirmier" (55040322C)

02 Vraag van **Catherine Fonck** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De modernisering van de definitie van de verpleegkunde" (55040322C)

02.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, depuis le dépôt de ma question, des éléments supplémentaires sont survenus qui nous replongent une petite année en arrière dans les débats que nous avons tenus ici sur un de vos projets de loi concernant l'assistant en soins infirmiers (ou l'infirmier de base en néerlandais).

Lors des discussions, j'avais plaidé auprès de vous pour que nous soyons sûrs que l'infirmier responsable des soins généraux soit toujours bien celui qui, sur la base de son jugement clinique, détermine le projet de soins infirmiers et les situations dans lesquelles l'infirmier de base peut agir.

J'avais exprimé combien la loi me semblait nébuleuse et posait problème quant aux fameuses situations moins complexes et celles plus complexes.

En septembre 2023, vous avez publié un arrêté royal. En outre, il semblerait que vous finalisiez un nouveau projet de loi qui sera de nature à poser les mêmes questions et les mêmes problèmes que ceux que j'avais soulevés il y a un an.

Vous savez maintenant qu'un recours devant la Cour constitutionnelle a été déposé par les infirmiers pour les mêmes questions que j'avais mises en avant voici un an.

Monsieur le ministre, allez-vous encore consulter les praticiens? Prendrez-vous la mesure des éléments importants qui concernent avant tout la qualité des soins aux patients et celle des soins infirmiers dans cette réforme des soins infirmiers ainsi que de toutes les questions problématiques par rapport à la manière avec laquelle l'assistant en soins infirmiers pourra ou non prendre des décisions autonomes et dans quelles situations?

Les deux projets de loi seront-ils corrigés? Quelles sont les concertations menées ou encore prévues avec les infirmiers?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, le projet de loi auquel vous faites référence concerne plusieurs points.

Le premier élément est une adaptation de ce que l'on entend par l'exercice de l'art infirmier. Une telle adaptation est nécessaire afin de reconnaître la pratique réelle des infirmiers dans notre système des soins de santé ainsi que de permettre de nouvelles évolutions dans la profession en vue de la revaloriser.

Un deuxième élément consiste en l'adaptation de l'article sur l'infirmier de pratique avancée. Une telle adaptation est nécessaire pour reconnaître non seulement la fonction de praticien de l'infirmier de pratique avancée mais aussi la fonction axée sur le développement de l'expertise en soins infirmiers, à savoir la fonction de clinicien.

Un troisième élément consiste en l'introduction de la possibilité de délégation à d'autres professions de soins de santé par l'infirmier ou l'infirmière responsable des soins généraux au sein d'une équipe de soins structurée.

Ce projet de loi a été soumis à consultation publique entre le 24 novembre et le 8 décembre 2023. Cette consultation a été faite dans le cadre de la loi du 23 mars 2021 relative à un examen de proportionnalité préalable à l'adoption ou à la modification d'une réglementation de profession dans le secteur de la santé. Mon cabinet a également rencontré les organisations professionnelles infirmières dans le cadre de cette consultation.

Nous avons reçu près de 600 réactions à ce projet, dont plus de la moitié émanait du secteur infirmier. Toutes les organisations professionnelles représentant les infirmiers n'expriment pas les mêmes demandes. Il y a des différences de vue, des nuances dans la profession. Mais mon cabinet les a analysées et a formulé plusieurs propositions de modification. Ceci a été important en vue du débat qu'on a eu au sein du Conseil des ministres sur la première lecture de ce projet. Des adaptations ont été faites et j'espère que, lors du débat que l'on aura sur ce projet au sein de cette Assemblée, vous apprécierez la façon dont on a tenu compte de toutes ces réactions.

02.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous ne m'avez pas appris grand-chose.

Comme je vous l'ai dit, les infirmiers ont intenté un recours devant la Cour constitutionnelle pour ce qui concerne la loi du 28 juin 2023. Les choses étaient pourtant déjà annoncées. Souvenons-nous ici de tous les débats que nous avons eus. Tous les partis de la majorité avaient suivi comme un seul homme, alors que les problèmes étaient déjà bien présents. Je les avais exprimés à plusieurs reprises. À ce sujet, pas un mot de votre part dans la réponse. Je prends note. Je suis curieuse de voir ce nouveau projet de loi. Mais ce que j'entends à ce stade, c'est que les problèmes restent pleins et entiers. Je sais qu'il y a d'autres aspects dans ce projet de loi, sur l'évolution de la profession, sur l'infirmier de pratique avancée et sur la délégation, mais je persiste et je signe. Je verrai dans les textes. Je pense que vous devez mieux écouter et mieux prendre la mesure de ce qui est rapporté par les infirmiers, pour la qualité et l'organisation des soins. Je vous remercie.

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

03 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Snelpe** aan **Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)** over "**Het DG Paraatheid en Respons inzake Noodsituaties op Gezondheidsgebied**" (55040419C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)** over "**Het directoraat-generaal P&R**" (55040875C)

03 Questions jointes de

- **Dominiek Snelpe** à **Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)** sur "**La direction générale Préparation et réaction aux crises sanitaires**" (55040419C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)** sur "**La direction générale P&R**" (55040875C)

03.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, de coronacrisis heeft heel wat problemen blootgelegd of uitvergroot, niet het minst bij de organisatie van de overheid. Na een analyse besloot men om ook de structuren van de FOD Volksgezondheid aan te passen. Zo kondigde men de oprichting aan van een specifiek directoraat-generaal Health Preparedness and Response Planning binnen de FOD Volksgezondheid. Het gaat dus om een interne reorganisatie voor een betere aanpak van het crisisbeheer met de oprichting van een apart directoraat met een eigen directeur-generaal. Het directoraat zal onder meer de RMG, een deel van B-FAST en de strategische stock coördineren, maar ook alles wat met dringende geneeskundige hulpverlening te maken heeft, zoals de spoedgevallen-diensten, de kritische infrastructuur en de 112-centrale. Volgens Dirk Ramaekers, voorzitter van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid, wordt het een krachtig directoraat met de ambitie om duidelijk visibel te zijn.

Eind juni 2023 stelde Dirk Ramaekers dat de vacature voor directeur-generaal "binnenkort verschijnt om eind dit jaar van start te gaan". Het ging dus over eind 2023. Ondertussen is het jaar 2023 om en zijn we al een maand gevorderd in 2024. Toch zien we bij het organogram van de FOD nog geen verwijzing naar het nieuwe directoraat-generaal.

Zal dat dit jaar nog van start gaan? Zo ja, wanneer? Zo nee, wanneer dan wel en vanwaar deze vertraging?

De ambtenaar die in opspraak is gekomen naar aanleiding van Medistagate zou genoemd worden als kandidaat voor de functie van directeur-generaal bij dat DG. Klopt dat?

Werd de vacature voor directeur-generaal ondertussen reeds ingevuld? Hoeveel kandidaten waren er en hoeveel doorliepen succesvol de procedure?

Is de vacature tijdelijk on hold gezet?

Ik had dus graag een stand van zaken in dit dossier gekregen.

Le **président**: Où est Mme Depoorter?

03.02 Frieda Gijbels (N-VA): Ik heb een berichtje gestuurd naar mevrouw Depoorter. Zij is er, maar ze is hier blijkbaar nog niet geraakt.

Le **président**: Je vais attendre quelques secondes. Monsieur le ministre, voulez-vous bien attendre encore? Sinon, la question n° 55040875C de Mme Depoorter sera sans objet, étant donné qu'elle est jointe.

03.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: De vragen zijn eigenlijk dezelfde, dus ik kan al antwoorden op die van mevrouw Sneppe. Dan heb ik eigenlijk ook geantwoord op die van mevrouw Depoorter. De vragen zijn zeer gelijklopend.

Ten eerste, het nieuwe directoraat-generaal is van start gegaan conform de planning. In juli werd in nauwe samenwerking met en met input van de diverse medewerkers en leidinggevendenden het nieuwe functionele organigram ontwikkeld. In september werd het managementteam aangeduid door het directiecomité van de FOD. Vanaf oktober ging het nieuwe directoraat-generaal intern operationeel van start. Diverse dossiers werden reeds transversaal over de diverse diensten heen behandeld. Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan het technische organigram, opnieuw in overleg met de medewerkers en de stakeholders. Tegen ten laatste eind januari zal het gefinaliseerd zijn.

Er is voor geopteerd om de externe communicatie over het directoraat-generaal synchroon met de aanstelling van de directeur-generaal van het directoraat-generaal te doen.

Ten tweede, de selectieprocedure voor de functie van directeur-generaal van het DG Preparedness and Response loopt nog. De procedure wordt georganiseerd door de FOD BOSA, maar er wordt niet gecommuniceerd over de lopende selectieprocedures noch over het aantal kandidaten. De betrokken ambtenaar heeft laten weten sowieso geen kandidaat te zijn.

Tot daar mijn antwoord. Daarmee antwoord ik ook op de vragen van mevrouw Depoorter, meen ik.

03.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, hoe zit het juist met de timing van de vacature van directeur-generaal? Hebt u er zicht op wanneer dat ongeveer zal worden gefinaliseerd?

03.05 **Minister Frank Vandenbroucke**: Neen, ik kan dat niet voorspellen.

03.06 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt net dat u niet kunt voorspellen wanneer er een directeur-generaal zal worden aanvaard of gezocht. Ik vind dat een beetje bijzonder, want uit de opgenomen verklaringen van een van uw ambtenaren die ik gezien heb komt duidelijk naar voren dat het de bedoeling was om klaar te zijn met de cel Preparedness and Risk tegen de start van het Belgisch voorzitterschap van de Europese Raad van ministers van Volksgezondheid. Dat was begin januari. Eigenlijk had u op 15 december al rond willen zijn met die procedure. Zo verklaarde uw ambtenaar toch in dat interview.

Ik kan nu alleen maar vaststellen dat u zegt aan de collega – want ik was even te laat om mijn vraag te stellen – dat u eind januari met een aantal zaken klaar zult zijn. Ik heb ook niet gehoord waarom deze procedure vertraagd is en wat de link dan is met de ambtenaar, van wie u aangeeft dat die geen kandidaat zou zijn voor deze functie.

Dat is allemaal een beetje bijzonder. Wij komen hierop zeker nog terug.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 **Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'introduction de nouveaux indicateurs relatifs à la prescription d'antibiotiques" (55040445C)**

04 **Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De invoering van nieuwe indicatoren inzake het voorschrijven van antibiotica" (55040445C)**

04.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a envoyé une lettre aux médecins généralistes au sujet de l'introduction de nouveaux indicateurs dans le cadre de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.*

Il s'agit d'indicateurs de déviation des bonnes pratiques médicales en vue de soutenir les médecins généralistes dans une prescription efficace des antibiotiques et de réduire les prescriptions inutiles, objectif que nous soutenons complètement. Ces indicateurs ont été définis par le conseil national pour la promotion de la qualité.

On peut lire dans le courrier que l'évaluation se passe en plusieurs phases: Dans les 6 mois, tous les généralistes recevront leur position par rapport aux indicateurs; Un an après la publication de ces statistiques, une évaluation aura lieu et les médecins généralistes dont les chiffres dépasseront les indicateurs seront contactés par le SECM pour obtenir une explication. En fonction de la situation, le SECM prendra "des mesures proportionnelles telles qu'une sensibilisation, un avertissement ou une action de contrôle".

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous transmettre les statistiques concernant les médecins généralistes en termes de prescriptions d'antibiotiques?

Que signifie l'expression "une action de contrôle"? Est-ce que des sanctions sont possibles pour les outliners dont l'explication est jugée insatisfaisante par le SECM? Si oui, lesquelles?

Comment garantir la collaboration des "outliners" si le SECM endosse à la fois les fonctions d'évaluateur et de contrôleur? Que pensez-vous de la proposition du GBO de faire appel à des pairs proposés par le CNPQ lors de l'évaluation et de limiter le rôle du SECM à la phase de contrôle?

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: J'ai une réponse avec des formules mathématiques, des tableaux, des graphiques, que je vous transmettrai.

Chaque dispensateur concerné par les nouveaux indicateurs du CNPQ recevra du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI dans un délai de six mois après la publication de l'indicateur un état des lieux personnalisé de sa situation avant la publication – c'est la *baseline*. Le détail des chiffres utilisés dans le cadre des indicateurs mentionnés se trouve dans les annexes 2 et 3 du dossier "Proposition CNPQ 2023/SECM/001" sur le site web de l'INAMI.

Lorsqu'un indicateur a été fixé par le CNPQ, il est publié au Moniteur belge et sur le site web de l'INAMI. L'objectif est alors d'informer les dispensateurs de soins sur l'indicateur adopté. Si, après une période déterminée, un indicateur n'est pas respecté par certains dispensateurs de soins, la SECM peut leur écrire pour les avertir et les informer des conséquences possibles. La priorité est ici de mettre l'accent sur la prévention par l'information et la sensibilisation des professionnels concernés.

Le principe de base reste que les dispensateurs de soins doivent s'abstenir de réaliser ou de prescrire des soins superflus ou inutilement onéreux pour l'assurance soins de santé. Le non-respect d'un indicateur peut constituer selon les cas une violation de l'article 73bis, 4°, 5°, 6° et 8°, de la loi SSI et donner lieu à l'établissement d'un procès-verbal de constat d'infraction. Ce procès-verbal de constat est ensuite soumis au fonctionnaire dirigeant du SECM ou à la chambre de première instance si la valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35 000 euros. Dans un cas comme dans l'autre, la procédure est contradictoire et permet aux dispensateurs de soins concernés de fournir leurs moyens de défense.

Les mesures possibles liées à une telle infraction sont énumérées à l'article 142, §1^{er}, 4°, 5°, 6° et 8°, de la loi. Il s'agit, selon le type d'infraction, d'un remboursement de prestations indûment facturées et/ou d'une amende administrative.

L'article 139, 2°, a), de cette loi précise que le service est chargé d'évaluer les prestations de l'assurance soins de santé sous l'angle des dispositions de l'article 73 sur la base des indicateurs de déviation manifeste par rapport aux recommandations de bonne pratique médicale visés à l'article 73, § 2. Toutes les actions d'inspection du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), qu'il s'agisse d'une sensibilisation, d'un avertissement ou d'un procès-verbal de constat, sont précédées d'une analyse. Le SECM réalise notamment des analyses de risques systématiques concernant chaque domaine des soins de santé pour lesquels il est compétent. Si d'autres acteurs proposent des analyses, le SECM les prendra en compte. Néanmoins, ce service ne se limitera pas à des actions d'inspection uniquement basées sur les analyses de tiers.

La lutte contre l'*inappropriate care* requiert beaucoup d'actions de différents acteurs. Le Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ) a établi les trois indicateurs relatifs à la prescription d'antibiotiques lors de sa session plénière du 27 juin de l'année précédente. Le représentant du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO) était présent lors de cette plénière et n'a formulé aucun commentaire à cet égard.

04.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous partez du principe que, comme le représentant du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO) n'a rien dit à ce sujet lors de cette réunion, il a validé cette décision. Je suis interpellée par les réactions que je reçois quant au fait qu'il n'y aurait pas eu de dialogue ou de discussion avec les médecins généralistes à ce sujet. C'est interpellant, mais c'est aussi dommage, parce que l'enjeu est de tenter d'en faire un combat commun afin de réduire les prescriptions d'antibiotiques inutiles, pas que pour des questions de coûts, mais surtout dans le cadre de la problématique de l'antibiorésistance, qui doit tous nous inquiéter. L'enjeu de sensibiliser et d'entraîner l'adhésion des médecins généralistes est pour moi un élément majeur si nous voulons en faire un succès.

Par ailleurs, vous faites aujourd'hui endosser au Service d'évaluation et de contrôle médicaux à la fois le volet de l'évaluation et celui du contrôle. N'aurait-il pas été beaucoup plus intéressant, pour éviter les tensions inutiles et tenter d'en faire un projet commun et positif face à un objectif de santé publique majeur, de travailler sur l'évaluation et la sensibilisation avec le Conseil national pour la promotion de la qualité, et de limiter le rôle du Service d'évaluation et de contrôle médicaux à la phase de contrôle?

Je pense que cela pourrait être beaucoup plus porteur. Je ne sais pas s'il subsiste de la marge pour clarifier le rôle des uns et de autres, mais tentons d'en faire un projet positif et commun en matière de santé publique, contre la résistance aux antimicrobiens. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le livre blanc pour éliminer les cancers liés au HPV" (55040457C)

05 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het witboek om HPV-gerelateerde kankers uit de wereld te helpen" (55040457C)

05.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, des spécialistes belges ont dressé un état des lieux et ont formulé des recommandations en vue d'éliminer les cancers liés au HPV, dans un livre blanc. Parmi les recommandations des auteurs de ce livre blanc, on retrouve: (1) L'administration généralisée de la vaccination contre les HPV: d'une part, la vaccination initiale établit une protection à long terme contre les HPV, réduisant ainsi le risque de tout cancer associé aux HPV. D'autre part, il est important d'administrer la vaccination de rattrapage jusqu'à l'âge de 26 ans et de vacciner les groupes immunodéprimés; (2) Le dépistage optimal du cancer de l'anus et du col de l'utérus: leur détection précoce conduit à des interventions efficaces qui préviennent la progression vers une maladie invasive et, en fin de compte, augmentent les taux de survie; (3) La collecte et l'analyse de données sur la couverture vaccinale: la participation au dépistage et la prévalence de la maladie aident à évaluer l'impact du programme et à prendre des décisions éclairées; (4) La mise sur pied d'un registre de vaccination unique, à savoir un registre du cancer et de vaccination en concordance.*

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes: Avez-vous pris connaissance de ce livre blanc et des recommandations qu'il contient? Allez-vous mettre ces points à l'agenda de la CIM Santé? Comptez-vous suivre ces recommandations?

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je considère la lutte contre les cancers liés aux HPV comme une priorité pour la santé publique. Ce sujet est discuté régulièrement dans le cadre du groupe de coordination Politique interfédérale Prévention, l'intercabinets Prévention, dans l'objectif de mettre en place une stratégie commune et efficace pour lutter contre les cancers liés aux HPV.

Afin de souligner l'importance accordée à ce sujet, il est pertinent de rappeler la décision de la CIM, prise lors de sa réunion du 6-7 décembre 2022 de passer de la cytologie au dépistage primaire du papillomavirus pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. À l'intérieur de l'intercabinets Prévention,

un groupe de travail spécifique dirigé par Sciensano et constitué des représentants des administrations compétentes ainsi que des experts scientifiques en la matière, a été créé pour se consacrer spécifiquement à ce sujet. Les propositions formulées par ce groupe de travail se basent sur les données scientifiques les plus récentes et le Livre blanc, que vous mentionnez dans votre question, a été également analysé. La vaccination, le dépistage précoce et la collecte des données sont en effet des éléments-clé dans la lutte contre les cancers liés aux HPV. Les actions relatives qui pourraient être mises en place sont donc discutées au sein de l'intercabinets Prévention dans l'objectif de formuler les propositions de solution les plus adaptées à notre pays et sur lesquelles un accord entre les différents niveaux de pouvoir peut être trouvé.

