

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 6 FEVRIER 2024

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 6 FEBRUARI 2024

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 10 et présidée par Mme Sofie Merckx.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.10 uur en voorgezeten door mevrouw Sofie Merckx.

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 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Medista en Deloitte" (55040759C)

01 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Medista et Deloitte" (55040759C)

01.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, we hebben het onlangs nog over de Medista-affaire gehad tijdens de interpellaties in de plenaire vergadering. U hebt toen al op een deel van de vragen geantwoord. Mijn vraag betrof specifiek de rol van Deloitte en een eventueel belangenconflict. Uw antwoorden in de plenaire vergadering waren niet helemaal een antwoord op mijn vraag, dus in die zin pas ik ze wat aan.

Is er geen belangenconflict vanwege het feit dat Deloitte de FOD bijstaat in de zaak tegen Medista, maar blijkbaar ook Movianto zou hebben geadviseerd om de opdracht voor de opslag van covidvaccins binnen te halen? Daar komt nog bij dat Deloitte dikwijls wordt ingeschakeld voor consultancyopdrachten.

Is de rol van Deloitte opgenomen in de audit die werd besteld? Wanneer kunnen we de resultaten van die audit verwachten? Tijdens de interpellaties vroeg u aan Medista om alle videobeelden vrij te geven omdat u die nog steeds niet had gekregen. Hebt u die beelden intussen al gekregen?

01.02 Minister Frank Vandenbroucke: Uw schriftelijke voorbereiding ging eigenlijk niet helemaal daarover, maar die leg ik dan opzij.

Uw eerste vraag is of de Federale Interne Audit ook zal kijken naar de rol van Deloitte. Ik heb aan de Federale Interne Audit gevraagd om een audit te doen. Die audit gaat onder meer over de aanbesteding en de toekenning van dit contract. Ik ga ervan uit dat de Federale Interne Audit naar alles zal kijken wat daarbij relevant is. Ongetwijfeld is de rol van degenen die advies hebben gegeven of opgetreden zijn als advocaten voor de federale overheid relevant. Ik zal echter niet zeggen wat de Federale Interne Audit moet doen of niet moet doen. Dit is een onafhankelijk onderzoek. Op de vragen die u daarover stelt, zal ik verder inhoudelijk ook niets zeggen. Er loopt een onafhankelijk onderzoek bij de Federale Interne Audit.

U hebt gevraagd of het bedrijf Medista is ingegaan op mijn zeer uitdrukkelijke vraag, die ik al verschillende keren gesteld heb, zelfs al enige tijd geleden, om de opnames waarover zij beschikken vrij te geven. Medista is daar nog altijd niet op ingegaan. Ik herhaal hier zeer uitdrukkelijk en zeer formeel mijn vraag aan Medista om alle video- en telefoonopnames waarover het bedrijf beschikt en die het, ten minste in één krant, naar voor schijft als bewijsmateriaal, door te sturen naar de Federale Interne Audit of naar mij, zodat ik ze aan de Federale Interne Audit kan bezorgen. Dat zou het onderzoek natuurlijk enorm vooruithelpen. Als het bedrijf Medista in die opnames bewijzen ziet van de

zaak die Medista bepleit, is het ook maar logisch dat al dat materiaal meteen wordt vrijgegeven. Ik herhaal dus voor de zoveelste keer zeer uitdrukkelijk mijn vraag aan het bedrijf Medista om alle opnames – video en telefoon – aan de autoriteiten te bezorgen, zodat het onderzoek ook daarover kan lopen.

01.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Volgens mij is er toch een probleem met een mogelijk belangenconflict als we de rol van Deloitte bekijken. Ik hoop dat dit in de audit zal worden opgenomen.

Ik neem akte van het feit dat er niet is ingegaan op uw vraag om al die opnames te bezorgen.

Ten derde had ik ook gevraagd wanneer u denkt dat de audit klaar zou zijn. Kunt u daarop nog antwoorden?

01.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat heb ik al eerder gezegd. Er is niets veranderd in wat ik daarover al eerder heb gezegd.

01.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): U hebt gewoon gezegd dat het lang zou duren. U hebt niet meer details gegeven, denk ik.

01.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb daar al verschillende keren op geantwoord. Ik verzoek u om te lezen wat ik daarop al verschillende keren heb geantwoord.

01.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Wat ik mij herinner, is wat u de laatste keer tijdens de interpellatie hebt gezegd, dat het langer zou duren dan februari. Wij verwachtten de uitslag van de audit in februari.

01.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Neen, ik heb zelfs dat niet gezegd. Het is wel vervelend dat u iets zegt wat ik niet heb gezegd. Ik heb herhaald wat de initiële verwachting was. Ik heb eraan toegevoegd dat ik vond dat men voor de federale audit alle tijd moest nemen die nodig is om dat grondig te doen. Dat is wat ik heb gezegd.

01.09 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Er is dus geen duidelijke datum voor het einde van het onderzoek, wat een spijtige zaak is.

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

02 **Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Ozempic" (55040761C)**

02 **Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'Ozempic" (55040761C)**

02.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het probleem van Novo Nordisk en de tekorten van Ozempic blijft aanslepen. Er komen nochtans berichten binnen over de enorme winst geboekt door Novo Nordisk. Een paar dagen geleden vingen we op dat de winst met 51 % steeg tot 11 miljard euro. Novo Nordisk is dankzij de productie van Ozempic en van Wegovy duidelijk de nummer 1 van heel Europa. Een aantal dagen geleden hebben we bovendien gehoord dat Novo Nordisk een aantal bedrijven hier in België opkoopt om er die injecties te produceren.

Voor de patiënten blijft het probleem nog steeds bestaan, want het is heel moeilijk om aan Ozempic te geraken. Dat is een groot probleem voor diabetici of patiënten met zware obesitas die deze spuiten echt nodig hebben.

Welke officiële reden geeft Novo Nordisk voor het tekort aan Ozempic? Hebt u de door Novo Nordisk gegeven verklaringen al laten onderzoeken? Is er verbetering sinds u hebt aangekondigd dat het product enkel voor diabetici beschikbaar zou zijn? Ik hoor namelijk op het terrein dat het nog steeds zeer problematisch is.

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, momenteel is er een algemeen beperkte

beschikbaarheid van geneesmiddelen voor injectie op basis van semaglutide door een wereldwijde stijging van de vraag. In combinatie met een capaciteitsbeperking op bepaalde productielocaties kan dat leiden tot tekorten en bevoorradingsproblemen.

Vergeleken met vorig jaar neemt het aanbod van geneesmiddelen op basis van semaglutide toe. Ik verwijs meer bepaald naar Ozempic en Rybelsus. Voor 2023 was het totale aanbod voor België met 52 % toegenomen, met een grotere toename van het aantal Rybelsusverpakkingen, een stijging van 244 % in vergelijking met de Rybelsusbevoorrading van 2022, groter dan van het aantal de Ozempicverpakkingen, waar we een stijging van 19 % zagen ten opzichte van de Ozempicbevoorrading van 2022. Er waren dus stijgingen voor met name Rybelsus en meer beperkt ook voor Ozempic.

De beschikbaarheid is nog steeds beperkt. De vergunninghouder Novo Nordisk heeft het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten geïnformeerd dat die situatie nog tot ten minste juni 2024 zal aanhouden.

Om het tekort aan te pakken, heeft het FAGG een taskforce opgericht in het kader van de beperkte beschikbaarheid van de GLP-1-analogen. Er zijn aanbevelingen opgesteld voor artsen, artsen-specialisten, apothekers, ziekenhuisapothekers en patiënten en het KB van 9 november 2023 maakt het volgen van die aanbevelingen verplicht. We hebben dat gedaan – u weet dat, mevrouw Merckx – om te garanderen dat het geneesmiddel beschikbaar blijft voor de patiënten die er het meest baat bij hebben.

De situatie wordt van nabij opgevolgd, ook in Europees verband. De andere EU-lidstaten kampen ook met tekorten van GLP-1-analogen en om die reden staat het FAGG ook in nauw contact met het Europees Geneesmiddelenbureau en met de Executive Steering Group on Shortages and Safety of Medicinal Products, die initiatieven coördineren om een evenredige verdeling van Ozempic te bereiken. Dat is de stand van zaken.

02.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je trouve cela quand même assez grave. Nous avons là une multinationale qui fait un bénéfice monstre avec un médicament, utilisé peut-être à mauvais escient par certains, mais qui ne garantit pas que les patients qui en ont vraiment besoin – les diabétiques – puissent y avoir réellement accès.