Des propositions sont soumises à la CIM lorsque ces conditions sont remplies. J'ai ici quelques éléments sur l'état actuel du dépistage, car il faut implémenter ce qui a été convenu. Il y a eu un groupe de travail Biologie clinique, dont les débats ont été conclus. Les biologistes cliniciens et les anatomopathologistes ont formulé, comme vous le savez, nombre de remarques. Les discussions sont aujourd'hui clôturées.

Le conseil médical technique se penchera sur la question le 6 février. Nous espérons que Médicomut en discutera le 12 février et, si tout se passe bien, que le Comité de l'assurance de l'INAMI statuera le 19 février, tout ceci dans le but de rendre opérationnelle la nouvelle stratégie de dépistage.

05.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, ce n'est pas la première fois que je vous interpelle sur les cancers liés au papillomavirus, car nous sommes en mesure d'éradiquer le cancer du col de l'utérus et de faire sensiblement reculer les cinq autres cancers également liés au papillomavirus. Je trouve qu'on perd un temps précieux et que le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus en Belgique est trop faible. Vous avez décidé, à juste titre, d'une nouvelle stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus mais, en même temps, depuis décembre 2022, soit plus d'un an, cette stratégie n'a toujours pas été mise en œuvre.

Par ailleurs, nous observons des taux bien trop faibles pour ce qui est de la vaccination contre le papillomavirus, à tout le moins en Wallonie et à Bruxelles, mais malgré les recommandations du Centre fédéral d'expertise (KCE), qui datent maintenant d'il y a plusieurs années, tant pour la vaccination de rattrapage jusqu'à 26 ans que pour la vaccination des patients HIV ou les patients transplantés, pour lesquels on sait qu'il est majeur de vacciner compte tenu des risques nettement plus élevés qu'ils présentent de développer un cancer, j'ai beau vous interpeller pour qu'on puisse enfin autoriser le remboursement de vaccins pour ces différentes catégories, je n'obtiens jamais de réponse, ou alors on me dit que cette vaccination n'est pas utile.

On perd en fait des générations qu'on ne protège pas. Dès lors, là où nous disposons de leviers puissants pour éradiquer ou faire reculer ces types de cancer, nous perdons un temps précieux. Puis-je vous rappeler que le plan de lutte contre le cancer date de 2009. Nous sommes aujourd'hui en 2024 et ce plan n'a toujours pas été ajusté. Je vais m'arrêter là, même si je pourrais en parler pendant une demi-journée tellement tout cela m'interpelle. Il faut vraiment qu'on se bouge, vraiment. Merci.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verschillen in conventiegraad van kinesitherapeuten" (55040518C)

06 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les différences de taux de conventionnement des kinésithérapeutes" (55040518C)

06.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, al eerder hebben we de sterke regionale verschillen in de conventiegraad van kinesitherapeuten besproken. In Vlaanderen is 57 % geconventioneerd, terwijl in Wallonië 88 % geconventioneerd is – een verschil van 30 % – en in Brussel 72 %. Een percentage van minstens 60 % is nodig om van een conventie te kunnen spreken en dat halen we alleen omdat het landelijke gemiddelde wordt bekeken. Louter in Vlaanderen wordt het vereiste conventiecijfer stricto sensu immers niet meer bereikt.

Mijnheer de minister, hoe komt het dat er zulke grote verschillen in conventiegraad bestaan tussen de verschillende gewesten? Eerder ondervroeg ik u daarover al en u gaf toen aan dat u de verschillen zou

laten onderzoeken. Van dat onderzoek heb ik verder niets meer vernomen. Is dat onderzoek ondertussen van start gegaan? Hoe werd dat onderzoek opgezet, of met andere woorden, wat is de vraagstelling? Wanneer verwacht u de resultaten?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de conventiegraad en ook het verschil in conventiegraad over regio's en leeftijdsgroepen is ook voor mij een belangrijk aandachtspunt. Het probleem van een dalende conventiegraad doet zich overigens niet alleen bij de kinesitherapeuten voor. De verzekeringsinstellingen hebben het wel nuttig geacht om de enquête bij de actieve kinesitherapeuten uit te breiden naar andere zorgverstrekkers. De enquête heeft als doel de redenen van conventionering of deconventionering te achterhalen. Die oefening is nog niet afgerond. De oefening heeft ook betrekking op de lopende reflectie over het conventiemodel en waaromtrent ik verwacht dat het RIZIV, zeker tegen de volgende legislatuur, voorstellen zal voorbereiden.

Met de kinesitherapeuten is, zoals u weet, een nieuwe overeenkomst tot stand gekomen op 14 december voor de jaren 2024 en 2025. Na goedkeuring door de ministerraad en publicatie in het *Belgisch Staatsblad* reken ik er eigenlijk op dat de toetredingscijfers beter zullen zijn dan onder de vorige overeenkomst.

We doen immers een belangrijke inspanning voor de kinesitherapie, waarbij ook de honoraria worden aangepast voor heel wat prestaties. Dat laat kinesitherapeuten die geconventioneerd zijn en die conventietarieven toepassen toe om hun inkomenssituatie te verbeteren. Ik denk dat dit ook nodig was en ik hoop dat dit de balans in de overwegingen die kinesitherapeuten maken meer doet overhellen richting conventionering. Dat levert hun immers ook andere en belangrijke voordelen op.

06.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, dat die enquête puur gaat over het waarom van het niet toetreden tot het akkoord, vind ik wat teleurstellend. Ik denk dat we allemaal wel weten waarom er een hoge deconventiegraad is, namelijk omdat de tarieven niet toereikend zijn. Ik denk dat degenen die wel nog zijn toegetreden dat vooral doen om hun patiënten te sparen, omdat die anders 25 % van de terugbetaling zouden mislopen. Dat is nog altijd een heel oneerlijke situatie en er bestaat nog altijd een heel oneerlijke verhouding tussen de overheid en de kinesisten.

Ik had gehoopt dat u zou onderzoeken of er misschien ook hier en daar achterpoortjes worden gebruikt. Dat is immers het gerucht dat ons bereikt, dat in sommige gevallen aan die ontoereikende tarieven wordt verholpen door bijvoorbeeld niet-medische prestaties aan te rekenen boven op de officiële tarieven. Ik had gehoopt dat u daarnaar zou kijken. Ik heb al eerder laten vallen dat dit een mogelijke piste is en dat wordt ook door de beroepsverenigingen aangekaart.

Mijnheer de minister, leg uw oor daar toch nog eens te luisteren. Als er wetgeving is, zou die immers op zijn minst voor iedereen moeten gelden. Iedereen gelijk voor de wet. Bovendien geeft het ook een heel vertekend beeld van de conventiegraad als men op die manier achterpoortjes gebruikt om de regels te omzeilen.

06.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Misschien hebt u dat al eerder gezegd, maar als u aanduidingen hebt van praktijken die u niet koosjer vindt, dan mag u mij dat altijd laten weten.

06.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijs u graag naar de beroepsvereniging Axxon. Ik denk dat zij u echt wel te woord kunnen staan wat dat betreft.

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

07 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Agamree" (55040573C)**

07 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'Agamree" (55040573C)**

07.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, op 18 december 2023 heeft Agamree goedkeuring gekregen binnen de Europese Unie voor de behandeling van Duchennepatiënten vanaf vier jaar, ongeacht de onderliggende mutatie of de fase van de ziekte. Agamree, ook bekend als vamorolone, is een ontstekingsremmend middel dat tot doel heeft het beloop van de ziekte van

Duchenne te vertragen. Het vertoont gelijkenissen met prednison en deflazacort, maar belooft minder bijwerkingen te hebben. Recent onderzoek bij jongens met Duchenne heeft aangetoond dat Agamree vergelijkbare effecten heeft, maar zonder de ernstige bijwerkingen op de botten en de groei, bekende complicaties van prednison. Aangezien de langetermijneffecten van Agamree nog niet volledig zijn vastgesteld, zal het farmaceutisch bedrijf Santhera verdere onderzoeken uitvoeren om hier meer inzicht in te verkrijgen.

Bent u op de hoogte van de goedkeuring van Agamree binnen Europa op 18 december? Wat zijn de eerste bevindingen met betrekking tot de effectiviteit en veiligheid die u al hebt kunnen vernemen?

Kunt u toelichten welke stappen de overheid zal nemen om ervoor te zorgen dat Agamree toch toegankelijk zou zijn voor patiënten met Duchenne?

Hoe denkt de overheid de betrokkenheid van de patiëntenorganisaties te blijven bevorderen bij de verdere implementatie en bevordering van een product als Agamree, gezien hun essentiële rol in de financiering van vroegefasestudies en de succesvolle uitvoering van de klinische trials?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De vergunning voor het weesgeneesmiddel Agamree is door de Europese Commissie toegekend op 14 december. De goedkeuring van de Europese Commissie berust op het advies gegeven door het Committee for Medicinal Products for Human Use. Dit comité evalueert de kwaliteit, de doeltreffendheid en de veiligheid van het geneesmiddel op basis van een wetenschappelijk onderbouwd dossier. Het feit dat een goedkeuring werd gegeven, betekent dat de baten-risicobalans van het geneesmiddel in zijn beoogde indicatie en voor de beoogde patiënten positief is.

Het is de houder van de vergunning voor het in de handel brengen die beslist wanneer het geneesmiddel in de verschillende EU-landen gecommercialiseerd zal worden en die in functie daarvan de noodzakelijke aanvragen voor prijs en terugbetaling indient bij de bevoegde autoriteiten.

Ons land kent een aanbodgestuurd systeem wat betreft eventuele terugbetaling. Dat houdt in dat fabrikanten aanvragen indienen voor terugbetaling. De firma die verantwoordelijk is voor het geneesmiddel, dient de aanvraag in bij de bevoegde commissie. Wanneer het geneesmiddel nog niet gecommercialiseerd zou zijn in België maar wel in andere landen, kan het door een apotheker worden ingevoerd, op basis van een verklaring van een arts.

Dan kom ik aan de derde vraag. Het correcte en veilige gebruik van een geneesmiddel wordt opgevolgd door de bevoegde autoriteiten, onder andere het FAGG, volgens de geldende farmacovigilantiwetgeving. Specifiek voor dit geneesmiddel wordt een additionele monitoring voorzien, zoals opgenomen in het *risk management plan*. Dat zal via het PRAC, het Pharmacovigilance Risk Assessment Committee, binnen het Europees Geneesmiddelenagentschap opgevolgd worden. Waar nodig zullen patiëntenorganisaties ingeschakeld worden voor het correct uitvoeren van de acties opgenomen in dat *risk management plan*. De additionele monitoring includeert twee bijkomende studies. Patiëntenorganisaties kunnen een belangrijke rol spelen bij een succesvolle rekrutering voor deze studies.

07.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, die patiëntenorganisaties kunnen bij de rekrutering inderdaad een heel belangrijke rol spelen. U weet het, ons land is niet proactief in het zoeken naar patiënten voor klinische trials. Wij liggen daar een beetje achterop ten opzichte van andere Europese lidstaten. Het is belangrijk dat wij de patiënten die mogelijk geholpen zijn met een dergelijk innoverend geneesmiddel, ook effectief kunnen helpen.

Ik roep er dan ook toe op om, wanneer het komt tot die toegankelijkheid, sneller toegang te geven tot innoverende geneesmiddelen, ook in het kader van terugbetaling, wanneer de registratie in orde is, en om met een *pay for performance* te gaan werken zodat onze patiënten sneller toegang hebben tot medicatie, met blijvende toegang wanneer het blijkt te werken. Als dit laatste niet het geval is, moet er worden geresponsabiliseerd bij de firma zelf.

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

08 **Samengevoegde vragen van**

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het zorgtraject long covid" (55040574C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van het zorgtraject long covid" (55040594C)
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van longcovidpatiënten en de evaluatie van het zorgtraject" (55041027C)

08 **Questions jointes de**

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le trajet de soins pour le covid long" (55040574C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation du trajet de soins pour le covid long" (55040594C)
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge des patients atteints de covid long et l'évaluation du trajet de soins" (55041027C)

08.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, het duurde niet alleen lang vooraleer een traject werd opgezet voor longcovidpatiënten, het traject bleek ook weinig succesvol. Amper iets meer dan 1.000 patiënten hebben ervan gebruikgemaakt. Wellicht bestaan daarvoor verschillende redenen. Ook uit een recente studie van preventiedienst IDEWE kwam trouwens naar voren dat nauwelijks 1,4 % van de mensen met een corona-infectie langer dan twaalf weken met ziekteverlof was. De heer Lode Godderis van IDEWE stelt dat die resultaten aantonen dat mensen niet altijd een lang, intensief traject moeten volgen en dat heel wat mensen met voldoende rust en hulp van de huisarts er weer bovenop kwamen.

Wat is uw evaluatie van het beperkte succes van het zorgtraject voor personen met long covid?

Welke communicatie gebeurde ten aanzien van huisartsen en waarom werd het zorgtraject zo weinig voorgesteld aan patiënten?

Wat is uw evaluatie van de meerwaarde van het zorgtraject? Werd in de juiste behandelingen voorzien? Werd de selectie van het doelpubliek volgens u correct gedaan?

Hoeveel van de voorziene 7,1 miljoen euro werd niet gespendeerd?

Is er zicht op hoeveel mensen vandaag nog worstelen met long covid? Zo ja, hoeveel zijn het er? Welk aanbod wordt naar hen gedaan?

08.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, de problematiek is goed geschetst door mijn collega, dus ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Mijnheer de minister, het zorgtraject dat rond long covid werd opgestart, blijkt weinig succesvol te zijn geweest. Uit een analyse door het CEBAM/EBPracticeNet bleek dat het grote probleem was dat zorgverstrekkers niet op de hoogte waren van het bestaan van dergelijk zorgtraject (maar liefst 8 op 10 huisartsen waren niet op de hoogte).

Dat informatie moeilijk terug te vinden is op de talrijke websites over gezondheidszorg, werd door onze fractie al meermaals aangekaart. Het is dan ook één van de aanbevelingen om ervoor te zorgen dat informatie gecentraliseerd wordt en makkelijk toegankelijk.

Ook blijkt een pijnpunt de beperkte toegang (of de ontbrekende toegang) tot de medische dossiers.

Er is ook nog veel onduidelijkheid zichtbaar rond de diagnostische criteria en de gelijkaardigheid met andere aandoeningen.

Een andere aanbeveling betreft terughoudendheid met betrekking tot nieuwe zorgtrajecten en men geeft aan dat de bestaande zorgsystemen gewoon beter moeten worden benut.

Mijn vragen voor u:

Hoe groot was het startbudget en hoeveel rest er nog van dat budget?

Zijn er regionale verschillen in het gebruik van het zorgtraject?

Wat is uw bedoeling met betrekking tot dit zorgtraject? Zal u het stopzetten of doorzetten? Hoeveel patiënten werden ondertussen behandeld? Is er een schatting van het aantal long covid patiënten in België? Is er een meldpunt waar patiënten terecht kunnen? Hoe verhoudt zich dat tot het aantal long covid patiënten in andere landen? Hoe komt het dat huisartsen zo weinig long covid patiënten zien?

Wordt het aantal patiënten met gelijkaardige symptomen, zoals andere postvirale aandoeningen, maar ook chronisch vermoeidheidssyndroom en fibromyalgie opgevolgd in dit land? Is dat aantal toegenomen sinds de uitbraak van covid? Wat met de discriminatie in terugbetaling voor long covid patiënten, maar niet voor de anderen?

Hoe zit het met de tevredenheid en het behandelingsresultaat van het zorgtraject?

Op welke manier werden zorgverstrekkers geïnformeerd over het zorgtraject?

Geeft wetenschappelijke evidentie nog steeds aan dat dergelijk zorgtraject de beste optie is?

Zal er eindelijk werk worden gemaakt van heldere en laagdrempelige website waarop informatie voor zorgverstrekkers wordt gebundeld?

08.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, je souhaite attirer à nouveau votre attention sur la situation préoccupante des personnes souffrant de covid long en Belgique. Ces patient.e.s sont confrontés à un manque de reconnaissance, de soutien médical approprié et d'un parcours de soin pleinement adapté. Dans votre note de politique, vous soulignez que le trajet de soins fait actuellement l'objet d'une évaluation en raison du faible recours aux soins.*

La presse fait écho que certains patients sont suivis en unités psychiatriques en raison du manque de compréhension de leur maladie et de son origine. Les médecins, aussi, sont souvent mal informés sur le parcours de soins spécifiquement établi pour les covids longs, et, même pour les patients reconnus, le processus reste difficile.

Les efforts de recherche sur cette maladie se poursuivent partout dans le monde, notamment en Suède où des unités "Covid long" sont mises en place. En Belgique, la recherche reste sous-financée, des chercheurs, comme M. Johan Van Weyenbergh de la KULeuven qui a découvert un biomarqueur permettant de détecter 90 % des covids longs dans le sang, doivent se tourner vers la Suède pour poursuivre leurs recherches.

Entre 15 et 30 % des patients atteints de covid souffrent toujours de symptômes après plusieurs mois, avec des conséquences variables. Les femmes de plus de 40 ans représentent 66 % des patients.

Monsieur le ministre, avez-vous reçu l'évaluation du trajet de soins récemment mis en place au sein de l'INAMI? Comment entendez-vous soutenir la recherche en Belgique, notamment en tenant compte des découvertes de nos chercheurs? Envisagez-vous de vous inspirer des unités "Covid long" créées en Suède afin d'établir un protocole clair pour le diagnostic et la prise en charge des patients?

08.04 Minister Frank Vandenbroucke: *Mijnheer de voorzitter, ik kan mij niet herinneren of ik eerder al heb gereageerd op de vraag waarom de uptake van dat zorgtraject toch wel zeer beperkt is gebleven; ik heb dat niet in mijn voorbereiding zitten. Ik wil wel aangeven wat wij ermee gaan doen.*

Ik denk dat er nogal wat verschillende verklaringen voor die beperkte uptake zijn.

Een team onder leiding van Patrik Vankrunkelsven heeft een evaluatie gemaakt. Daar komen als redenen uit misschien een gebrek aan bekendheid en aarzeling bij huisartsen om erin te stappen wegens onzekerheid over wat zij moeten voorstellen dat nuttig is en werkt, hoewel er toch wel wat algemene indicaties bestaan over wat men kan doen om mensen te helpen. Er was waarschijnlijk dus een probleem van bekendheid en van aarzeling bij de huisartsen. Daarnaast waren er ook een aantal administratieve issues die huisartsen wat tegenhouden of, op zijn zachtst gezegd, minder enthousiast

maken om ermee aan de slag te gaan, en daar reageren wij ook op.

Ik ga nu in op uw vragen.

Het totale budget bedroeg 7,1 miljoen euro. De uitgaven van 2023 zijn nog niet bekend, alleen wat geboekt is tot en met september 2023. Dat gaat over 311.000 euro. Het is dus zeer beperkt qua *uptake*.

Er zijn momenteel geen cijfers bekend over hoeveel mensen vandaag nog worstelen met long covid, natuurlijk mede door het feit dat de diagnosestelling moeilijk is.

Er werd ook gevraagd naar regionale verschillen. Het zorgtraject werd het meest opgestart in het Vlaamse en het Waalse Gewest, respectievelijk 758 en 317 keer. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is het zorgtraject 39 keer opgestart.

Wat is nu de bedoeling? Het zorgtraject wordt voortgezet. Zelfs al is de *uptake* van het zorgtraject beperkt, het komt toch tegemoet aan een zekere patiëntenvraag. Het traject nu stopzetten of geen nieuwe patiënten meer toelaten, zou hun zorgvraag negeren, met het risico dat zij hun heil gaan zoeken in wetenschappelijk niet-gefundeerde behandelingen.

Uit een bevraging door het KCE van 2021 blijkt dat een hoog aandeel van de vereiste zorg voor long covid reeds is afgedekt door het gezondheidssysteem, alsook dat de meerderheid van de longcovidpatiënten hun interacties als bevredigend beschrijven. Dat is misschien nog een bijkomende factor waarom de opname veel minder is dan wij hadden gedacht: het KCE heeft dus een bevraging gedaan waaruit blijkt dat veel vereiste zorg gewoon al in het bestaande systeem is opgenomen. Het zorgtraject moet niet worden geactiveerd om de zorg te krijgen die wordt aangeraden. Voor een meerderheid van de longcovidpatiënten is dat bevredigend, maar niet voor allemaal. Omdat er duidelijk een bijkomende behoefte is, ondanks dat gegeven, moeten wij het zorgtraject doorzetten.

Er wordt bevestigd dat de huisarts de eerst aangewezen zorgverlener is voor de aanpak van longcovidpatiënten. Het zorgtraject is immers dienstig om de toepassing van de longcovidrichtlijnen in de dagelijkse praktijk te faciliteren. Het voorziet in specifieke oplossingen voor een aantal hinderlijke klachten en maakt het optimale behandeltraject transparant voor de patiënt. Het maakt het eveneens mogelijk patiënten te identificeren en op te volgen.

Op korte termijn, dus tegen de einddatum van 30 juni 2024, wordt het zorgtraject bijgestuurd, rekening houdend met de opgedane ervaring. Bijvoorbeeld, het multidisciplinair overleg, dat in de huidige overeenkomst strikt is geregeld, kan worden versoepeld en vereenvoudigd. De vergoeding ervan zou voor de huisarts kunnen worden opgenomen in een forfaitair bedrag bij het starten van het zorgtraject, zoals dat in andere zorgtrajecten van het RIZIV het geval is. De toegang van de patiënten inzake kinesitherapeutische, psychologische, neurocognitieve en ergotherapeutische ondersteuning moet volgens ons ook worden behouden. Op middellange termijn wordt de richtlijn geïntegreerd in beslissingsondersteunende tools in de software van de huisartsen. Dat zou ook een belangrijk positioneel element kunnen zijn.

U vraagt ook hoeveel patiënten ondertussen zijn behandeld. Tussen 1 juli 2022 en 30 juni 2023 is het traject 1.116 keer gestart.

Het is belangrijk dat bij een dergelijk zorgtraject zowel wordt gewerkt aan een zo veel mogelijk op evidentie gebaseerde optimale medische behandeling als aan het bevorderen van de levenskwaliteit en de integratie in de samenleving en het professionele leven van de patiënt.

De huisarts is de aangewezen spil in het zorgtraject, zij het in samenwerking met alle betrokken zorgverleners, ook zij die meer focussen op de arbeidsongeschiktheid respectievelijk arbeidsgeschiktheid.

U verwijst naar het chronischevermoeidheidssyndroom en fibromyalgie. Op langere termijn, dus de volgende legislatuur, is het de bedoeling om het te laten opgaan in een ruimer uit te werken zorgtraject voor mensen met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. Dan denken we inderdaad aan chronische vermoeidheid, fibromyalgie enzovoort, waarbij gelijkaardige klachten als long covid worden gemeld. Voorafgaand aan die verruimde aanpak wordt een richtlijn opgesteld, gesteund op alle

beschikbare evidentie. Het aantal patiënten met postvirale aandoeningen wordt niet opgevolgd in België door het RIZIV.

U stelt een vraag over de tevredenheid. In overeenstemming met de richtlijn van het Evidence Based Practice Net duurt het zorgtraject maximaal een jaar. Nadien is het aangewezen om de patiënt door te verwijzen naar de tweede lijn. Er is geen wetenschappelijk onderbouwde bevraging gebeurd naar de tevredenheid en het behandelingsresultaat van het zorgtraject.

Op welke manier werden zorgverstrekkers geïnformeerd over het zorgtraject? Alle betrokken partijen van de zorg en de wetenschappelijke organisaties waren vertegenwoordigd in de werkgroep om op de hoogte te zijn van de laatste wetenschappelijke literatuur teneinde het zorgtraject zo goed als mogelijk te kunnen uitwerken. De verschillende beroepsorganisaties hebben zich geëngageerd om verstrekkers met ervaring in de regio's of via website bekend te maken, maar elke verstrekker heeft slechts een beperkt aantal patiënten, zodat er geen lijsten van expertise beschikbaar zijn van huisartsen of andere verstrekkers ter ondersteuning. Het RIZIV zal bijkomende informatie over het zorgtraject aan de zorgverleners bezorgen, met inbegrip van de kernboodschappen in de richtlijn. Een professionele aanpak inzake de implementatie van een dergelijk zorgtraject, inclusief communicatie, sensibilisering, monitoring en evaluatie, moet bij de uitwerking van een dergelijk traject worden meegenomen.

U vraagt ook of de wetenschappelijke evidentie nog altijd aangeeft dat we hier de beste optie hebben genomen. Het is belangrijk om wetenschappelijke inzichten rond long covid verder te ontwikkelen. De fysieke, mentale en sociale gevolgen worden bijvoorbeeld bestudeerd in het COVIMPACT-project, waarover u meer informatie vindt via een link bij Sciensano. Het Federaal Kenniscentrum financiert drie klinische studies met betrekking tot locomotorische revalidatie, voeding en neurocognitief en emotioneel herstel.

Daarnaast worden wetenschappelijke inzichten, die zich wereldwijd ontwikkelen, ook in ons land nauw opgevolgd. In het kader van de zorgtrajecten is het ook nuttig om de data voor de monitoring en de evaluatie van de impact van de zorgtrajecten op de kwaliteit van de zorg en de gezondheidsuitkomsten voor de patiënten te verzamelen.

U vraagt of er werk zal worden gemaakt van heldere en laagdrempelige communicatie op de website. Ja, dat is belangrijk. Ik denk dat we de communicatie zo duidelijk en gestructureerd mogelijk op de website moeten weergeven.

08.05 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik denk dat de bekendheid van het hulptraject inderdaad een probleem is. Acht op de tien zorgverleners was niet op de hoogte van het bestaan van het zorgtraject. Daarom had ik graag gehoord dat er op het vlak van communicatie actie zou worden ondernomen. Huisartsen bleken ook niet echt overtuigd van het nut van het zorgtraject, maar ze volgden hun patiënten wel van nabij op, zoals u zei. Daarvoor hadden ze, naar hun zeggen, niet het tijdrovende en administratief belastende hulptraject nodig. Het klopt ook wel dat de lagere cijfers niet per definitie betekenen dat longcovidpatiënten aan hun lot worden overgelaten.

Uit een bevraging van de patiëntenvereniging blijkt ook dat slechts 16 % op een steekproef van 321 bevroegden zei dat hun arts zelf aangaf het zorgtraject op te starten. In andere gevallen kwam het voorstel van de patiënten zelf. Het traject werd slechts bij een heel klein deel van het lage aantal behandelde patiënten door de arts zelf voorgesteld.

Ik denk dus dat het noodzakelijk is dat het bij de huisartsen opnieuw onder de aandacht wordt gebracht.

08.06 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoorden. U had het over een aarzeling bij huisartsen om in dat traject te stappen, maar, zoals mijn collega ook al aangaf, dat was eerder omdat zij niet op de hoogte waren. In 80 % van de gevallen wisten de huisartsen niets van dat traject. Ik meen dat dit toch iets is om mee te nemen.

Informatie-uitwisseling, een heldere en aantrekkelijke website, peerreviews, dat zijn heel belangrijke zaken om de huisartsen voldoende te informeren. De huisartsen zijn de spil. U hebt heel terecht aangehaald dat zij verder kunnen verwijzen als dat nodig is.

Ik durf ook te pleiten voor een verdere inzet op wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaak van

dergelijke *sequellen* na virale infecties. Het kan alleen maar helpen bij gelijkaardige aandoeningen, zoals fibromyalgie of het chronischevermoeidheidssyndroom.

08.07 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Comme vous l'avez dit, pour de nombreux patients, le covid n'est pas une histoire ancienne: 10 % des patients souffrent toujours du virus dans sa forme persistante. C'est vraiment lourd dans la vie de tous les jours. Certains ont dû arrêter de travailler. Cela touche majoritairement des femmes de quarante ans puisqu'elles représentent 66 % des cas.

Je comprends que les séquelles sont toujours très différentes et qu'il est difficile d'établir un diagnostic. Ne serait-il dès lors pas temps, en plus de cette communication forte du trajet vis-à-vis des médecins généralistes, d'y consacrer un centre spécialisé ainsi que de renforcer la recherche? À ce jour, des chercheurs ont trouvé des marqueurs de covid long dans le sang. Cela pourrait faciliter le diagnostic et aussi permettre à plus de patients de bénéficier de ce trajet sans avoir des errances diagnostiques.

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

09 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rescEU-project" (55040588C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afwikkeling van het Moviantodossier en rescEU" (55040590C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De consultant" (55040599C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De openbare aanbestedingen" (55040601C)

09 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le projet rescEU" (55040588C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement du dossier Movianto et rescEU" (55040590C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le consultant" (55040599C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les marchés publics" (55040601C)

09.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in de commissievergadering van 7 oktober 2022 gaf u aan dat er 10 dossiers waren voor transport van medische goederen naar Oekraïne die de consultant aangeworven in het kader van het rescEU-project zou moeten afwerken. In uw antwoorden op mijn vragen tijdens de commissievergadering van 8 november 2023 gaf u aan dat er effectief 10 transporten zijn uitgevoerd. De begroting van dit project bedroeg 1,3 miljoen euro. Daarvan was 1,1 miljoen besteed. U hebt facturen voorgelegd voor 750.000 euro.

Kunt u mij bevestigen dat er dus tussen oktober 2022 en november 2023 geen extra dossiers meer bij kwamen in dit project?

Kunt u mij ook een tijdslijn met de taken en bestedingen van de consultant bezorgen? Hoeveel uur presteerde de consultant voor het rescEU-project en hoeveel voor de FOD, het beheer van de strategische stock en de vaccindistributie? Wordt hier een verrekening gemaakt?

Ik vroeg het mailverkeer en de communicatie via welke drager dan ook op in kader van de toewijzing van dit project. Hierover waren duidelijk gesprekken of onderhandelingen tussen Movianto en de FOD. U geeft aan dat u alleen de mail van 24 maart 2022 vrijgeeft. Graag had ik alle communicatie ontvangen.

Hoe kwam de profielomschrijving tot stand? Werd deze doorgegeven van de FOD aan Movianto in de maanden april en mei 2022, ter publicatie van de vacature? Wie voerde de gesprekken? Graag kreeg ik de verslagen van deze contacten.

Wie was de vertegenwoordiger van de FOD bij het sollicitatiegesprek dat gevoerd werd ter aanwerving van de consultant?

De ambtenaar die betrokken is in het dossier geeft aan geen marktonderzoek te hebben uitgevoerd. U verwijst in uw gunningsverslag naar een korte marktbevraging. U zegt dat er op 4 maart 2022 een telefoongesprek is geweest daaromtrent. Graag vraag ik de processen-verbaal van de meeting op.

Waarom werd de firma Medista, die op dat moment de logistieke partner van de FOD was, niet meegenomen in de bevraging?

U wijst in een van uw antwoorden op mijn vragen over dit rescEU-project erop dat Deloitte consultants levert aan het rescEU-project. Voor hoeveel heeft Deloitte hier gefactureerd? Graag had ik deze facturen ook ontvangen.

Klopt het dat er sprake is van communicatie van de ambtenaar van de FOD in kader van het rescEU-project via haar private e-mailadres? Kunt u dat bevestigen of kunt u dat formeel ontkennen? Welke conclusies en acties koppelt u hieraan?

Kunt u bevestigen dat de betrokken consultant in het kader van het rescEU-project zich te allen tijde aan de deontologische code hield? Ik heb u dat al gevraagd, maar ik had daar graag nog een bevestiging van gehad.

Kunt u bevestigen dat de betrokken consultant binnen het kader van het rescEU-project zich ook te allen tijde hield aan de noodzakelijke zakelijke geheimhouding? Is hierover een onderzoek gebeurd?

Naar de motivering heb ik al gevraagd.

U vermeldt dat u in het kader van artikel 42 meerdere ondernemers hebt gecontacteerd. Kunt u ons daarvan de exhaustieve lijst bezorgen?

Over de aanwerving van de consultant voor de FOD die betaald wordt via rescEU heb ik al verschillende vragen gesteld, maar er blijft een aantal zaken onduidelijk.

Op 22 maart 2022 gaf de Europese Commissie gunning voor het rescEU-project. De gunning werd gepubliceerd op 6 april 2022. Movianto werd 12.166 euro betaald voor het rekruteren van een consultant. Die consultant, zo verklaarde u in eerste instantie, zou niet werken voor het strategisch stockbeheer, noch voor de vaccindistributie. Naderhand kwam u daarop terug. Nu blijkt dat de consultant verschillende mails heeft ondertekend met het e-mailadres covid.vaccin@health.fgov.be. Ik stelde u de vraag of dat geen deontologische problemen zou kunnen veroorzaken of dat het zakelijk geheim niet geschonden zou kunnen worden, maar u hebt dat telkens ontkend.

In hoeverre, hoe en wanneer hebt u onderzocht of mijn vraag al dan niet terecht was? Wat was de conclusie hiervan en wat hebt u hiermee gedaan?

In hoeverre kunt u nagaan of er tijdens de zoektocht en de marktbevraging die zijn gebeurd bij de aanbesteding van de switch van vaccindistributeur, via andere dan de officiële kanalen contact was tussen de FOD en Movianto? Over de aanbesteding in de marge van het rescEU-project, bijvoorbeeld, kunnen er informele contacten zijn geweest.

Hebt u daarover een audit uitgevoerd? De contacten vonden plaats in de aanbestedingsprocedure, meer bepaald van december 2021 tot juni 2022. In hoeverre kunt u mij verzekeren dat er nooit enige aanwijzing naar prijsinformatie geweest is? Hebt u of heeft iemand van uw diensten daarnaar onderzoek gevoerd? Had u daarover een gesprek met uw ambtenaar?

Hoe selecteerde de FOD de firma's die in het marktonderzoek werden gecontacteerd? U hebt mij het marktonderzoek doorgestuurd en ik las dat een zestal firma's eraan deelnam. Ik wil echter graag weten op basis van welke criteria die firma's werden geselecteerd.

Kwamen er ook spontane aanmeldingen van organisaties die zich bereid verklaarden te helpen in de vaccinatiecampagne en de distributie dienaangaande, of die zich gepasseerd voelden na de

aanbesteding?

Werd op het moment van de switch rekening gehouden met de kostprijs van de verhuis van de ene naar de andere logistieke partner? Indien niet, waarom heeft dat geen deel uitgemaakt van de uiteindelijke afweging?

Werd op een bepaald tijdstip al dan niet overwogen om de farmaceutische groothandelaars mee te nemen in de distributie? Zo neen, waarom niet?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, op basis van de voorbereiding van de antwoorden op de verschillende vragen die ik heb gekregen, heb ik het antwoord georganiseerd in tien punten, waarna ik nog enkele bijkomende vragen zal beantwoorden.

Ten eerste, tussen oktober 2022 en november 2023 zijn zeven dossiers opgestart voor dit project. De tien donaties waarnaar verwezen werd op 7 oktober 2022 en de tien donaties waarvoor facturen overhandigd werden op 8 november 2023 zijn niet dezelfde donaties. In die periode zijn er donaties afgerond, afgezegd en bijgekomen. Ook op dit moment zijn nog enkele donaties lopende.

Ten tweede, u stelt twee vragen over de taken van de consultant. De consultant werkte voltijds voor het rescEU-project, behalve enkele uren ter ondersteuning van de andere taken van de dienst in 2022. De consultant heeft zich daarna gericht op de taken die verband houden met het rescEU-project. Het exact aantal gewerkte uren, zij het marginaal, voor diensten buiten het rescEU-project wordt momenteel geverifieerd in het kader van het financieel rapport van het project dat aan de Europese Commissie voorgelegd wordt.

Ten derde, u vermeldt een e-mail van 24 maart. De e-mail van 4 maart 2022 – en dus niet 24 maart – waarnaar u verwijst, heeft betrekking op het eerste contact met Movianto in het kader van het marktonderzoek. De volgende uitwisselingen ten tijde van de gunning en met betrekking tot de onderhandelingen over het contract zijn vertrouwelijk en worden beschermd door het Wetboek van economisch recht.

Ten vierde, de profielbeschrijving werd geschreven om te voldoen aan de behoeften van de dienst. Het enige gesprek met de enige kandidaat die werd gevonden, werd gevoerd door een celhoofd van de dienst Crisisbeheer op 17 augustus 2022. Er is geen schriftelijk verslag van dat gesprek. De enige schriftelijke uitwisseling dateert van 17 augustus 2022 en bevestigt dat de FOD tevreden is met het profiel van de kandidaat.