Finalement, que fait-on? On fait une *taskforce*. On regarde. On ne fait rien, en fait. On ne fait strictement rien à cela. Il n'y a aucune contrainte.

De ce que nous entendons sur le terrain, il est très difficile d'obtenir ce médicament. Il y a même un effet en chaîne, parce que des patients qui n'obtiennent pas l'Ozempic vont alors se rabattre sur d'autres médicaments, qui vont peut-être aussi devenir indisponibles. Cela pose des problèmes en chaîne pour les patients diabétiques.

Je crois qu'il est temps que vous fassiez ce que nous disons depuis longtemps. Quand une firme dit n'importe quoi, quand elle ne sait pas livrer les médicaments, il vous revient d'examiner en profondeur les raisons pour lesquelles elle dit que le médicament n'est pas disponible. Quelle est la raison précise? Que se passe-t-il exactement? Examinez cela.

S'il y a pas de réponses suffisantes, des sanctions sont prévues par la loi. Je crois qu'il est temps de les actionner, dans l'intérêt des patients.

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

03 **Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan Creon" (55040762C)**

03 **Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de Creon" (55040762C)**

03.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, nous avons été alertés par des patients atteints de mucoviscidose pour signaler une disponibilité limitée du Creon. Certains hôpitaux ont même

envoïé des courriers aux patients pour qu'ils ramènent le Creon non utilisé.

Aujourd'hui, on peut constater que certains conditionnements de Creon ne sont pas disponibles. Cela pose surtout des problèmes pour des patients qui ont besoin de dosages assez hauts. Ils peuvent éventuellement se rabattre sur d'autres dosages mais ils devront alors prendre énormément de pilules.

Monsieur le ministre, quelle est la raison invoquée par Viatris pour expliquer la pénurie de Creon? Avez-vous fait vérifier la raison invoquée?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Actuellement, certains conditionnements du médicament Creon sont temporairement indisponibles. Souvent, les patients peuvent déjà être aidés par une autre boîte du même médicaments. En outre, l'importation par le pharmacien sur base d'une prescription médicale est également une solution.

La firme Viatris Healthcare invoque des contraintes de capacité comme raison de la pénurie des différentes spécialités du Creon. La problématique des spécialités Creon perdure depuis un certain temps. En collaboration avec les administrations concernées, je recherche des moyens pour faire en sorte que les médicaments restent disponibles pour les patients. Ainsi, la possibilité de soumettre les exportations à une autorisation préalable pour ce médicament est actuellement à l'étude.

03.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, il s'agit d'un médicament qui existe depuis très longtemps et qui ne rapporte peut-être pas assez à la firme productrice. Les patients n'ont même pas accès à des traitements qui sont essentiels pour leur qualité de vie. Je crois qu'il faut réellement changer l'approche des indisponibilités médicamenteuses. On notifie l'indisponibilité, on regarde et on ne fait strictement rien. On dit aux gens de se débrouiller avec d'autres dosages ou d'autres molécules mais ce n'est pas toujours convenable.

Monsieur le ministre, je crois qu'il faut prendre des mesures plus contraignantes vis-à-vis des firmes. La loi prévoit des sanctions en cas de non-disponibilité de médicaments. Je pense qu'il est temps de prendre ce problème à bras-le-corps.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- Patrick Prévot    Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de l'ostéopathie" (55040815C)

- Nathalie Muylle    Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des ostéopathes" (55041253C)

04 Samengevoegde vragen van

- Patrick Prévot    Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de osteopathie" (55040815C)

- Nathalie Muylle    Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de osteopaten" (55041253C)

04.01 Nathalie Muylle (cd&v): Mijnheer de minister, ik wil graag even terugkomen op de erkenning van de osteopathie, een dossier dat u hebt geërfd van uw voorgangers. In de vorige legislatuur lag er een voorstel op tafel om in het kader van een aantal behandelingswijzen, zoals de musculoskeletale, verdere stappen te zetten. Dat is toen om verschillende redenen niet doorgedaan, waardoor het dossier opnieuw op tafel kwam in deze legislatuur. Ik heb u daar al vragen over gesteld, maar u vroeg toen wat tijd om een grondige analyse te kunnen maken van de problematiek, wat begrijpelijk was. Als de verschillende opties geëvalueerd waren, zou u die bespreken met de betrokken partijen.