Ten vijfde, de toewijzing van het rescEU-project en de gunning van de overheidsopdracht werden opgevolgd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (VVVL), niet door maar één bepaalde ambtenaar. Aangezien het snel moest gaan – de Europese Unie vroeg om urgente transporten naar Oekraïne – is geen klassieke aanbesteding gebeurd. De FOD maakte gebruik van een onderhandelingsprocedure waarbij alleen het bedrijf dat tijdens het marktonderzoek de beste prijzen presenteerde werd uitgenodigd om een aanvraag in te dienen. Dat is wettelijk mogelijk en ook de Europese Unie ging met die procedure akkoord. De prioriteit was namelijk om een partner te vinden die snel bereid was om een competitieve prijsofferte in te dienen met de weinige informatie die de FOD en het EU Emergency Response Coordination Centre hadden. We kenden immers de volumes niet, noch de totale duur van het project, dat pas zes maanden eerder begon, noch het aantal leveringen enzovoort.

Ten zesde, er werd vervolgens een marktonderzoek verricht bij de volgende 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. Er was geen verplichting om Medista te bevragen bij een dergelijke marktbevraging. Er dient een gezonde mix van competitieve bedrijven te zijn, wat het geval was.

Ten zevende, twee externe consultants voor halftijdse functies werden aangeworven voor een periode van zes maanden ter ondersteuning van het rescEU for Ukraine-project. Het budget van 107.023,28 euro exclusief btw dat nodig was voor de aanwerving van die consultants, werd gefinancierd door de Europese Commissie en is toegekend in de *grant*. Ik kan u de factuur bezorgen.

Ten achtste, ik heb geen weet van privémailuitwisselingen.

Ten negende, volgens mijn informatie heeft de consultant zich gedurende de hele opdracht ethisch gedragen.

Ten tiende, volgens mijn informatie gedroeg de consultant zich integer en respecteerte die persoon het zakengeheim. Indien u over andere informatie beschikt, zou ik die zeer graag zo spoedig mogelijk ontvangen.

U vroeg door wie de vacature online werd gezet. De vacature voor de consultant werd door Movianto opgesteld en online gezet.

Tot slot stelde u nog enkele vragen over de prijsinformatie en over de aanbestedingsprocedure. Ik herhaal dat een vooronderzoek door de Federale Interne Audit lopend is. Het doel van de audit is de volgende zaken te analyseren, als onderdeel van het vooronderzoek. Ten eerste, de geschiedenis van de openbare aanbesteding en de verschillen met Medista. Ten tweede, de ontwikkeling en de opstelling van de aanbesteding 2022STRSTK. Ten derde, de toewijzingsprocedure van de aanbesteding 2022STRSTK, met name de communicatie van de administratie met verschillende inschrijvers en de naleving van het gelijkheidsbeginsel. Ten vierde, alle relevante gebeurtenissen na de toewijzing van de openbare aanbesteding.

Tot daar mijn antwoorden.

09.03 Kathleen Depoorter (N-VA): U had nog veel tijd over voor uw antwoord, mijnheer de minister. Dat overkomt u niet vaak.

Zeven dossiers zijn er gepasseerd. Tien donaties die andere donaties werden. Wat mij wel frappeert, is dat u zegt dat de consultant daar voltijds mee bezig is geweest en maar een paar uurtjes aan de vaccinatiedistributie heeft moeten wijden. Nochtans zijn er ettelijke mails, uren aan mails.

U zegt dat er op 4 maart 2022 contact is geweest, een marktonderzoek noemt u dat. Eigenlijk is er onmiddellijk een toewijzing gebeurd. U zegt dat u een aantal andere firma's – u hebt ze opgenoemd – ook hebt gecontacteerd, maar het zijn net die PV's van meeting die ik zou willen opvragen. Als u verschillende firma's hebt geconsulteerd, zoals u aangeeft, dan moet daar een PV van meeting van zijn. Ik ontving die niet, maar ik ontvang ze graag van u, mijnheer de minister.

Uw ambtenaar zegt in een opname aan een privédetective dat ze maar één actor heeft gebeld: “*And I thought if he can do this in crisis, he can do it for more years*”. Is zij met die actor, Movianto, onmiddellijk in zee gegaan, volgens haar woorden zonder dat de volumes gekend waren en er een prijzenrichtlijn was? Was er ook sprake van die consultant die gratis werd toebedeeld vanuit Europa? Dat wordt hier allemaal niet duidelijk. U gaat daarover alsof het niets is, maar het is wel essentieel in het dossier, mijnheer de minister. In die informele gesprekken tussen de ambtenaar en de directeur van Movianto zal dit zeker aan bod zijn gekomen.

Belangrijk is ook dat u niet antwoordt op mijn vraag of zich nog andere actoren hebben aangeboden in het kader van de vaccindistributie. U ontwijkt hier heel mooi het feit dat de groothandelaars-verdelers u hebben gecontacteerd en u zelfs hebben aangeschreven omdat zij niet tevreden waren omdat ze niet in het marktonderzoek werden opgenomen, omdat zij niet in de overweging zijn meegenomen om als vaccindistributeur te kunnen optreden.

U zegt: er was geen verplichting om Medista te vragen. Ja, dat klopt.

U zegt ook dat er geen tijd was. Men geeft een motivering van dienstverlening en kwaliteit aan Medista van 10 op 10, maar men vraagt niet om een rescUE-project uit te voeren, terwijl men een zogenaamde wildvreemde firma, waar men nog niet mee heeft samengewerkt, na één contact dat project toewijst. Mijnheer de minister, dit is hoogst bijzonder.

Voor consultancy voor rescUE is er 107.000 euro naar Deloitte gegaan. Dat is mooi betaald, dat is 10 % van het ganse project. Ik ontvang inderdaad graag die facturen.

U zegt dat u niet in kennis bent van het gebruik van privémails. Ik zou dat toch eens goed checken, mijnheer de minister.

Dan het zakelijke geheim. U hebt in de krant *Het Laatste Nieuws* verklaard dat er een IT-tool op de mail van de consultant zat. Dat is larie, mijnheer de minister. De facturen worden immers doorgestuurd met PDF, daar kunt u geen IT-tool op zetten. Die consultant kan die mail perfect openen en die bekijken. Ik had daar graag van u wat duidelijkheid over gehad. U zegt dat u er niets van weet. Ik heb een vermoeden dat u meer op de hoogte bent dan dat u hier laat uitschijnen.

U verwijst, ten slotte, naar de audit, maar daarover heb ik ook heel wat vragen. Ik krijg hier geen antwoord op, maar daar komen we zeker nog op terug.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van de mailbox van de topambtenaar in de zaak Medista" (55040589C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de beschikbaarheid van mailboxgegevens voor onderzoek" (55040699C)

10 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation de la boîte mail de la fonctionnaire dirigeante dans l'affaire Medista" (55040589C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi en matière d'accès aux données de boîtes mail à des fins d'enquête" (55040699C)

10.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, wij komen bij de mailboxgegevens. Ik had het u voorspeld.

In de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen van 19 december 2023 gaf u duiding bij het vooronderzoek van de federale audit die zou gebeuren. U had ten andere eerst verklaard dat er een forensische audit zou gebeuren. U gaf aan dat de mailbox van de betrokken ambtenaar in *litigation hold* werd geplaatst, waarmee de mailbox kan worden gebruikt, zij het onder verhoogd toezicht. Er is ook een *retention policy*, die niet mee opschuift. Om het onderzoek van de Federale Interne Audit (FIA) alle kansen te geven, lijkt het belangrijk dat zij toegang hebben tot gegevens, mailverkeer en andere nuttige stukken, alsook dat die informatie zoveel mogelijk beschikbaar blijft.

In het verlengde en in opvolging daarvan zou ik u graag enkele bijkomende vragen stellen.

U gaf aan dat het vooronderzoek effectief is opgestart. Op welke datum gebeurde dat? Kunnen wij de formeel ondertekende opdracht daartoe zien?

In de commissievergadering van 19 december 2023 vroeg ik u naar het betrokken professionele e-mailaccount van de ambtenaar. Bent u nagegaan of massaal veel data werden uitgewisseld? Het kan gaan om massieve bewerkingen, uploaden of downloaden.

U hebt mij toen verklaard dat u in gesprek was met de beheerder, zijnde Microsoft. Hebt u bij de beheerder effectief kunnen nagaan of zij al dan niet een piek in data-uitwisseling konden opmerken? Wat was het antwoord op uw formele vraag?

Hebt u laten onderzoeken of andere grootschalige handelingen, hetzij bij rescEU, hetzij voor het aanstellen van de ambtenaar in de zaak Movianto/Medista, op de mailservers en op de mailboxen van de FOD en de betrokken ambtenaren gebeurden?

Uit uw vorige antwoorden maak ik op dat de privémailboxen van de betrokken ambtenaren geen deel uitmaken van het vooronderzoek dat bij de FIA loopt. Klopt dat? Kan de FIA toegang verkrijgen tot privémailboxen wanneer hij dat nodig zou achten?

Kunt u bevestigen dat u of uw administratie in het kader van artikel 29 van het Wetboek van strafvordering en indien u kennis neemt van strafbare feiten, die feiten onmiddellijk zal bezorgen aan

het parket of de aangewezen magistraat, los van het onderzoek dat de FIA voert? Op basis van welke juridische basis kan men beslissen om niet direct volgens artikel 29 te handelen?

Wordt de aanbesteding en de toewijzing voor het rescEU-project mee opgenomen in het vooronderzoek? Het is er in elk geval mee verweven. Indien neen, op basis van welke argumenten meent u dat dit niet tot de scope behoort?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, in uw vraag nr. 55040589C hebt u vijf vragen en in uw vraag nr. 55040699C zes vragen. Ik zal ze in die volgorde beantwoorden, alhoewel er heel veel herhaling in zit, ook ten aanzien van al eerder gestelde vragen.

Wat uw vraag nr. 55040589C betreft, ten eerste, buiten de betrokken ambtenaar heeft niemand enige rechten op de mailbox van de betrokken ambtenaar.

Ten tweede, dit zal mee bekeken worden in het kader van de lopende forensische audit.

Ten derde, de scope van de lopende forensische audit is niet beperkt tot één professionele mailbox. Het doel van de audit is om de volgende zaken te analyseren als onderdeel van een vooronderzoek: de geschiedenis van openbare aanbestedingen en geschillen met Medista; de ontwikkeling en opstelling van de aanbesteding 2022STRSTK; de toewijzingsprocedure van de aanbestedingsprocedure van de aanbesteding 2022STRSTK, met name de communicatie van de administratie met verschillende inschrijvers en de naleving van het gelijkheidsbeginsel; en alle relevante gebeurtenissen na de toewijzing van de openbare aanbesteding.

Ten vierde, zie het antwoord op de derde vraag. De scope van de lopende forensische audit is niet beperkt tot één professionele mailbox. Het is aan de auditeurs om te beslissen hoe zij de audit uitvoeren.

Ten vijfde, de betrokken IT-partner werd hierover bevraagd en heeft ons meegedeeld dat er geen verdachte authenticatieactiviteiten met betrekking tot de genoemde mailbox zijn vastgesteld. Volgens hun initiële bevindingen zijn er voor de betreffende periode geen verdachte externe activiteiten met betrekking tot deze mailbox vastgesteld. Zoals ik al eerder deed, verzoek ik u uitdrukkelijk om de informatie waarover u in dit verband beschikt meteen over te maken aan de auditeurs.

Wat uw vraag nr. 55040699C betreft, ten eerste, de aanvraag voor een forensische audit werd gedaan op vraag van de minister op 8 december 2023. De aanvraag werd op dezelfde dag per mail door de voorzitter van de FOD bezorgd aan de chief audit executive van de Federale Interne Audit, die tevens op dezelfde dag een ontvangstbevestiging stuurde. Op 11 december 2023 antwoordde de chief audit executive dat eerst een vooronderzoek zal plaatsvinden, dat op dezelfde dag van start is gegaan.

Ten tweede, de betrokken IT-partner werd hierover bevraagd en heeft ons meegedeeld dat er geen verdachte authenticatieactiviteiten met betrekking tot de genoemde mailbox zijn vastgesteld. Volgens de initiële bevindingen zijn er voor de betreffende periode geen verdachte externe activiteiten met betrekking tot de mailbox vastgesteld. Uw vraagstelling is zeer specifiek. Ik nodig u dan ook uit – zoals ik 30 seconden geleden en ook op 19 december deed – om alle relevante informatie die u hierover hebt, te delen met mij en mijn administratie dan wel rechtstreeks met de auditors.

Ten derde, zoals ik heb aangegeven blijkt uit de initiële bevindingen van de betrokken IT-partner dat er voor de betreffende periode geen verdachte externe activiteiten met betrekking tot de mailbox van de betrokken ambtenaar zijn vastgesteld.

Ten vierde, in het kader van de lopende forensische audit werd de professionele mailbox van de betrokken ambtenaar in *litigation hold* gezet. De forensische audit gaat verder dan een mailboxonderzoek. In het kader van de audit zullen onder meer ook de betrokkenen worden bevraagd. Indien de auditeurs van mening zijn dat zij bijkomende informatie nodig hebben, dan kunnen zij die bij de betrokken ambtenaar opvragen.

Ten vijfde, artikel 29 van het Wetboek van strafvordering verplicht elke ambtenaar die in de uitoefening van zijn of haar functie kennis krijgt van een misdaad of een wanbedrijf om onmiddellijk de procureur des Konings hiervan te informeren en hem of haar alle inlichtingen, processen-verbaal en akten die

daarop betrekking hebben, te bezorgen. Deze verplichting staat los van het onderzoek dat de FIA voert. Indien aan de voorwaarden van het vermelde artikel is voldaan, dan dient conform het artikel te worden gehandeld.

Ten zesde – voor de zoveelste keer, maar goed – het doel van de audit is om de volgende zaken te analyseren als onderdeel van een vooronderzoek: de geschiedenis van de openbare aanbestedingen en geschillen met Medista; de ontwikkeling en opstelling van de aanbesteding 2022STRSTK; de toewijzingsprocedure van de aanbesteding 2022STRSTK, met name de communicatie van de administratie met verschillende inschrijvers en de naleving van het gelijkheidsbeginsel; en alle relevante gebeurtenissen na de toewijzing van de openbare aanbesteding.

10.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Met alle bekentenissen die in de media zijn verschenen, is een vooronderzoek van alles wat na de toewijzing is gebeurd uiteraard niet voldoende; dat weet u ook. U zult de geschiedenis en de toewijzingsprocedure onderzoeken, maar ik denk dat het vooronderzoek terug moet naar het prille begin van de toewijzing van de vaccindistributeur. In uw antwoord bent u ook zeer verwarrend, want de ene keer spreekt u over de lopende forensische audit en de andere keer over het vooronderzoek.

Heel graag had ik de mail van de voorzitter van de FOD naar de Federale Interne Audit van u ontvangen. Ging het in die mail wel over een forensische audit – een forensische audit kunt u immers meteen bevelen – of ging het om een vooronderzoek? Dat is cruciaal in uw communicatie.

U bent eigenlijk betrokken partij. Ik vind het dan ook heel bijzonder dat u ter zake opdrachten geeft. U hebt zelf een klacht aan uw been omtrent die openbare aanbesteding. Ik wil heel graag van u vernemen of u volgens het reglement van de forensische audit de bevoegde minister bent om de scope te bepalen en het onderzoek effectief aan te vragen, dan wel of dat via de ministerraad moet passeren. Geen moment heb ik u horen zeggen dat de ministerraad betrokken werd. Op 8 december hebt u het vooronderzoek bevolen, op 11 december is het vooronderzoek gestart. Hoe komt het dat dit niet op de ministerraad is gepasseerd? Volgens mijn informatie zou dat noodzakelijk zijn. Dat wil ik toch graag nog eens bekijken.

De IT-partner zegt dat er geen verdachte activiteiten zijn. Ik moedig u aan om heel nauwgezet te kijken of er geen mails verdwenen zijn van de periode waarover we spreken. De betrokken ambtenaar had op 31 mei immers al het gevoel in het ootje genomen te zijn door Scott Baker. Er was dus heel wat tijd om mailboxen te manipuleren. Nogmaals, ik moedig u aan om heel duidelijk te controleren of nergens mails zijn verdwenen. Het zou te jammer zijn als u ook op dat punt in het dossier niet grondig te werk gaat, net zoals dat eigenlijk al in het hele verloop van het Medista-Moviantodossier het geval geweest is.

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

11 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Diabeteseducatie" (55040592C)

11 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'éducation au diabète" (55040592C)

11.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het recht op passende ondersteuning voor mensen met diabetes in ons land, vanaf de diagnose, omvat begeleiding door verschillende zorgverleners en een tegemoetkoming voor zelfcontrolemateriaal. Deze ondersteuning wordt in de praktijk georganiseerd via verschillende wettelijke zorgsystemen, waaronder het opstarttraject voor diabetes type 2, het zorgtraject en de conventie. Apothekers kunnen ook deel uitmaken van het zorgtraject.

Hoeveel apothekers zijn er momenteel opgeleid om educatie te verzorgen voor mensen met diabetes? Is er een vereiste bijscholing? Zo ja, moet deze bijscholing tegen het einde van het jaar zijn afgerond in het kader van de door u genomen beslissingen? Wie is verantwoordelijk voor de organisatie van deze bijscholing? Wie heeft de regie in handen met betrekking tot de bijscholing van apothekers in het diabeteszorgtraject? Waarom werden de apothekers niet meegenomen in het vernieuwde starttraject?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik zal een inleidende beschouwing geven alvorens uw vier vragen te beantwoorden. Sinds 1 mei 2018 is het voor de apothekers onder bepaalde voorwaarden mogelijk om individuele zittingen en groepszittingen voor diabeteseducatie te verzorgen. Deze diabeteseducatiezittingen zijn gekoppeld aan het opstarttraject diabetes type 2. Vroeger spraken we over een voortraject, maar nu heet dat het opstarttraject. Deze diabeteseducatiezittingen zijn echter niet gekoppeld aan het zorgtraject diabetes type 2, noch aan de diabetesconventie.

Het opstarttraject voor diabetespatiënten bij een relatief beginnersstadium is een ander traject dan het zorgtraject diabetes type 2 voor meer gevorderde diabetespatiënten.

De tegemoetkoming voor zelfcontrolemateriaal is onder bepaalde voorwaarden een van de voordelen van het zorgtraject diabetes type 2, maar niet van het opstarttraject. Terugbetaling van diabeteseducatiezittingen door een apotheker is onder bepaalde voorwaarden een van de voordelen van het opstarttraject, maar niet van het zorgtraject diabetes type 2.

Om op uw eerste vraag te antwoorden, het is nog niet mogelijk om gegevens te verschaffen over het aantal apothekers opgeleid om educatie te verzorgen voor mensen met diabetes, aangezien er tot 31 december 2023 geen bijscholing nodig was voor de diabeteseducatiezittingen door een apotheker.

Vanaf 1 januari 2024 is bijscholing vereist. De apothekers die de zittingen verrichten – het vergoedingsnummer is 794/92 of 794/371 – dienen een bijscholing van minimum twee uur per jaar over diabetes en/of diabeteseducatie te volgen.

Ten tweede, in de regelgeving staat niet vermeld welke organisaties voor de bijscholing verantwoordelijk zijn. Dit gezegd zijnde zouden de Société Scientifique des Pharmaciens Francophones en het Instituut voor Permanente Studie voor Apothekers een dergelijke bijscholing kunnen organiseren.

Ten derde, het RIZIV volgt de regelgeving met betrekking tot de diabeteseducatie en de bijscholing van apothekers op. Zoals beschreven in de inleiding is het opstarttraject een ander traject dan het zorgtraject diabetes type 2. Er bestaan geen diabeteseducatiezittingen door apothekers in het zorgtraject diabetes type 2. Wat bijscholing van zorgverleners binnen het opstarttraject diabetes type 2 betreft, dienen de bewijsstukken voor het volgen van de bijscholing in de portfolio van de apotheker te worden bijgehouden.

Ten vierde, het opstarttraject is in meerdere werkgroepen van het transversaal project diabetes, gecoördineerd door het RIZIV, tot stand gekomen. Een vertegenwoordiger van APB, de Algemene Pharmaceutische Bond, een apotheker van het expertisecentrum en een klinisch apotheker namen deel aan verschillende werkgroepen en waren dus wel degelijk betrokken bij de ontwikkeling van het opstarttraject.

11.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Als ik het goed begrijp hebt u de maatregel al uitgewerkt, maar de bijscholing nog niet. Het is goed dat het IPSA en haar Franstalige tegenhanger goed georganiseerd zijn en dit hopelijk snel kunnen organiseren. De jaarcyclus wordt in december bekendgemaakt. Ik heb dat nog niet zien passeren, tenzij ik mij vergis. Om een goede opstart na januari 2024 te kunnen garanderen, bent u eigenlijk een beetje laat.

Ik ga uw antwoord nog eens nalezen. Het is inderdaad essentieel dat de apothekers, die heel dicht bij de patiënten staan – er stappen 500.000 patiënten per dag bij de apothekers over de drempel – meer patiënten met de diabeteseducatie kunnen helpen. We zullen zien in hoeverre die uitrol goed verloopt.

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

12 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boycot van Teva" (55040603C)**

12 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le boycott de Teva" (55040603C)**

12.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, geopolitiek in de zorg vind ik een beetje

moeilijk. In mijn apotheek in Gent ontving ik een schrijven van een aantal artsen met de mededeling dat zij de generische firma Teva boycotten omwille van haar banden met Israël. De artsen stellen dat, indien er alternatieven zijn, zij geen Teva meer zullen voorschrijven. Zij vragen aan de apothekers om ook geen Teva meer af te leveren. Gezien de moeilijke situatie rond de beschikbaarheid van geneesmiddelen is de boycot op z'n minst als opmerkelijk te benoemen.

Bent u op de hoogte van deze boycot?

Nam u contact op met de firma Arega, het Vlaamse bedrijf dat de distributie van het generieke merk recent overnam, omtrent dit schrijven?

In hoeverre beschouwt u deze actie al dan niet in strijd met goede medische praktijk?

Heeft de patiënt die bijvoorbeeld gewoonlijk een generiek van dat merk neemt, het recht om zijn gewone doosje te eisen als de arts een ander generiek merk heeft voorgeschreven? Wat indien de arts dit weigert voor te schrijven?

Kan er sprake zijn van marktverstoring door een dergelijke boycot?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het FAGG is niet op de hoogte van deze boycot en heeft geen contact opgenomen met de firma Arega in dit verband.

Voor uw derde vraag en uw vierde vraag zou ik u graag verwijzen naar de Orde der artsen, die zich in geval van een klacht hierover desgevallend kan buigen.

Wat uw laatste vraag betreft, over marktverstoring, dat zou men molecule per molecule moeten bekijken in functie van het marktaandeel van Teva. Ik kan daar geen algemeen antwoord op formuleren.

12.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u maakt zich er een beetje gemakkelijk van af. Het is nochtans een thema waarvoor uw partij op de barricaden staat, toch als ik uw collega-minister Gennez hoor.

Wij moeten ontzettend voorzichtig zijn met dergelijke zaken. Een farmaceutische firma levert pillen. U wenst zich niet uit te spreken over een eventuele marktverstoring, maar u weet dat elke apotheker minstens één dag per week besteedt aan het zoeken naar alternatieven voor ontbrekende geneesmiddelen.

Een dergelijk politiek getint schrijven van artsen naar collega-zorgverstrekkers, naar apothekers, vind ik hoogst verontrustend. Onze patiënten hebben recht op een pilletje, hebben het recht om de medicatie die ze gewoon zijn te verkrijgen en verder in te nemen, tot wanneer de patiënt zelf zegt dat hij met een bepaald medicijn absoluut niet meer geconfronteerd wil worden.

Het is een beetje jammer dat u zich hier op de vlakte houdt, dat u niet weet dat die boycot bestaat. U zegt steeds dat u met uw voeten in het veld staat. Dit is het bewijs van het tegenovergestelde.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes n° 55040622C et 55041119C de Mme Hanus et de moi-même sont reportées. La question n° 55040623C de Mme Van Hoof est postposée, elle se trouve dans une autre commission et va arriver.

13 **Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La création d'un ordre des dentistes" (55040630C)**

13 **Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oprichting van een orde van tandartsen" (55040630C)**

13.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, la Société de Médecine Dentaire asbl (ci-après « SMD »), association dentaire belge francophone, fédère actuellement la majorité des dentistes francophones de Belgique pour les deux tiers environ. Elle accueille ainsi dentistes généralistes,*

dentistes spécialistes en orthodontie, dentistes spécialistes en parodontologie ou encore hygiénistes bucco-dentaires et assistants dentaires.

Depuis de nombreuses années maintenant, la SMD plaide pour la mise en place d'un véritable Ordre des Dentistes qui intégrerait ainsi des missions de médiation, de contrôles et de sanctions.

Car en effet, en l'absence d'encadrement de la profession dentaire par un tel organe régulateur, des répercussions dommageables se font sentir non seulement pour les patients mais également pour la profession:

Que ce soit au niveau du contrôle des qualifications réelles des dentistes présents sur notre territoire et de la mobilité européenne;

Du respect des droits du patient;

De la garantie d'une prise en charge optimale dans les cabinets dentaires;

Ou encore en ce qui concerne la fraude sociale.

D'où mes questions, monsieur le ministre:

Aviez-vous conscience des problèmes qu'engendre l'absence actuelle d'un organe régulateur de la profession? Les confirmez-vous?

Des discussions sur le sujet ont-elles déjà été menées? Si oui, avec qui et qu'en est-il ressorti? Dans la négative, quel suivi comptez-vous apporter à cette problématique?

La création d'un Ordre des dentistes est-il envisagé ou envisageable pour l'avenir? Pourquoi?

13.02 Frank Vandembroucke, ministre: Le législateur a, au fil du temps, diminué le champ des compétences des organes déontologiques pour confier leurs attributions à d'autres instances. Parmi les problématiques que vous évoquez, le contrôle des qualifications réelles des professionnels de santé migrants, dans le cadre de la mobilité européenne, relève des Communautés. Le respect des droits du patient relève de la commission Droits du patient. La poursuite de la fraude sociale relève de l'inspection du travail et du parquet. Les obligations des professionnels de santé en terme de continuité des soins, de permanence des soins, de formation permanente ou les règles relatives à la publicité, sont par exemple désormais réglées par la loi Qualité du 22 avril 2019 et contrôlées par la commission fédérale de contrôle.

De nombreux aspects qui dépendaient auparavant des tâches des organes de déontologie sont désormais couverts par la législation et les instances de contrôle. Pendant cette législature, le gouvernement a mis l'accent sur l'entrée en vigueur de la loi sur la qualité évoquée, sur le lancement de la commission fédérale de contrôle, et sur la modernisation de la loi relative aux droits du patient, aussi.

La question de savoir s'il faut créer, en complément, un cadre et/ou un organe de déontologie supplémentaire, nécessite un débat de fond.

Différents scénarios sont envisageables. Je note une très grande disparité entre les formules proposées pour créer cet organe et les questions fondamentales qui restent ouvertes. Un organe pourrait être créé par profession, par groupe de professions de santé. On pourrait même créer un organe multidisciplinaire regroupant l'ensemble des professions de santé qui sont demandeuses d'un organe disciplinaire. Doit-il s'agir d'un organe indépendant ou d'une autorité administrative qui serait par exemple liée à la commission de contrôle? Dans ce cadre, comment financer les activités et les lourdes structures que nécessiterait un tel organe? Tout cela demande une réflexion de fond.

13.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse, même si elle alimente un certain flou. Je trouve qu'il ressort de votre réponse une certaine ouverture quant au débat de fond qui doit pouvoir être mené sur cette question. C'est vrai qu'il y a une évolution positive dans le sens où la loi Qualité, la loi sur les droits du patient et la commission fédérale de contrôle permettent un certain

droit de regard sur la manière dont les professionnels de santé et en particulier ici les dentistes exercent leur profession, pour veiller à ce que les patients bénéficient de soins de qualité.

Je continue de penser que, même si ce débat est difficile, on doit pouvoir aller vers un organe régulateur de cette profession, afin de s'assurer que les services rendus répondent aux normes de qualité mais aussi d'intégrité de la profession. C'est vraiment en cela que le fait de disposer d'un organe régulateur présente, selon moi, une réelle plus-value, à l'instar de ce qui est prévu pour les médecins.

En effet, comme pour les médecins, je pense qu'il est important que l'État puisse reconnaître que les dentistes sont, eux aussi, les mieux à même de percevoir les difficultés, les contraintes et les aléas propres à leur profession, et ainsi créer les conditions nécessaires au bon exercice de leur activité, notamment avec la possibilité d'écarter provisoirement ou définitivement un membre qui ne remplirait pas correctement ses missions. Je pense qu'il s'agit là d'une option qui mérite d'être investiguée, et j'ose donc espérer que cette réflexion pourra aboutir et ne sera pas simplement annoncée sans être suivie d'effets. Nous y serons extrêmement attentifs, car le plus important est de disposer d'un organe qui constitue une véritable plus-value pour les patients. C'est cela que les dentistes recherchent avant tout au travers de cette demande. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Samengevoegde vragen van

- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van de CM over het stijgende Rilatinegebruik bij kinderen en jongeren" (55040665C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven van Rilatine voor kinderen met ADHD" (55041048C)

14 Questions jointes de

- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de la MC sur la consommation croissante de Rilatine par les enfants et les jeunes" (55040665C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription de Rilatine chez les enfants atteints de TDA/H" (55041048C)

14.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het stijgend Rilatinegebruik bij kinderen en jongeren. Uit een recente studie van de CM blijkt dat het Rilatinegebruik bij kinderen en jongeren in ons land in tien jaar met 20 % is toegenomen. Vooral bij meisjes is er een stijging merkbaar. Bovendien blijkt uit die studie dat aan kinderen die in het najaar geboren zijn, vaker Rilatine wordt voorgeschreven. Dat is vreemd, maar ook belangrijk. Aan meer dan 40 % van die kinderen wordt Rilatine voorgeschreven zonder verdere opvolging door een specialist. Meer dan de helft neemt het zelfs voor een langere periode van acht jaar of meer.

Dat zijn zorgwekkende vaststellingen. Ik deel dan ook de ongerustheid van CM-voorzitter Luc Van Gorp. Medicatie zou het laatste redmiddel moeten zijn. Kinderen en jongeren dienen in eerste instantie geholpen te worden door bijvoorbeeld psycho-educatie en gedragsaanpak, wat ook de experts naar voren brengen. Wanneer er geen of onvoldoende verbetering optreedt, is medicatie wel een hulpmiddel, rekening houdend met de bijwerkingen.

In mijn resolutie over rationeel geneesmiddelengebruik wijs ik onder meer op de responsabilisering en het voorschrijfgedrag van de huisartsen en de artsen, op meer aandacht voor het stoppen en afbouwen van medicatie in hun basisopleiding en op meer aandacht voor een niet-medicamenteuze en multidisciplinaire aanpak.

Ik las ook dat u een onlinetool hebt gelanceerd, het ADHD-zorgpad. Dat is een zeer goed instrument, maar er is natuurlijk meer nodig, vooral op deelstatelijk niveau, op het vlak van preventie.

Hebt u kennisgenomen van die CM-studie?

De studie bevat een aantal aanbevelingen. Zijn er aanbevelingen die u zult uitvoeren?

U hebt al verschillende stappen gezet om medicatiegebruik af te bouwen. Beoogt u ook nog specifieke maatregelen omtrent het medicatiegebruik voor ADHD?

Kan de verdere bekendmaking van de evidencebased onlinetool soelaas bieden of nog betere cijfers opleveren?

Last but not least is het belangrijk dat de deelstaten preventieve maatregelen nemen tegen het stijgende Rilatinegebruik. Is er ook een dialoog met de deelstaten over deze zorgwekkende problematiek?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Vanpeborgh, dit is een belangrijk thema. Ik deel uw ongerustheid en die wordt alleen maar groter als men dat rapport leest.

Ik kan de cijfers uit de studie van de CM aanvullen met de volgende vaststellingen van het RIZIV. In 2022 werden in België meer dan 17 miljoen eenheidsdosissen van de psychostimulantia methylfenidaat, guanfacine en atomoxetine afgeleverd in openbare apotheken. Dat is een stijging van maar liefst 68 % in vergelijking met het aantal afgeleverde eenheidsdosissen in 2013. Van de in 2022 afgeleverde psychostimulantia is 98 % methylfenidaat. Van alle afgeleverde dosissen methylfenidaat in 2022 gaat slechts 37 %, iets meer dan een derde, over een terugbetaalde behandeling.

We hebben in deze legislatuur verschillende stappen ondernomen die belangrijk zijn om die problematiek en de onderliggende redenen daarvoor aan te pakken, maar u hoort mij niet zeggen dat we daarmee al alle noodzakelijke resultaten boeken. Er is dus geen zelfgenoegzaamheid, maar dat zijn wel belangrijke stappen. U weet dat we een nieuw aanbod psychologische ondersteuning in de eerste lijn tot stand brengen, met een belangrijke focus op kinderen en jongeren. Dat is een hervorming die we voortzetten, met een extra budget van 54 miljoen euro dat op dit moment beschikbaar is.

Wat de problematiek van ADHD betreft, is nog meer samenwerking met huisartsen, scholen en CLB's belangrijk. Ik heb met Hilde Crevits afgesproken om ons aanbod helemaal uit te rollen in de OverKopuizen. Dat is met andere woorden dus een versterking. Daarbij komt nog dat we dat aanbod van eerstelijnspsychologische zorg vanaf 1 februari gratis maken voor kinderen en jongeren tot en met 23 jaar, om echt elke drempel weg te nemen.

Vervolgens hebben we Cebam het onlinezorgpad ADHD laten actualiseren en certificeren. U hebt daarnaar verwezen. Verder was er de federale campagne *Psychofarmaca: welke risico's lopen uw patiënten? Samen zorgen voor een gepast gebruik*. Dat is een campagne om huisartsen, apothekers en psychologen te sensibiliseren met het oog op een zo rationeel mogelijk gebruik van psychofarmaca, waaronder dus ook de psychostimulantia.

Deze maand wordt gefocust op het goede gebruik van psychostimulantia en wordt ook het ADHD-zorgpad extra in de verf gezet in de communicatie naar artsen, psychologen en apothekers.

Ten vierde in mijn overzicht van lopende initiatieven, is er het afsluiten van een overeenkomst in september 2023 tussen het RIZIV en FarmaFlux, dat in de toekomst bijkomende mogelijkheden zal bieden voor het opvolgen van de niet-vergoede geneesmiddelen, zoals methylfenidaat. Het RIZIV heeft eigenlijk vooral statistieken op basis van wat terugbetaald wordt, maar onze inschatting is dat dit slechts een beperkt segment is. We moeten absoluut ook meer inzicht krijgen in wat er gebeurt.

Ik kom terug op de studie. We kunnen zeggen dat de boodschap die in die studie wordt gegeven, voor het voorzichtig gebruik van methylfenidaat, grotendeels ook terug te vinden is in de samenvatting van de productkenmerken (SKP's) van de vergunde geneesmiddelen die methylfenidaat als werkzaam bestanddeel bevatten. De SKP's, die onder meer gepubliceerd zijn op de website van het FAGG, zijn een echte, belangrijke, gevalideerde bron van informatie voor de artsen die dit voorschrijven.

In de sectie van de SKP's in verband met indicaties staat dat methylfenidaat een onderdeel is van een uitgebreid behandelprogramma voor ADHD, in die gevallen waarbij uitsluitend orthopedagogie onvoldoende blijkt te zijn. Het is dus een onderdeel van een bredere aanpak.

Er wordt ook benadrukt dat behandeling met methylfenidaat niet bij alle kinderen met ADHD geïndiceerd is. Het besluit om het geneesmiddel te gebruiken moet gebaseerd zijn op een zeer grondige beoordeling van de ernst en chroniciteit van de symptomen van het kind. Ook moet de leeftijd van het kind in acht worden genomen.

Naast het opnemen van correcte informatie in de SKP's voor de geneesmiddelen, werd ook het ADHD-zorgpad gelanceerd. Dat moet ook bijdragen tot een rationeel gebruik van methylfenidaat in de behandeling van ADHD.

Op 18 december 2023 werd de webtool farmainfo.be gelanceerd. Die webtool zorgt voor betrouwbare, begrijpelijke informatie over geneesmiddelen en gezondheidsproducten voor alle Belgische burgers. Zo werd al voor ongeveer honderd geneesmiddelen een fiche uitgewerkt, waarbij de burger aan de hand van een eenvoudig geformuleerde vraag alle relevante informatie over zijn geneesmiddel kan terugvinden in begrijpelijke taal. In die fiches kan ook verwezen worden naar allerlei voorlichtingscampagnes of andere informatiebronnen, zoals de BAPCOC-richtlijnen bij antibiotica of de brochure *Slaap- en kalmeermiddelen, denk eerst aan andere oplossingen* van de FOD Volksgezondheid in het geval van benzodiazepines en Z-drugs.

Dit jaar volgt een informatiefiche over Rilatine. Zo krijgen alle burgers, dus ook studenten en hun ouders, correcte, begrijpbare informatie die moet zorgen voor een correcter gebruik. Sensibilisatie kan ook zorgen voor een vermindering van het gebruik. In het kader van deze webtool kan ook worden nagedacht over een thema daarover.