Ik begrijp de vraag van de osteopaten en de chiropractors over de uitvoering van de wet-Colla. Ze vragen zich af of die wet het juiste kader is. Met de verkiezingen in zicht voelen we dat bepaalde dossiers opnieuw geactiveerd worden, vandaar de vraag hoever u hiermee staat.

Kunnen we nog iets verwachten? Zijn er nieuwe inzichten? Zijn er hierover gesprekken geweest met de sector? Kunnen we nog iets verwachten voor de verkiezingen? Gelet op het belang hiervan voor heel veel patiënten, die vaak erg tevreden zijn, maar ook een zekere mate van kwetsbaarheid hebben,

zou het goed zijn dat dit dossier voor eens en altijd wordt geregeld.

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Muylle, u hebt gelijk dat er in de vorige legislatuur al denkwerk is gebeurd en dat er al scenario's zijn onderzocht om op basis van de wet van april 1999 over de zogenaamde niet-conventionele praktijken een oplossing te zoeken voor een erkenning van de osteopaten. Men wou toen eerst de wet wijzigen en vervolgens koninklijke besluiten nemen.

We hebben dat grondig bekeken en mijn conclusie is dat de wet van 1999 eigenlijk onwerkbaar is. Die wet vormt een bijzonder onwerkbaar gegeven. Dat geldt voor de verschillende praktijken die gevat zijn door die wet. U weet dat we veroordeeld zijn om iets te doen ter uitvoering van wat die wet voor ogen had met betrekking tot de homeopathie. We hebben daaromtrent ook beslissingen genomen, maar het basisgegeven is dat die wet eigenlijk onwerkbaar is.

Ik heb daarin inderdaad tijd gestopt. Er zijn ook contacten geweest ook met de vereniging van osteopaten in de loop van 2023. We zijn echter nog niet tot een oplossing gekomen.

Ik neem aan dat u dit voor mijn rekening laat, maar ik wil wel meegeven dat we ontzettend veel verschillende problemen voor ons hebben liggen met betrekking tot de gezondheidszorgberoepen en dat mijn administratie ook maar 24 uur per dag heeft om ze allemaal aan te pakken. Dat vraagt dus allemaal wel tijd. Een bijkomende complicatie en een bijkomend probleem blijft – daarom is ook een heel grondige reflectie nodig en krijg ik een en ander niet meer voor het einde van de legislatuur opgelost of zal ik zelfs geen duidelijk voorstel kunnen doen –, dat er heel tegengestelde visies zijn.

Er zijn enerzijds mensen die het niet goed zien zitten vanuit een wetenschappelijk-medisch standpunt om osteopathie als dusdanig te erkennen. Misschien kan dat voor hen deels in het kader van de kinesithérapie. De vereniging van osteopaten, waarmee we spreken, heeft echter een diametraal andere visie. Voor die vereniging moet de osteopathie een op zichzelf staand beroep zijn en een op zichzelf staande discipline, los van de kinesithérapie. Ze voegt er ook aan toe dat osteopathie bovendien rechtstreeks toegankelijk moet zijn zonder voorschrift. Dat is natuurlijk bijzonder moeilijk. Dat standpunt is voor mij zelf absoluut niet evident. De kinesithérapie bijvoorbeeld is vandaag ook niet rechtstreeks toegankelijk. Er kan over worden gediscussieerd of dat al dan niet goed is.

Wanneer de beroepsgroep echter stelt dat er geen sprake van kan zijn dat osteopathie een specialisatie wordt van kinesithérapie en dat ze een op zichzelf staande discipline is, die bovendien volledig rechtstreeks toegankelijk moet zijn, dan ontstaan er natuurlijk heel uiteenlopende visies en standpunten. Ik moet eerlijk bekennen dat we op dat punt ook vastzitten.

Dat probleem moet worden opgelost, maar ik durf u niet beloven dat ik daarvoor een scenario zal klaar hebben vooraleer we aan de verkiezingen zijn. Dat betekent dat het probleem typisch iets is wat in het begin van de volgende legislatuur moet worden uitgezet door wie dan ook bevoegd zal zijn. Er zullen ter zake nog heel veel discussie-etappes moeten worden doorlopen, zowel inhoudelijk als juridisch, om daarna in een periode van enkele jaren tot een oplossing te komen.