In de komende maanden zal ik verder inzetten op deze problematiek via de maatregelen die ik daarnet heb opgesomd, dus ook een betere bekendmaking van de evidencebased onlinetool, het ADHD-zorgpad, via de campagne *Psychofarmaca: welke risico's lopen uw patiënten? Samen zorgen voor een gepast gebruik*. We kunnen de ene actielijn versterken met behulp van andere actielijnen. De problematiek wordt opgevolgd in de werkgroep kinderen en jongeren van het Belgisch Expertplatform Psychofarmaca (BelPEP), waar ook een vertegenwoordiger van de deelstaten in zetelt. De groep zal in 2024 nog eens bijeenkomen om eventueel aanvullende maatregelen voor te stellen.

14.03 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Bedankt voor het uitvoerige antwoord, met verontrustende cijfers afkomstig van de CM, maar eigenlijk ook afkomstig van u. Dat moeten we absoluut onder de aandacht houden. Het is ook wel goed om te vernemen dat er al een aantal maatregelen genomen zijn en dat die voortgezet worden.

Wat ik vooral graag hoor, is dat u effectief inzet op de overeenkomst tussen het RIZIV en FarmaFlux om meer zicht te krijgen op al die niet-vergoede geneesmiddelen. We onderschatten echt wat er vandaag ook op dat vlak wordt toegediend. Ik hoop echt dat die studie en de maatregelen die u neemt, ook informatief naar de huisartsen en artsen, hun effect zullen hebben. Misschien moeten we daar in de toekomst ook meer inzetten op het Clinical Decision Support System (CDSS). Dat kan de huisartsen en artsen misschien nog meer prikkelen.

U sprak over de webtool. Hopelijk zullen de burgers die effectief ontdekken. Ook dat is een uitdaging. Ook hoop ik dat de burgers de eveneens belangrijke fiche over Rilatine zullen ontdekken.

We moeten alleszins verder blijven inzetten op die problematiek, want ik vind de cijfers echt verontrustend. Dat moeten we zeker in samenwerking met de deelstaten doen, want preventie ter zake is cruciaal op allerlei domeinen: jeugd, onderwijs, sport en welzijn.

Nog een domein waarover ik gelezen heb, is voeding. Het blijkt heel belangrijk te zijn om ook daarvoor aandacht te hebben bij het in de hand houden van ADHD. We moeten daarop dus absoluut verder blijven inzetten.

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

15 **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneppe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verlenging van de griepvaccinatie door apothekers" (55040668C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De griepvaccinatie door de apotheker" (55040870C)

15 **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneppe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prolongation de l'autorisation accordée aux pharmaciens de vacciner contre la grippe" (55040668C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre la grippe par les pharmaciens" (55040870C)

15.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, tijdens de bespreking van document 3562/003, waarmee de griepvaccinatie door apothekers werd toegelaten, zei u – ik citeer uit het verslag: "De geldigheidsduur van de maatregel die dit wetsontwerp beoogt in te stellen, wordt beperkt tot de tijd die nodig is voor het vaccinatie seizoen 2023-2024, namelijk van 1 oktober tot 31 december 2023. Evenwel zou deze maatregel bij een na overleg in de ministerraad genomen koninklijk besluit voor de duur van hoogstens één jaar kunnen worden verlengd. Alvorens een dergelijke verlenging kan worden doorgevoerd, moet het FAGG een evaluatie uitvoeren van de gevolgen en van de resultaten van de toediening van het vaccin tegen de seizoensgriep. Het spreekt voor zich dat de minister overleg heeft gepleegd met de organisaties van de officina-apothekers, alsook met de artsenvakbonden. De nadere regels en de praktische gevolgen werden bovendien besproken in het raam van het medisch-farmaceutisch overleg binnen het RIZIV".

Wij lezen nu in een artikel, gepubliceerd door *De Specialist*, dat voor de verlenging van de griepvaccinatie bij de apothekers de BVAS niet werd gehoord.

Mijnheer de minister, hebt u overleg gepleegd met alle artsenvakbonden over de verlenging? Werd de evaluatie door het FAGG uitgevoerd? Is deze beschikbaar?

15.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt het besluit gepubliceerd dat de griepvaccinatie door de apotheker verlengt.

Graag had ik van u vernomen welke evaluatie hieraan voorafging en wat de bevindingen waren?

In hoeverre hebt u de regionale spreiding van de vaccinaties in de apotheek in kaart gebracht? Hoeveel patiënten werden er in Vlaanderen, Brussel en Wallonië in de apotheek tegen griep gevaccineerd?

Werden er meldingen gerapporteerd van anafylactische shock? Zo ja, hoeveel? Hebt u weet van meldingen van andere bijwerkingen die gerapporteerd werden?

Ging u over de verlenging van de maatregel in gesprek met de zorgsector? Zo ja, met wie en wat was het advies van de verschillende beroepsorganisaties?

15.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, mevrouw Depoorter, de wet van 9 oktober 2023 was oorspronkelijk slechts van toepassing tot 31 december 2023 en voorzag de mogelijkheid om de uitwerking bij koninklijk besluit met maximaal een jaar te verlengen. Daartoe is overgegaan, aangezien de Risk Management Group op 30 november aangaf dat wij in code geel zitten wat betreft infecties op de luchtwegen. Concreet betekent dit dat er respiratoire virussen circuleren en dat er aan de bevolking, zeker aan kwetsbare groepen, wordt aanbevolen om zich te laten vaccineren tegen respiratoire virussen. Ook is in de maand december gebleken dat de vaccinatiecampagnes tegen covid en de seizoensgriep nog niet waren voltooid. Dat is de reden waarom de bevoegde gemeenschappen, en in het bijzonder de Vlaamse minister van Volksgezondheid, mij uitdrukkelijk hebben gevraagd om de machtiging van de apotheker om het griepvaccin toe te dienen vanaf januari te verlengen.

Bij het tot stand komen van de wet van 9 oktober 2023 is mijn voorstel voorgelegd aan het medisch-farmaceutisch overleg in het RIZIV. Aangezien het koninklijk besluit houdende tijdelijke verlenging van de uitwerking van de wet van 9 oktober 2023 een loutere uitvoering inhield van het concept dat al in de wet is voorzien en gelet op de hoogdringendheid, is dit ontwerp niet voorgelegd aan de

beroepsorganisatie van de apothekers of aan die van de artsen.

U vraagt cijfers, met name met betrekking tot ongewenste effecten. Het FAGG heeft mij op 4 december, na een zeer snel uitgevoerde evaluatie, bevestigd dat de gegevens inzake vigilantie er niet op wijzen dat er zich ongewenste effecten zouden hebben voorgedaan die er verband mee houden dat het vaccin door een apotheker is toegediend. Die evaluatie kan door mijn diensten worden overgemaakt aan het commissiesecretariaat, als men dat wenst. Uit de evaluatie blijkt dat er zeven ongewenste effecten zijn aangemeld, waarvan één overlijden, dat volgens de melding verband hield met een cardiovasculaire aandoening – het ging om een gezamenlijke vaccinatie tegen covid en de seizoensgriep. De overige meldingen hebben betrekking op de te verwachten bijwerkingen die in de bijsluiter zijn vermeld, met name injectieplaatsreacties, myalgie, spier- of gewrichtspijn, vermoeidheid, hoofdpijn, duizeligheid, koorts, jeuk, urticaria en een griepachtig gevoel.

Op de vraag over meldingen van gevallen van anafylactische shock kan ik antwoorden dat het FAGG mij heeft laten weten dat de afdeling Vigilantie in verband met de toediening van het griepvaccin de voorbije tien jaar slechts twee meldingen heeft ontvangen.

Ik wil nog aanstippen dat ik aan het FAGG een meer uitgebreide evaluatie heb gevraagd over het volledige vaccinatieseizoen dat binnenkort een einde zal nemen. De evaluatie zal boven op de vaccinatiegegevens ook de voorhanden zijnde cijfergegevens en de reële effecten van de vaccinatie op de apothekers omvatten. Ze zal onder meer betrekking hebben op het aantal toegediende vaccins, met bijzondere aandacht voor de vaccins die zijn toegediend aan de risicogroepen.

15.04 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, wij kunnen alleen vaststellen dat de BVAS not amused was. U stelt dat aangezien het slechts om een verlenging gaat, de BVAS niet op de hoogte werd gebracht. Het is echter geen manier van werken als die grote belangengroep in een memorandum van een andere belangengroep moet lezen dat de maatregel verlengd wordt. Dat getuigt van weinig respect voor de betrokkenen.

Voor het Vlaams Belang is het geen probleem dat andere betrokkenen helpen vaccineren, dus naast de huisartsen ook de apothekers en verpleegkundigen, tegen griep uiteraard. Hoe laagdrempeliger dat gebeurt, hoe beter. Wij vinden echter wel dat alle betrokkenen moeten worden gehoord als er veranderingen op til zijn.

Wat betreft de beloofde evaluatie heb ik de indruk dat het een nogal snelle evaluatie was van het FAGG van de manier van werken, als het daarover al ging. Ze ging veeleer over meldingen van neveneffecten.

U schrijft in uw wet in dat er slechts een verlenging kan zijn na een evaluatie van het FAGG. Dan moet u zich ook aan de wet houden. De evaluatie moet dus grondig gebeuren vooraleer u de verlenging toepast. Blijkbaar geldt de wet niet voor iedereen.

15.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het straf dat u in de wet schrijft dat er een evaluatie moet komen, maar dat u die wet vervolgens zelf niet toepast. Onder het motto van de hoogdringendheid zegt u opnieuw dat u de beroepsorganisaties niet hebt geconsulteerd. Eigenlijk weet u dat er wel wat te doen is rond de verlenging van de griepvaccinatie. Voor de duidelijkheid, ik ben daar niet tegen, maar ik vind wel dat u de wet had moeten volgen, dus dat u die evaluatie had moeten maken. U antwoordt hier dat u geen tijd had wegens de hoogdringendheid.

De Vlaamse minister van Volksgezondheid heeft het u gevraagd. Hoera omdat u luistert naar de Vlaamse regering, maar dan nodig ik u uit om dat bij alle vragen te doen.

U hebt ook niet geantwoord op mijn vraag hoe het zit met de regionale verschillen. U hebt dat zelfs niet aangekaart. Hoe groot zijn de verschillen tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel? Hoeveel procent is in de regio's gevaccineerd, hoeveel mensen zijn er gevaccineerd in de apotheken? Krijg ik dat antwoord niet omdat u daarvoor in de evaluatie ook geen tijd had? Ik vind uw antwoord daardoor heel onvolledig. Ik vind echt dat u zich wegsteekt achter de hoogdringendheid.

15.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, sta me toe om u de korte conclusie van het FAGG voor te lezen. Ik beschouw die als absoluut relevant in termen van evaluatie. Ik heb gezegd dat de evaluatie snel gebeurde, maar ik beschouw die als absoluut relevant. De tekst is in het Frans.

"Évaluation des données de pharmacovigilance recueillies depuis le 1^{er} octobre 2023."

"Depuis le 1^{er} octobre 2023, l'AFMPS a reçu sept notifications d'effets indésirables concernant des personnes vaccinées contre la grippe. Dans la plupart des cas, il s'agit d'effets indésirables possibles connus du vaccin. Dans un des cas, il est fait mention d'un décès mais le rapporteur pense que le décès est dû à un problème cardiovasculaire et le lien entre la vaccination et le décès n'est pas du tout établi. De plus, la personne a été vaccinée en même temps contre la covid-19. Dans aucun des sept cas précités, il n'est fait mention d'une vaccination par le pharmacien d'officine."

En conclusion, l'AFMPS ne dispose d'aucune donnée de pharmacovigilance mettant en évidence un problème dans le contexte d'une vaccination contre la grippe par le pharmacien d'officine."

Die conclusie is zeer relevant. Dat was eigenlijk de kern van de bezorgdheid.

15.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, neen, een evaluatie bestaat erin na te gaan of we het doel bereikt hebben, namelijk meer patiënten die gevaccineerd zijn. Het doel, dat ook de N-VA-fractie onderschrijft, was immers om patiënten te bereiken die anders niet naar de huisarts zouden gaan om een griepvaccin te krijgen, dus om meer patiënten te vaccineren tegen griep. Dat hebt u gewoon niet geëvalueerd, maar het stond wel in uw wet.

15.08 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, ik ben het daar niet mee eens. Om te beginnen heeft men, ook in Vlaanderen, melding gemaakt van honderdduizenden mensen die gevaccineerd zijn door de apothekers. Dat loopt dus. Ik organiseer de vaccinatiecampagne niet. Het FAGG – en dan gaat het over farmacovigilantie – zou evalueren en dat is gebeurd.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président:** Merci, monsieur le ministre. La prochaine question est la question de M. Piedboeuf ...

15.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Wij hebben nog recht op een repliek, mijnheer de voorzitter!

16 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement des transports interhospitaliers" (55040687C)

16 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van het ziekenvervoer tussen ziekenhuizen" (55040687C)

16.01 Benoît Piedboeuf (MR): Monsieur le président, on ne respecte jamais les délais ici! Je me demande pourquoi mes questions sont chaque fois renvoyées aux calendes grecques. C'est stupéfiant de venir en commission de la Santé. Les temps de parole ne sont jamais respectés. Jamais!

Ceci étant dit, je renvoie au texte de ma question pour faire gagner du temps à tout le monde ...

Monsieur le ministre, j'aimerais vous interroger sur la récente adaptation du financement du transport hospitalier. Avant 2024, lorsqu'un patient était transporté pour des raisons médicales d'un hôpital à un autre avec retour le même jour, le coût du transport était imputé au budget des moyens financiers (BMF). Si le patient était admis dans l'autre hôpital, ce coût était à la charge du patient.

Depuis le 1^{er} janvier 2024, un budget de 13,494 millions d'euros, réparti selon la taille de l'hôpital avec une pondération par lits, a été ajouté à la sous-partie B1 du BMF. Ce qui signifie, que depuis ce 1^{er} janvier 2024, le transport hospitalier entre hôpitaux avec admission dans un autre établissement ne pourra plus être facturé au patient. Cela vaut également si le patient entre dans le premier hôpital via le service des urgences et doit être transporté vers un autre hôpital pour des raisons médicales.

Compte tenu de cette récente modification, voici mes questions:

- Comment justifiez-vous la décision prise concernant le mécanisme de répartition de cette nouvelle enveloppe de 13, 494 millions d'euros? Une enquête spécifique a-t-elle été menée pour calculer ce montant supplémentaire? Va-t-il couvrir réellement les frais réels des hôpitaux agréés disposant d'un

BMF?

- A la suite d'un retour du terrain, il semblerait qu'une répartition au nombre de lits va fortement désavantager les hôpitaux de la Province du Luxembourg. Une clé de répartition définie sur base du KM parcouru serait plus équitable. Ma question est donc simple, a-t-il été envisagé de prendre en compte cet élément dans le mécanisme de répartition? Si oui, pourquoi ne pas l'avoir pris en compte?

16.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Toutes mes excuses, monsieur Piedboeuf.

À partir du 1^{er} janvier 2024, les transports interhospitaliers sont *de facto* couverts par le budget des moyens financiers. Cela dit, je tiens tout d'abord à signaler qu'il ne s'agit pas de transports urgents, qui tombent sous une autre réglementation et un autre financement. En outre, ces transports doivent être effectués pour des raisons médicales et non pas, par exemple, parce que le patient préfère être transféré dans un hôpital plus proche de son lieu de résidence. Il s'agit également de transports entre hôpitaux et non vers ou depuis d'autres institutions de soins telles que les centres de soins résidentiels ou les hôpitaux de réadaptation fédérés. Cela rend le financement cohérent, en ce sens que la différence entre le transport pour raison médicale avec admission et celui sans admission dans un autre hôpital n'est désormais plus opérée. C'est traité de manière égale. Pour les patients, cette différence était incompréhensible.

J'ai décidé d'intégrer *de facto* les 13,494 millions d'euros – c'est un montant défini à l'index du 1^{er} janvier 2023 – dans le budget des moyens financiers au 1^{er} janvier 2024. Plus précisément, cela sera intégré dans le BMF du 1^{er} juillet 2024 avec un montant de rattrapage pour la période courant du 1^{er} janvier 2024 au 30 juin 2024. Ce budget provient, d'une part, d'une enveloppe déjà disponible à hauteur de 7 millions dans le cadre des réseaux hospitaliers, mais qui n'était plus attribuée, et, d'autre part, d'une enveloppe supplémentaire prévue dans le budget 2023 de l'assurance-maladie. Ce budget de 6,5 millions d'euros est basé sur un échantillon réalisé par mes services pour estimer le coût des transports interhospitaliers. Je suis conscient des limites de cet échantillon, mais je n'ai pas reçu de meilleurs chiffres, y compris en provenance du terrain.

La sous-partie de financement dont relèvent ces frais de fonctionnement est la sous-partie B1 du BMF, c'est-à-dire les services communs, qui est largement financée sur une base forfaitaire et qui reprend les frais hôteliers d'un séjour hospitalier. Un travail d'enregistrement sera entrepris pour vérifier éventuellement le recouvrement des coûts. Toutefois, il doit être clair que celui-ci ne peut se limiter à cette partie, mais doit couvrir le coût intégral des services communs.

Le mécanisme de répartition sera basé sur les lits des hôpitaux concernés, avec cette nuance qu'il s'agira des lits agréés qui seront pondérés, un poids plus important étant accordé aux lits des petits hôpitaux et un poids plus faible aux hôpitaux qui ont un plus grand nombre de lits agréés. Le raisonnement sous-jacent est que les petits hôpitaux orientent relativement plus de patients et supportent donc des coûts relativement plus élevés. Je me base sur les propositions concrètes du Conseil fédéral des établissements hospitaliers.

La prise en compte du nombre de kilomètres parcourus pour les patients concernés est un paramètre qui n'est pas disponible actuellement. Le coût du transport dépend non seulement du nombre de kilomètres parcourus mais aussi du nombre de voyages et des tarifs négociés avec les transporteurs.

16.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse.

Dans une province comme celle de Luxembourg qui a moins de centres d'excellence, ce qui implique que les patients doivent sortir la plupart du temps de la province pour se rendre dans ces centres, si on ne tient pas compte du nombre de kilomètres parcourus, les hôpitaux sont pénalisés. Si on ne tient pas compte de cet élément-là, on a évidemment un problème.

Je comprends bien la répartition en fonction du nombre de lits. Une attention est ainsi réservée aux plus petits hôpitaux. Mais quand on est éloigné de tout, on doit se déplacer. Et nos amis d'Ecolo feraient bien de le faire aussi au niveau des voitures. Comme on habite loin, on doit se déplacer. Ici, c'est pareil. Les ambulances doivent sortir de la province pour se rendre dans des centres d'excellence et, si on ne tient pas compte de l'éloignement, on est pénalisé. Cela pose un problème à nos hôpitaux qui ont déjà un peu de mal en province de Luxembourg. C'est un élément sur lequel j'attire votre attention.

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

17 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Soteriahuizen" (55040688C)

17 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les 'Soteriahuizen'" (55040688C)

17.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, een Soteriahuis is een gewoon huis in het dorp of de stad waar een kleine groep van maximaal acht jongvolwassenen samenleven die een psychotische crisis doormaken. In Vlaanderen werd de werkgroep Soteriahuizen opgericht in juni 2020 met als doel het implementeren van Soteriahuizen in Vlaanderen. Mensen met een psychose die in het thuismilieu met de ondersteuning van mobiele teams niet meer kunnen worden opgevangen, worden nu meestal doorverwezen naar een ziekenhuis, wat zeer ingrijpend kan zijn. Een Soteriahuis kan een zinvol alternatief zijn voor de opvang van een patiënt met een acute psychotische crisis.

Hoeveel Soteriahuizen zijn er in België? Waar zijn zij gesitueerd?

Worden deze Soteriahuizen ondersteund met federale middelen? Zo ja, om hoeveel gaat het?

Hoe zit het met de bevoegdheidsverdeling betreffende Soteriahuizen in dit land?

Wat is uw visie ten opzichte van deze Soteriahuizen?

Tot slot een eerder praktische vraag. Het Soteriahuis El Camino in Bekegem heeft u een projectdossier bezorgd en er werd gevraagd hierover in gesprek te gaan. Heeft dit gesprek ondertussen plaatsgevonden? Kunt u daar wat meer toelichting over geven?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijn diensten beschikken nog niet over een overzicht van het aantal Soteriahuizen in België. Binnen de Vlaamse vzw Psyche bestaat er wel een Vlaamse werkgroep Soteriahuizen, samengesteld uit professionals uit de geestelijke gezondheidszorg met expertise in de behandeling van psychosen, personen die een dergelijke crisis hebben doorgemaakt en ook naaste betrokkenen van mensen met een psychosegevoeligheid.

Ik beschik niet over een overzicht van de realisaties van deze werkgroep.

Op uw tweede en derde vraag antwoord ik samen wanneer ik bij de laatste vraag gekomen zal zijn.

Op uw vierde vraag is mijn antwoord als volgt. Soteriahuizen hebben een werking die onder meer gebaseerd is op *open dialogue*. *Open dialogue* is een methodologie, een vernieuwende werkwijze die heel goed past binnen de aanpak van een crisis. Daar wordt vandaag al mee geëxperimenteerd binnen het crisiszorgtraject, waarin ik meer dan 15 miljoen euro heb geïnvesteerd bij de oprichting van de high and intensive care-diensten (HIC). In dit project worden lerende netwerken opgericht, ondersteund vanuit een consortium dat is opgericht door de KU Leuven.

We hebben inderdaad een dossier ontvangen. We hebben dat ook grondig bekeken in het kader van de verdere ontwikkeling van het crisiszorgtraject. Zoals eerder gezegd, vertrekken Soteriahuizen vanuit een alternatieve opvatting over de behandeling van psychose. Er is veel aannemelijks in deze alternatieve benadering, maar door deze huizen te financieren, institutionaliseren we hiermee een alternatieve benadering. Aangezien een aantal critici sceptisch is over de evidentie, bouwen we in een eerste stap aan de wetenschappelijke onderbouwing van de aanpak in de verschillende crisisdiensten, waaronder de HIC en mobiele teams. Bovendien willen we in het kader van de ondersteuning aan patiënten- en familieorganisaties in 2024 een vormingspakket organiseren inzake open dialoog. Soteriahuizen zijn woningen, geen ziekenhuisdiensten, waarvoor infrastructuur nodig is en waarvoor we vandaag niet in financiering kunnen voorzien. Zoals u weet zijn investeringen in infrastructuur een Vlaamse bevoegdheid geworden sinds de zesde staatshervorming.

17.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, het is niet echt een bevredigend antwoord. Het is een beetje raar dat u geen overzicht hebt over de Soteriahuizen in België. De geestelijke gezondheid

zou u toch nog wat na aan het hart mogen liggen.

U spreekt over een alternatieve manier van opvang van mensen met een acute psychose. Door die te financieren zou u die alternatieve manieren bestendigen. Het concept is zeer laagdrempelig. De mensen worden opgevangen in een huiselijke sfeer. Dat kan toch zeker bevorderend zijn voor het behandelen van de psychose. In zo'n Soteriahuis creëren ze nabijheid voor de persoon in crisis. Ze betrekken en ondersteunen ook de familie, wat in een ziekenhuiscontext vaak niet gebeurt. Er wordt de nadruk gelegd op groei en herstel. Ook in ziekenhuizen wordt dat gedaan, maar in ziekenhuizen wordt vaker gegrepen naar medicinale oplossingen. Daar ligt niet zo de nadruk op groei en herstel.

De Soteriahuizen zijn ook destigmatiserend. Zelfs in onze moderne maatschappij worden mensen die een acute psychotische crisis beleven vaak gestigmatiseerd. Ook belangrijk is dat die Soteriahuizen de sociale inclusie behouden. Ze blijven deel uitmaken van een gemeenschap.

Mijnheer de minister, u noemt dit alternatief. Het zou u echter sieren mocht u weten hoeveel huizen er zijn in België. En het zou u zeker ook sieren om dit met enige aandacht te volgen, om deze aanpak op zijn minst te laten bestuderen door uw diensten en om hem daarna ook te steunen. Het lijkt mij immers een totaalaanpak en het is zeer laagdrempelig, wat belangrijk is in dezen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: J'aimerais rappeler aux députés qu'ils disposent de deux minutes pour poser leur question et d'une minute pour leur réplique.

17.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Pourrais-je proposer une transaction? Il reste une question de M. Piedboeuf, à laquelle ma réponse est très courte mais importante. Cette question risquant de ne pas pouvoir être traitée aujourd'hui, je vous propose d'y répondre maintenant, de manière à pouvoir libérer M. Piedboeuf. Il s'agit de la question n° 55040819C sur le financement du passage à l'IFIC.

17.05 **Benoît Piedboeuf** (MR): Monsieur le ministre, je resterai moi-même pour remplacer M. le président, qui doit partir à 17 h 45. Néanmoins, je vous remercie.

Le **président**: Nous passons donc à la question de M. Piedboeuf.

18 **Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement du passage à l'IFIC" (55040819C)**

18 **Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de overgang naar de IFIC-barema's" (55040819C)**

18.01 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Monsieur le ministre, j'aimerais vous interroger sur l'arrêté royal relatif aux modalités de financement du passage à l'IF-IC pour les hôpitaux publics.*

Bien que l'IF-IC soit d'application depuis le 1^{er} juillet 2021 pour les hôpitaux publics, il semblerait l'arrêté royal y relatif et fixant les modalités de financement ne soit pas encore publié.

Cela laisse bien évidemment une grande incertitude sur le financement à percevoir puisqu'à ce stade seules des avances ont été versées via le BMF aux hôpitaux.

Le montant définitif doit être calculé sur base de cet arrêté Royal (non publié), cet AR permettant aux hôpitaux publics de calculer le rattrapage à recevoir ou à rembourser pour les exercices 2021 (2^{ème} semestre), 2022 et 2023.

Ces montants de rattrapage pouvant être importants et impacter sensiblement le résultat des hôpitaux, la publication de cet AR est donc primordiale et ce avant la clôture comptable de l'exercice 2023 (soit généralement fin mars 2024).

Il nous revient à ce propos du terrain que les travaux relatifs à cet arrêté royal seront bientôt finalisés.

Compte tenu de ceci monsieur le ministre, voici mes questions:

Quel est l'état du dossier? Quand pensez-vous que cet arrêté royal pourra être finalisé et surtout publié?

Pouvez-vous confirmer qu'il n'y aura pas de distorsion entre le financement des hôpitaux privés et publics et que l'ensemble des fonctions sectorielles IF-IC feront également l'objet d'un financement pour les hôpitaux publics comme c'est le cas pour les hôpitaux privés?

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Piedboeuf, la réponse est la suivante: l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, qui détermine – entre autres – les modalités de financement et de révision des budgets relatifs à l'IFIC à partir du 1^{er} juillet 2022, a été finalisé.

Une publication au *Moniteur belge* est prévue dans le courant du premier semestre de cette année.

En ce qui concerne les hôpitaux publics, il est effectivement prévu d'appliquer les mêmes modalités de financement que celles appliquées aux hôpitaux privés.

18.03 Benoît Piedboeuf (MR): C'est une très bonne réponse. Je vous remercie, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La prochaine question est une question de Mme Depoorter sur "*Botox tegen migraineaanvallen*".

18.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik wil eerst van mijn recht op repliek gebruikmaken wat betreft vraag nr. 55040870C. Wanneer de minister van mening is dat hij nog tussenantwoorden kan geven, hebben wij ook recht op repliek, ook al nemen wij dan de tijd van andere leden in.

Mijnheer de minister, over de griepvaccinatie hebt u in uw wet een evaluatie ingeschreven. U komt hier met een vodge dat is bijeengeraapt door het FAGG. U hebt uw eigen wet dus niet gerespecteerd. Laat ons daarover duidelijk zijn. Dat is een minister van Volksgezondheid niet waardig.

19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Botox tegen migraineaanvallen" (55040700C)

19 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recours aux injections de botox contre les crises migraineuses" (55040700C)

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Wanneer iemand migraine ervaart, komen gelijktijdig symptomen zoals hoofdpijn, misselijkheid en gevoeligheid tot uiting gedurende een aanval. Migraine kan zowel plotseling opkomen als worden getriggerd door een ongezonde levensstijl of hormonale veranderingen. De frequentie van migraine-episodes varieert, waarbij sommige patiënten wekelijks worden getroffen, terwijl anderen slechts eens per maand een aanval ervaren. Tijdens een migraineaanval ervaren patiënten doorgaans een combinatie van de eerder genoemde symptomen. Niettemin kan Botox ook een behandelingsoptie zijn tegen migraine, waarbij Botoxinjecties in spieren rond de schouders, hals en het hoofd patiënten met chronische migraine kunnen helpen om symptomen te verminderen en het aantal dagen met hoofdpijn te verminderen.

Graag verneem ik het volgende van u:

In hoeverre wordt Botox beschouwd als een effectieve behandelingsoptie voor patiënten met chronische migraine? Kunt u informatie verstrekken over de mechanismen en effectiviteit van Botoxinjecties in het verminderen van migraine-symptomen en het aantal hoofdpijndagen?

Zijn Botoxbehandelingen voor migraine momenteel toegankelijk voor patiënten in ons gezondheidssysteem? Worden deze behandelingen vergoed en zo ja, onder welke voorwaarden?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, er bestaan verschillende vormen van

migraine. Specifiek voor botox spreken we, volgens het label van botox, over: "Symptoomverlichting bij volwassenen die voldoen aan de criteria voor chronische migraine (minstens vijftien dagen per maand hoofdpijn, waarbij die minstens acht dagen gepaard gaat met migraine) bij patiënten die onvoldoende hebben gereageerd op of die intolerant zijn voor profylactische geneesmiddelen tegen migraine."

Mijn voorganger, mevrouw De Block, heeft in 2019 de vergoeding genotifieerd aan het bedrijf na een gunstig advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) en na de sluiting van een contract tussen de fabrikant en het RIZIV. Het is niet mijn taak om voor te lezen uit de documenten van de CTG, die beschikbaar zijn voor het publiek. Toch vermeld ik dat in de CTG de studies onder de naam PRE-EMPT aangaven dat botox meer pijnstillend is dan een placebo en dat weinig studiepatiënten met botox stopten wegens nevenwerkingen.

Destijds werd het vergoedingscriterium ingevoerd dat de patiënt een proefperiode van zes maanden moest ondergaan die verbetering van de pijn aantoonde. In antwoord op uw vraag is aldus een *responder* gedefinieerd als degene die minstens een 50 %-reductie van pijnvrije dagen heeft gedurende de laatste vier weken van de proefperiode in vergelijking met de laatste vier weken voor de start van botox. Dat is dus een objectief criterium dat aangeeft welke patiënten een respons op botox vertonen.

De farmaceutische specialiteit botox is beschikbaar in België en komt sinds maart 2019 in aanmerking voor een vergoeding van de behandeling van chronische migraine bij volwassen rechthebbenden, indien minstens twee andere profylactische medicamenteuze behandelingen en aanvullende niet-farmacologische behandelingen faalden. Onder 'falen' wordt verstaan dat die patiënten geen halvering van het aantal migrainedagen konden bereiken, gemeten per periode van vier weken, of dat de patiënten een intolerantie vertoonden.

Vergoeding is enkel mogelijk via voorafgaande machtiging van de adviserend arts. Patiënten moeten dus voldoen aan alle voorwaarden die gesteld worden in de betrokken paragraafteksten, zoals het niet misbruiken van geneesmiddelen en beschikken over een voorschrift van de arts-specialist in de neurologie. De eerste machtiging verloopt via paragraaf 96.00.100 en is geldig voor twee behandelingsessies gedurende een proefperiode van zes maanden. Indien die proefperiode doeltreffend blijkt te zijn op basis van een hoofdpijndagboek, waarbij de rechthebbende een halvering van het aantal migrainedagen in vergelijking met vier weken voor de start van de behandeling ondervindt, kan de patiënt hernieuwbare machtigingen voor vergoeding krijgen, ditmaal via de paragraaf 96.00.200, en telkens voor periodes van twaalf maanden.

19.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. De behandeling met botox lijkt mij voor een aantal patiënten een mooie uitweg. Migraine is in bepaalde gevallen zeer moeilijk behandelbaar, dus de terugbetaling en de voortzetting van de terugbetaling kan essentieel zijn, zeker als mensen ook nog actief zijn en willen gaan werken.

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

20 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het complex regionaal pijnsyndroom" (55040701C)

20 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le syndrome douloureux régional complexe" (55040701C)

20.01 Kathleen Depoorter (N-VA): *Mijnheer de minister, het verstrekken van zorg en ondersteuning aan personen die kampen met het Complex Regionaal Pijnsyndroom (CRPS), voorheen bekend als posttraumatische of Sudeckse dystrofie, is vaak een uitdaging. Deze chronische pijnandoening, die veelal ontstaat na letsel zoals een botbreuk of kneuzing, veroorzaakt aanhoudende en soms ernstige pijnklachten. In sommige gevallen blijft deze pijn langer aanhouden dan verwacht na het initiële letsel. In ons land worden patiënten met CRPS niet alleen geconfronteerd met fysieke uitdagingen, maar ook met financiële obstakels. In bepaalde gevallen kunnen patiënten niet volledig de kosten dekken, waardoor zij gedwongen zijn steun te zoeken bij familie of vrienden.*

Graag verneem ik het volgende van u:

Hoeveel patiënten met CRPS zijn er in ons land? Graag de aantallen voor dit jaar (zover bekend) en

de voorgaande 5 jaren.

Graag verneem ik wat de speerpunten van het huidige beleid is naar deze aandoening en dan in het bijzonder de diagnose, behandeling en ondersteuning van deze patiënten met CRPS?

De voorziene financiële ondersteuning of tussenkomst is vaak niet toereikend voor deze patiënten. Zijn er plannen voor toekomstige initiatieven of beleidsveranderingen met betrekking tot CRPS en dan in het bijzonder op het verminderen van financiële lasten voor patiënten?

Wordt er binnen België aan onderzoek gedaan naar CRPS, het ontwikkelen van een test om het syndroom vast te stellen want op dit moment gebeurt dit op een klinische basis (Boedapest-criteria), of zijn er proefprojecten hieraangaande lopende?

[20.02] Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, het RIZIV heeft geen prevalentiecijfers voor België. Voor zover het RIZIV weet, zijn er ook geen epidemiologische studies bekend over prevalentie en incidentie van CRPS in België.

Voor patiënten met CRPS van de onderste ledematen die niet of onvoldoende hebben gereageerd op actieve kine en multimodale farmacologische en invasieve pijnbehandeling, wordt sinds 1 december 2019 in het kader van een beperkte klinische toepassing (BKT) een tijdelijke tegemoetkoming voor neurostimulatie van het dorsaal wortelganglion (DRG) voorzien. Tijdens de duur van die beperkte klinische toepassing – vijf jaar – worden gegevens verzameld die de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen moeten toelaten om de doeltreffendheid van de behandeling op lange termijn te evalueren. Op basis van het tussentijds rapport van de BKT zijn op 13 april 2022 144 aanvragen voor DRG-neurostimulatie ingediend. Het is essentieel om te beseffen dat het hier om een subgroep van CRPS-patiënten gaat.

CRPS is een aandoening waarbij de patiënt voortdurend pijn heeft in een bepaalde regio van het lichaam na een trauma. Er bestaat vandaag nog geen goede test om CRPS aan te tonen. Het is vooral een klinische diagnose. De behandeling vraagt een goede samenwerking tussen arts, psycholoog en kinesitherapeut. CRPS is opgenomen op de F-lijst, waardoor een patiënt recht heeft op maximaal 60 kinezittingen tegen het beste tarief terugbetaald gedurende een periode van een jaar. Als dat onvoldoende verbetering geeft, kan er worden doorverwezen naar een gespecialiseerde pijnkliniek. Onder bepaalde voorwaarden heeft de patiënt recht op terugbetaling van een neurostimulator en/of de vervanging ervan door de verzekering geneeskundige verzorging.

Binnen de BKT voor DRG-neurostimulatiebehandelingen van CRPS van de onderste ledematen wordt ingezet op een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak met vier belangrijke pijlers, namelijk kine en revalidatie, multimodale farmacologische behandelingen, interventionele therapieën en psychotherapie.

Er bestaat een reglementair statuut 'chronische aandoening' voor mensen die herhaaldelijk belangrijke uitgaven hebben. Dat statuut wordt voor twee kalenderjaren toegekend, op basis van de gezondheidsuitgaven van de betrokken persoon. Het is dus onafhankelijk van de onderliggende pathologie. Het kan ook jaarlijks worden verlengd als het financiële criterium nog steeds vervuld is.

Daarnaast worden neurostimulatoren van het dorsale wortelganglion, in het geval van CRPS van de onderste ledematen, binnen het kader van de BKT tijdelijk terugbetaald sinds 1 december 2019. Na afloop en bij een positieve evaluatie van deze BKT door de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen zou de tegemoetkoming voor DRG-neurostimulatiebehandeling in de lijst kunnen worden opgenomen. Meestal worden neurostimulatoren, elektroden en toebehoren integraal vergoed.