04.03 **Nathalie Muylle** (cd&v): Mijnheer de minister, u hebt in uw duidelijke antwoord de complexiteit aangetoond.

Chiropraxie vraagt vandaag bijvoorbeeld ook erkenning op basis van een internationaal diploma. U hebt daarenboven nog niet over de opleidingen gesproken, want daarover is ook heel veel tegenstand. Er zijn veel tegengestelde visies over welke opleidingen autonoom aan bod mogen komen. Vandaag is er ook al een opleiding in Brussel en dat is terecht.

Het gaat echter niet over een kleine groep. We spreken over 700.000 à 800.000 patiënten die vandaag osteopaten bezoeken. Voor mij en mijn partij blijft het belangrijk dat er toch een regeling wordt getroffen voor hen.

Ik begrijp dat de wet-Colla en het niet-conventioneren wellicht niet de juiste instrumenten zijn met die paritaire commissies en alle complexe organen die in de wetten ook vervat zaten. Voor de patiënten zouden we daar toch vooruitgang moeten kunnen boeken, zeker ook in functie van een kwalitatieve zorg, waar we voor staan.

Ik had in die zin wel al een sterk vermoeden dat dit niet meer zou lukken. Het zou wel de inzet van velen moeten zijn om tot een definitief kader te komen. Er moet een regeling komen met het oog op de kwetsbaarheid van de patiënt. Onze partij zal alvast meewerken aan een constructieve oplossing voor de toekomst.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation du Kaftrio dans le traitement de la mucoviscidose" (55040818C)

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du Kaftrio dans le cas de mutations moins fréquentes" (55041254C)

05 Samengevoegde vragen van

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van mucoviscidose met Kaftrio" (55040818C)

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van Kaftrio bij minder vaak voorkomende mutaties" (55041254C)

05.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, la mucoviscidose reste encore aujourd'hui une maladie grave et incurable: en Belgique, pas moins de 1.379 personnes sont atteintes de cette maladie dont les symptômes ont un impact considérable sur leur vie quotidienne.*

Le Kaftrio, qui peut être utilisé, et depuis peu remboursé, pour 873 personnes atteintes de mucoviscidose (présentant au moins une mutation F508del), est un véritable game changer pour les patients et leur famille.

Il permettrait en effet, et de manière non exhaustive, d'augmenter significativement la fonction pulmonaire, de réduire fortement le nombre de poussées de la maladie, ainsi que d'augmenter l'espérance et la qualité de la vie des patients.

Si ce traitement peut également aider les personnes présentant d'autres mutations, plus rares, force est de constater que ces personnes ont actuellement peu de chances d'y accéder, ne présentant pas la fameuse mutation F508del.

Pourtant, chez nos voisins Français, les patients sans mutation F508del ont déjà accès au Kaftrio, grâce à une collaboration unique entre l'association de patients et le gouvernement.

D'où mes questions, monsieur le ministre:

La semaine dernière, en commission, vous avez affirmé "examiner avec l'AFMPS ce que nous pouvons faire nous-mêmes, par exemple pour lancer un programme médical d'urgence". Pourriez-vous nous en dire plus? Des discussions sont-elles actuellement en cours? Dans la négative, pour quand sont-elles prévues? Un calendrier de travail a-t-il déjà été établi?

Que proposez-vous, en attendant, aux patients qui n'ont pas accès au Kaftrio?

Je vous remercie.

05.02 **Nathalie Muylle** (cd&v): *Sta mij toe mijn vragen kort toe te lichten.*

Ik wil benadrukken, mijnheer de minister, dat er door u en door heel wat collega's hier in het Parlement vele mooie stappen vooruit gezet zijn voor de terugbetaling van geneesmiddelen voor mucopatiënten.

Er blijven echter nog enkele bezorgdheden over. Wij hebben daarover al gesproken naar aanleiding van een vorige vraag. Waarom is er voor een kleine groep mucopatiënten nog geen terugbetaling? Het gaat bij hen om minder vaak voorkomende mutaties. U zei toen dat u een tweetal pistes aan het onderzoeken bent. Ten eerste zou u contact opnemen met Frankrijk, waar men Kaftrio twee maanden kan uitproberen, en bekijken of dat ook hier mogelijk is. U zei dat Vertex daar al een positief advies gekregen heeft, en dat het ook hier een dossier moet indienen bij de CTG. Het is belangrijk te weten

hoe ver dat dossier vandaag staat.