Er zijn verder geen toekomstige initiatieven of beleidsveranderingen met betrekking tot CRPS lopende.

Omdat de pathogenese en de pathofysiologische mechanismen van CRPS nog grotendeels onbekend zijn, worden deze patiënten gediagnosticeerd volgens de klinische IASP Boedapest Criteria. We zijn niet op de hoogte van onderzoeksprojecten rond deze indicatie. Het RIZIV kan ook niet tussenkomen voor verstrekkingen verricht in het kader van wetenschappelijk onderzoek of klinische proefnemingen.

20.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het is een goede zaak dat die BKT over een periode van vijf jaar wordt geëvalueerd, waarna men eindelijk over gegevens zal beschikken. U zult het met mij eens zijn dat dit opnieuw een pijnpunt in het gezondheidssysteem is. U moet uw antwoord hier starten met: er zijn geen prevalentiecijfers, er zijn geen studies. Veel patiënten kan men zo geen antwoord geven en men heeft ook geen correcte gegevens over hen.

Het start allemaal met een goede klinische diagnose. Dan kan men gaan behandelen. Die neurostimulatie kan wel een oplossing zijn. Ik kijk ernaar uit dat de evaluatie binnen vijf jaar grondig wordt afgerond zodat men dan aan een duurzame oplossing voor de patiënten kan gaan werken en een terugbetaling kan regelen.

Het klopt dat u niet echt kunt tussenkomen bij klinische studies, maar u zou wel proefprojecten kunnen organiseren en dat mis ik een beetje in uw antwoord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55040708C de M. Steven Creyelman est transformée en question écrite.

21 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verbod op ereloonsupplementen voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming" (55040724C)

- **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen" (55040760C)

21 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction de suppléments d'honoraires pour les patients avec intervention majorée" (55040724C)

- **Sofie Merckx** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires" (55040760C)

21.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, onlangs werden nieuwe akkoorden afgesloten binnen de Medicomut en de Dentomut. Een van de zaken die in die akkoorden werd meegenomen, was een getrapte invoer van het verbod op ereloonsupplementen voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming. Een deel zou vanaf 2025 worden uitgevoerd en een deel later.

Volgens berichten in de media zou hierover binnen de regering een debat zijn ontstaan waardoor zelfs de benoeming van de gouverneur van de Nationale Bank moest worden uitgesteld.

Uiteindelijk zouden er voorstellen worden bezorgd aan de beroepsverenigingen inzake de gewijzigde regeling voor ereloonsupplementen.

Het is mij niet helemaal duidelijk wat deze precies inhoudt.

Kunt u verduidelijken wat er precies aan de beroepsverenigingen werd gevraagd? Betreft het zowel de Dentomut als de Medicomut?

Zullen de akkoorden worden uitgevoerd zoals zij afgesloten zijn of beoogt u nog wijzigingen aan de akkoorden van de Dentomut en de Medicomut?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: U hebt gelijk, mevrouw Gijbels, zowel in de Medicomut als in de Dentomut is een akkoord tot stand gekomen over de concrete uitvoering van het verbod op ereloonsupplementen voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, en wel in twee fasen.

Wij hebben binnen de regering afgesproken om, volledig getrouw aan deze akkoorden, een besluit voor te leggen in enerzijds de Dentomut en in anderzijds de Medicomut, waarbij dit akkoord geconcretiseerd wordt in de regelgeving. Dit loopt nu. De Medicomut en de Dentomut geven een advies over wat wij voorgelegd hebben, maar het besluit is volledig conform aan het overleg dat daarover gevoerd is en aan de afspraken die daarover in de Dentomut en de Medicomut gemaakt zijn voor Kerstmis.

21.03 Frieda Gijbels (N-VA): Los van de kern van de zaak, of men zulke maatregelen wel kan opleggen aan zorgverstrekkers die niet geconventioneerd zijn en die dus ook niet de voordelen van een conventie hebben, hoop ik dat de tijd wel nuttig gebruikt zal worden. Ik hoop vooral dat de potentiële effecten van het verbod op ereloonsupplementen worden onderzocht, vooral in die regio's waar er nog hoge concentraties zijn van mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Ik hoop van ganser harte dat dit er niet toe zal leiden dat er zorgwoestijnen ontstaan waar zorgverstrekkers noodgedwongen moeten vertrekken. Hopelijk wordt de tijd ook gebruikt om een kostprijsberekening te maken van de behandelingen en om de nomenclatuur aan te passen. Als dit niet gebeurt en het wordt zo doorgevoerd, zullen die maatregelen echt desastreuze effecten hebben, vrees ik.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la nutrition entérale et parentérale en milieu hospitalier et extrahospitalier" (55040728C)

22 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van enterale en parenterale voeding in en buiten het ziekenhuis" (55040728C)

22.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, l'alimentation fait partie de notre vie quotidienne. Et pourtant, cet acte qui semble si évident ne l'est pas pour tout le monde.*

La dénutrition est un problème fréquent, mais souvent méconnu, qui, d'après certaines études belges, concernerait jusqu'à 33% des patients hospitalisés, 13% des personnes âgées vivant à domicile et 16% des résidents de maisons de repos. Il existe des solutions, comme par exemple les compléments alimentaires. Mais dans certaines situations graves, les nutriments doivent être administrés via une sonde (voie entérale) ou directement dans le sang, via un cathéter (voie parentérale), que l'on soit à l'hôpital ou à domicile.

Les réglementations actuelles en matière d'accessibilité et de remboursement de la nutrition entérale et parentérale comportent un certain nombre d'incohérences. Dans son rapport de 2016 le KCE soulignait que les règles belges du remboursement de la nutrition (par)entérale étaient complexes et peu cohérentes. Elles conduisent à des inégalités financières et à des coûts à charge des patients qui varient en fonction du type de nutrition et du lieu des soins.

Ainsi, ce que le patient doit payer de sa poche varie en fonction du type de nutrition, entérale ou parentérale, mais aussi du lieu où elle est administrée, à la maison ou à l'hôpital. Cette situation touche tant des personnes âgées que des nourrissons dont la charge financière peut être terriblement lourde pour les parents.

Or, en France le remboursement lui est total et il n'est pas rare que les patients belges se tournent vers eux pour chercher de l'aide.

Monsieur le ministre, le KCE a proposé deux scénarios de remboursement afin de réduire les inégalités, qu'en est-il aujourd'hui?

Comment justifier un remboursement partiel et non total pour un acte médical vital pour des milliers de patients?

22.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, je propose d'apporter une partie de la réponse, qui est assez technique et détaillée.

Madame Hennuy, je suis bien conscient du problème de dénutrition au sein de différentes populations et des problèmes repris dans le rapport du KCE de 2016 en ce qui concerne la nutrition entérale et parentérale en milieu hospitalier. Le coût de la nutrition entérale en milieu hospitalier relève du budget hospitalier et, plus précisément, du BMF que l'INAMI accorde chaque année aux hôpitaux. Le coût de la nutrition parentérale relève du budget pharmaceutique de l'hôpital. En cas de nutrition parentérale, les vitamines et les oligo-éléments sont à payer par le patient. À l'hôpital, la nutrition entérale coûte

moins cher au patient que la nutrition parentérale.

En ce qui concerne la nutrition entérale à domicile et la nutrition parentérale pour les bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés, le groupe de travail "nutrition médicale" a pour compétences la nutrition entérale par sonde à domicile et la nutrition parentérale pour les bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés. Les dépenses liées à la nutrition entérale et parentérale à domicile dépendent d'un budget spécifique de l'INAMI dédié à la nutrition médicale à domicile.

S'agissant de la nutrition entérale, le patient doit d'abord payer lui-même l'intégralité de sa nutrition et puis attendre le remboursement par son organisme assureur. C'est un forfait partiel journalier. Une intervention partielle journalière est prévue pour la pompe. Quant à la nutrition parentérale, elle est organisée par les hôpitaux qui en sous-traitent généralement la livraison et par l'administration d'une entreprise externe. Un montant journalier est versé par le patient et s'élève à seulement 62 euros, vitamines et oligo-éléments compris. Il n'y a pas d'intervention prévue pour la pompe et le pied à perfusion. Le recours à la nutrition parentérale à domicile est financièrement plus avantageux pour le patient que la nutrition entérale.

L'impact budgétaire calculé en 2016 par le KCE pour le scénario d'après lequel l'INAMI rembourse intégralement la nutrition entérale à domicile est estimé à 14 millions d'euros. Ce budget n'est, hélas, pas disponible pour le moment.

Des actions passées ou en cours ont été proposées par le groupe de travail "Nutrition médicale" pour la nutrition entérale et parentérale à domicile. Je peux aussi vous donner les détails des propositions qui ont été formulées, mais qui n'ont pas encore été mises en œuvre.

22.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, merci pour cette réponse complète, mais qui malheureusement ne donne pas beaucoup de perspectives à terme pour un meilleur remboursement, alors qu'il s'agit d'un acte médical vital pour des milliers de patients. Je serais intéressée d'avoir votre réponse écrite.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55040744C de M. Patrick Prévot est reportée. Les questions n° 55040759C, 55040761C et 55040762C de Mme Sofie Merckx sont également reportées.

23 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Aimovig" (55040786C)

23 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Aimovig" (55040786C)

23.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, Aimovig is een monoklonaal antilichaam en is geïndiceerd voor profylaxe van migraine bij volwassenen die ten minste vier migrainedagen per maand hebben. De aanbevolen dosis is elke vier weken 70 mg erenumab.

Uit klinisch onderzoek is gebleken dat er bij de meeste patiënten die op de behandeling reageren, binnen drie maanden sprake was van klinisch voordeel. Bij patiënten die na drie maanden behandeling geen respons hebben vertoond, moet worden overwogen de behandeling te staken. Daarna is regelmatige evaluatie aanbevolen van de noodzaak om de behandeling voort te zetten.

Zoals net beschreven, dient een patiënt bij wie de behandeling effectief blijkt elke vier weken een dosis te ontvangen. Aimovig wordt aan die patiënten terugbetaald, maar slechts voor tien maanden per jaar of, zoals het BCFI formuleert, maximaal tien verpakkingen per behandelperiode van twaalf maanden. De pauze van twee maanden wordt door migrainepatiënten als heel pijnlijk ervaren en heeft een enorme impact op hun leven.

Ook neurologen zijn gekant tegen die lange pauze, die ook ingaat tegen de richtlijnen van de European Headache Federation, die in haar update van 2022 suggereert de behandeling te herstarten wanneer de migraine verslechtert na het stopzetten van de behandeling.

Mijnheer de minister, ik heb maar één vraag dienaangaande.

Overweegt u de *treatment holiday* van twee maanden af te schaffen en de behandeling sneller te laten hervatten en terug te betalen zodra de migraineaanvallen terugkeren tijdens de pauze?

Président: Benoît Piedboeuf.

Voorzitter: Benoît Piedboeuf.

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Momenteel is er voor Aimovig en de andere monoklonale antilichamen Ajovy en Emgality een procedure lopende. In deze procedure wordt onder meer de noodzaak en de duur van de *treatment holiday* geëvalueerd. Omdat deze procedure nog niet helemaal afgesloten is, kan ik daar op dit moment jammer genoeg geen details over geven. U komt net iets te snel.

23.03 **Dominiek Snelpe** (VB): Dat is een zeer kort antwoord. Ik zal hier zeker op terugkomen.

Ik ben al blij dat de procedure lopende is en dat de evaluatie aan de gang is, dat de *treatment holiday* van twee maanden toch blijikbaar in vraag wordt gesteld. Ik zal u er te gepasten tijde over ondervragen.

Hebt u enig zicht op de tijdlijn daarin? U zegt van niet. Dan zullen we het wel verder zien.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

24 **Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dringende geneeskundige hulpverlening" (55040787C)**

24 **Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'aide médicale urgente" (55040787C)**

24.01 **Dominiek Snelpe** (VB): Mijnheer de minister, het budget voor dringende geneeskundige hulpverlening wordt opgetrokken tot bijna 240 miljoen euro in 2025. U verklaart dat deze middelen nodig zijn om de sector te professionaliseren en beter te omkaderen. Nochtans wordt aan de basisopleiding van ambulanciers vandaag niet gesleuteld.

Verscheidene commissies zien de rol van hulpverlener-ambulance louter als een uitdoofscenario en als regulier medisch taxitransport. Welke toekomst ziet u nog voor de hulpverlener-ambulance?

In hoeverre wilt u evolueren naar een dringende medische hulpverlening die vooral wordt verricht door PIT-interventies en minder door hulpverleners-ambulanciers?

Is er voldoende personeel om de PIT-ambulances te bemannen? Hoe evolueerde dit de voorbije jaren?

Hebt u weet van verpleegkundigen zonder bijzondere beroepstitel die worden uitgestuurd om een PIT te bemannen omdat gekwalificeerd personeel ontbreekt?

Hoewel veel hulpverleners-ambulanciers staan te poppelen om een bredere of diepgaandere opleiding te volgen, wordt nauwelijks iets aan de basisopleiding gedaan. Waarom breidt men de opleiding hulpverlener-ambulance niet uit?

Hoe staat u tegenover een *emergency medical technician* zoals die in de Verenigde Staten bestaat, als een niveau tussen de hulpverlener-ambulance en de verpleegkundige? Het gaat dan om hulpverleners die kunnen ingrijpen bij een hypo of pijnmedicatie kunnen toedienen.

24.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Snelpe, ik wil er in de eerste plaats op wijzen dat dringende geneeskundige hulpverlening een federale bevoegdheid is en dat niet-dringend vervoer een deelstaatbevoegdheid is. De gemeenschappen zijn ook bevoegd voor de opleiding.

De medische regulatie binnen de niet-planbare zorg, en dus ook het handboek voor deze, is gestoeld op acht urgentieniveaus. Aan elk urgentieniveau werd een zorgantwoord gekoppeld. Voor niveau 1 en 2 is het antwoord een MUG en een ziekenwagen. Voor niveau 3 en 4 is het antwoord een PIT. Voor

niveau 5 is het antwoord een ziekenwagen. Voor niveau 6 en 7 is het antwoord de wachtdienst van de huisarts en voor niveau 8 is het antwoord een uitstel naar planbare zorg.

Die aanpak is er om de zorgbehoeften van de patiënten in het zorgaanbod zo goed mogelijk te laten aansluiten op elkaar en het juiste middel naar de patiënt en burger in nood te sturen. Er is dus geen sprake van een uitdoofscenario voor de ziekenwagens, noch van een uitholling van de hulpverleners-ambulanciers binnen de federale bevoegdheden.

Het is voorts ook zo dat in een PIT een hulpverlener-ambulance aanwezig is, naast een verpleegkundige.

In het kader van het hervormingstraject van de dringende geneeskundige hulpverlening, hoop ik nog voor het einde van deze legislatuur de erkenningsvoorwaarden te kunnen vastleggen voor de PIT's. Zodra zij bekend zijn, zullen wij dat middel kunnen programmeren en uitrollen, rekening houdend met het benodigde aantal verpleegkundigen.

Wat betreft het gezondheidszorgsysteem in de Verenigde Staten en de gezondheidszorgbeoefenaars daar, is het belangrijk erop te wijzen dat dat systeem er zowel qua zorg als qua beroepsoefening en sociale zekerheid helemaal anders uitziet dan het onze. Vergelijkingen moeten dan ook met enige omzichtigheid gebeuren.

Emergency medical responder en *emergency medical technician* (EMT) zijn de twee laagste opleidingsniveaus in het Amerikaanse systeem, met respectievelijk 60 en 120 uur opleiding. De *responder* mag ter plaatse gaan om hulp te bieden, maar mag geen patiënten begeleiden tijdens het transport naar het ziekenhuis. De *technician* mag wel een transport begeleiden – die is dus eigenlijk vergelijkbaar met onze hulpverlener-ambulance. Een EMT kan doorgroeien naar een *advanced emergency medical technician* door 300 uur opleiding en naar een *paramedic* door 1.800 uur opleiding. Het is die laatste categorie van hulpverlener die een scala van technieken en medicatie ter beschikking krijgt om, net als onze PIT-verpleegkundigen, prehospital geavanceerde zorg te kunnen bieden. Het traject *responder-technician-paramedic* is voor de meesten een traject van meerdere jaren.

Binnen de Belgische wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen staan de hulpverleners-ambulanciers ingeschreven onder een eigen hoofdstuk. De activiteiten die zij kunnen uitvoeren, alsook de nadere regels waaronder zij die handelingen kunnen stellen, worden bepaald door het KB van 21 februari 2014. De laatste stap van de brede hervorming van het verpleegkundig beroep bestaat erin te bekijken in hoeverre de bevoegdheid van andere gezondheidszorgberoepen het best wordt verruimd. Wat betreft de hulpverleners-ambulanciers kan dat pas na een advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde, alsook van de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening. Die laatste stap wordt de komende maanden verdergezet, al zal de verdere concretisering ervan wellicht werk zijn voor de volgende legislatuur.

24.03 Dominiek Sneepe (VB): Mijnheer de minister, ik heb al verschillende vragen over de PIT-bemanning en PIT-ambulances gesteld. Die vragen worden me ingefluisterd door ambulanciers. De bezorgdheid is groot dat wanneer die PIT-ambulances volledig worden uitgerold, er onvoldoende verpleegkundigen zullen worden gevonden om die te bedienen en die ambulances dus in de garage zullen blijven staan. Dat betekent dat er minder ambulances ter beschikking zouden zijn voor de dringende medische hulpverlening.

U verklaart dat in elke PIT ook een hulpverlener-ambulance aanwezig is, maar helaas krijgt die maar weinig taken toebedeeld. Dat is natuurlijk het probleem. Het probleem is niet dat ze daar niet aanwezig zijn, maar wel dat hun beroep helemaal wordt uitgehouden.

U hebt niet geantwoord op mijn vraag of u voldoende personeel hebt om die PIT-ambulances te bemannen. Ik vrees dan ook het ergste voor de toekomst.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n° 55040810C et 55040820C de M. Rigot et n° 55040815C de M. Prévot sont reportées. La collègue Rohonyi devrait nous rejoindre sous peu, nous l'attendrons donc. Les

questions jointes n° 55040869C, 55040871C et 55040899C de Mmes Gijbels et Depoorter sont reportées.

Nous avons épuisé le répertoire de M. le ministre. Nous avons accéléré sur la fin, donc nous en resterons là pour aujourd'hui. La question n° 55040818C de Mme Rohonyi est reportée.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 53.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.53 uur.