Ten tweede hebt u toen ook in uw antwoord gesproken over een alternatieve route, die via het Medical Needprogramma en via het FAGG gaat. U zou die route laten bekijken.

Vandaar mijn vraag, hoe staat het vandaag voor die groep patiënten? Kunt u daar wat meer duiding bij geven?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: U vroeg naar een stand van zaken. Om te beginnen, heeft het Europees Geneesmiddelenagentschap het dossier van Vertex eind november 2023 ontvankelijk verklaard, waardoor de beoordeling kan beginnen. Op het Europese niveau duurt zo'n procedure doorgaans 6 tot 9 maanden. Daar moeten we dus nog even op wachten. Wat het ter beschikking stellen van Kafrio aan Belgische patiënten betreft, ben ik nu aan het overleggen.

Je suis en train de traiter ce dossier avec l'AFMPS, qui a déjà pu me fournir quelques informations. D'abord, et je vais me répéter, la législation belge prévoit la possibilité de lancer des programmes médicaux d'urgence dans le cadre desquels un médicament n'entrant pas dans l'indication autorisée est mis à la disposition des patients souffrant d'une maladie mortelle, chronique ou gravement débilitante. Il y a des conditions. Premièrement, aucune autre possibilité n'est autorisée et remboursée. Deuxièmement, la balance bénéfices-risques du médicament dans la nouvelle indication doit être positive. Une demande de programme médical d'urgence peut être introduite par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament. Selon nos informations, la firme s'y est toujours refusée en Belgique jusqu'à présent. Nous sommes donc un peu bloqués. Néanmoins, en principe, le ministre des Affaires sociales pourrait introduire cette demande. Ce n'est pas exclu, bien que cela n'ait jamais été fait – mais je vais l'expliquer – en recherche de procédures possibles. En tout cas, ce n'est pas exclu, à vrai dire.

Maintenant, s'agissant de la France, il est vrai que c'est intéressant. Le Kafrio y est administré dans le cadre spécifiquement français d'un CPC (Cadre de prescription compassionnelle). Les modalités d'un CPC ne sont pas tout à fait identiques à celles d'un PMU (programme médical d'urgence) en Belgique. Entre autres, un CPC n'est pas proposé par un titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament. Et les coûts sont pris en charge par l'assurance-maladie.

Au début du CPC, les données cliniques en dehors de l'indication approuvée du Kafrio étaient également très limitées en raison de la rareté des mutations, d'une part, et du grand nombre de mutations CFTR différentes, d'autre part. En effet, 2 500 mutations ont été décrites. Il est pratiquement impossible de générer des données cliniques concernant l'efficacité et la sécurité du Kafrio à partir d'études larges et randomisées, menées en double aveugle. Par conséquent, ces mutations ne font pas partie de l'autorisation initiale de mise sur le marché européen du Kafrio. Cela dit, grâce à une approche progressive, le Kafrio est désormais disponible en France dans le cadre du CPC pour tous les patients âgés de 6 ans et plus atteints de mucoviscidose sans mutation F508del, quel que soit le degré de sévérité de la maladie.

Cette approche progressive, qui a systématiquement élargi la population de patients, en s'appuyant sur l'expérience interne et les données cliniques publiques récentes, a permis de démontrer clairement que le Kafrio représente une thérapie efficace et sûre pour une proportion significative de patients français qui tombent actuellement en dehors de l'indication approuvée en Europe pour le Kafrio.

Sur la base de ces éléments, j'examine actuellement si et comment le Kafrio peut également être mis à la disposition des patients atteints de mucoviscidose qui ne présentent pas de mutation F508del dans le gène CFTR en Belgique.

Il est peut-être un peu frustrant pour vous de m'entendre dire "j'examine si et comment". Ce serait une nouveauté absolue de dire que c'est le gouvernement qui lance cela et qu'il n'y a pas de procédure existante. Nous sommes occupés à en examiner la possibilité et, dans ce cas, comment.

Je poursuis. L'expérience française est intéressante, à vrai dire.

Voorzitster: Frieda Gijbels.

Présidente: Frieda Gijbels.

05.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, c'est vrai que nous avons connu fort heureusement une évolution positive dans ce dossier, ces dernières années, et singulièrement ces derniers mois par rapport à l'accès à ce médicament. Celui-ci est crucial pour toute une série de patients. On a, d'ailleurs, eu raison de le faire parce que, comme vous l'avez dit, l'efficacité de ce médicament est certifiée sûre aujourd'hui, mais c'est vrai qu'il reste une étape fondamentale, à savoir ouvrir cet accès aux patients dépourvus de la mutation F508del. Eu égard à ce qui précède – c'est la raison pour laquelle je tenais à vous interpellier à ce sujet – les patients belges ne comprennent pas pourquoi ce qui est possible en France ne l'est pas en Belgique. Ils ne comprennent pas pourquoi la firme n'utilise pas cette possibilité légale qui est prévue et que vous avez d'ailleurs rappelée. Vous avez également rappelé les conditions pour ce faire et je vous remercie pour l'espoir que vous laissez entrevoir, aujourd'hui, avec cet examen de la possibilité de mettre ce Kaftrio à disposition de ces patients ne présentant pas la mutation F508del.

J'aurais quand même voulu obtenir plus de détails quant au calendrier prévu pour ce faire. Je voulais, avant tout, savoir s'il y a un espoir de voir aboutir une décision positive pour ces patients sous cette législature encore. En effet, je crains que si vous examinez la question aujourd'hui, ce dossier ne puisse finalement aboutir à une solution sous cette législature et qu'il faille attendre la nomination du prochain ministre pour prendre ce problème à bras-le-corps. J'aurais, en tout cas, voulu vous entendre dire que, même en affaires courantes, ce point sera examiné. On ignore de combien de temps on aura besoin pour former le prochain gouvernement. Mais, même en affaires courantes, j'aurais voulu que vous vous engagiez à poursuivre, malgré tout, l'avancement de ce dossier qui est crucial pour les patients concernés.

05.05 Nathalie Muylle (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw heel uitgebreid antwoord.

Het is niet zo gemakkelijk om landen te vergelijken. Patiënten hebben het daar soms moeilijk mee. Er is een bedrijf dat nog procedures moet opstarten en dat dat, omwille van redenen die we allemaal kennen, in bepaalde landen wel doet en in andere landen niet.

Het is echter heel positief dat u de grenzen zult aftasten om te zien wat er vanuit uw positie mogelijk is. Dat is een heel positief signaal. Ik ben geschrokken toen u het had over 2.500 verschillende mutaties, wat een enorm aantal is. U hebt dus onze steun om daarin verder initiatief te nemen, de grenzen af te tasten en te kijken wat de regering daarin verder kan doen, want die patiënten verdienen dat.

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

06 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge des frais liés à la conservation d'ovocytes congelés" (55040810C)

06 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de kosten voor de bewaring van ingebankte eicellen" (55040810C)

06.01 Hervé Rigot (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, la presse mettait récemment en lumière un phénomène qui va crescendo: la congélation d'ovocytes en vue de pratiquer une fécondation in vitro (FIV) plus tard. Les femmes qui recourent à cette pratique le font pour diverses raisons: le fait de ne pas encore avoir de partenaire ou le souhait d'avoir un enfant plus tard, avec toutes la même crainte, celle de ne plus pouvoir tomber enceinte.

Malheureusement, cette procédure a un prix, entre 3 000 et 5 000 euros pour couvrir les frais de ponction, les soins infirmiers et psychologiques, les traitements médicamenteux et, bien sûr, les frais de conservation des ovocytes congelés.

Monsieur le ministre, je m'interroge sur les critères restrictifs de remboursement de cette procédure en Belgique. Des femmes qui souhaiteraient y avoir recours se voient exclues du processus à cause du coût trop élevé et voient ainsi leur rêve de maternité disparaître.

Quels sont les critères et les montants de remboursement actuels? Un assouplissement des conditions afin de rendre la congélation d'ovocytes accessible à un plus large public et surtout à des femmes aux revenus plus modestes et aux profils médicaux spécifiques est-il envisageable?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Rigot, l'intervention de l'INAMI dans la prise en charge des frais liés à la congélation d'ovocytes mais également de tissus ovariens, de tissus testiculaires et de spermatozoïdes est réglementée via une convention spécifique, la convention entre le Comité de l'assurance du Service de soins de santé de l'INAMI et les établissements de soins en vue de la prise en charge de la préservation de la fertilité.

Cette convention définit effectivement les critères pour pouvoir prétendre à une intervention. Ces critères sont centrés sur certaines situations pathologiques reprises immédiatement, situations qui ont un impact certain sur la fertilité. Il s'agit notamment, sans être complet, de patients devant subir une thérapie gonatoxique ou une chimio ou radiothérapie en raison de maladies oncologiques ou de patients avec une maladie hématopoïétique nécessitant une greffe de cellules souches ou de patientes porteuses d'une mutation génétique devant subir une ovariectomie préventive à cause d'un haut risque de cancer mammaire ou de cancer ovarien.

Pour les patients et patientes qui répondent à ces critères, l'intervention de l'assurance maladie est de 100 % dans les frais de préparation, de prélèvement et de garde des gamètes pendant une durée de dix à vingt ans, selon l'âge du patient. Cela revient à un coût de 1 300 euros pour les tissus ovariens et testiculaires, ainsi que pour les spermatozoïdes, et à un coût de 3 400 euros pour les ovocytes.

Les critères de cette convention ont été élargis en 2023 et de nouvelles indications, comme l'endométriose bilatérale par exemple, ont été ajoutées à la convention.

L'INAMI n'intervient par contre pas dans les frais de congélation en cas de congélation dite "sociale", c'est-à-dire lorsque la seule motivation à congeler des gamètes est celle de conserver la possibilité d'avoir des enfants plus tard, sans qu'un caractère pathologique ne puisse être mis en évidence, qui impacterait la fertilité.

Je ne minimise pas l'importance de ces motifs, mais ils ne sont pas d'ordre médical. Pour cette raison, il n'est pas prévu d'élargir le remboursement de la convention à toute personne souhaitant congeler ses gamètes en vue de réaliser une FIV plus tard, sans raison médicale associée.

06.03 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je comprends votre explication sur le caractère non médical de cette attente, qui est formulée par de nombreuses femmes aujourd'hui. Néanmoins, je comprends aussi leurs difficultés, pour certaines, à devoir attendre, et de ne pas avoir forcément les moyens de pouvoir poser le choix de congeler leurs ovocytes.

J'espère de tout cœur qu'un jour, nous pourrons apporter une réponse positive à ces choix de vie, qui sont quelquefois aussi des choix contraints, puisque lorsqu'on n'a pas les moyens, cela impose de renoncer à un rêve qui ne pourra pas être atteint, faute d'avoir eu l'opportunité, la chance, le désir au bon moment. Je crois que nous pourrons aussi y être attentifs dans le futur.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des psychomotriciens" (55040820C)

07 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de psychomotorisch therapeuten" (55040820C)

07.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, un problème touche singulièrement les psychomotriciens de Fédération Wallonie-Bruxelles. Vous savez que la Fédération organise dans les grandes écoles une formation de bachelier en psychomot, comme c'est notamment le cas au Portugal ou aux Pays-Bas. C'est une option qui n'est pas celle qui est retenue par la Flandre, où il s'agit d'une spécialisation dans le cadre des études en kinésithérapie. Le problème, aujourd'hui, est qu'aucune reconnaissance de la profession n'a jamais pu être opérée au niveau fédéral. Les actes de psychomot remboursés par l'INAMI le sont via la nomenclature spécifique réservée aux titulaires d'un diplôme de kiné. Cela prive donc des étudiants diplômés en psychomot de toute perspective d'exercer leur profession dans un cadre thérapeutique et empêche les enfants francophones, à qui on prescrit des séances, de bénéficier d'un remboursement INAMI.

Monsieur le ministre, la non-reconnaissance des psychomotriciens comme profession de santé est-elle définitive? Des concertations avec les entités fédérées sont-elles en cours actuellement? Quelle réponse peut-on apporter aux étudiants et psychomotriciens diplômés aujourd'hui?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Rigot, en vertu de la loi relative à l'exercice des professions de santé de 2015, si l'on pose des actes relevant de la psychomotricité chez un patient dans le but d'améliorer son état de santé – par exemple pour le rééduquer à des capacités ou fonctions perdues à la suite d'une pathologie –, on exerce une profession de santé. En effet, la définition légale de l'exercice de la kinésithérapie est celle qui reprend explicitement l'exercice de techniques de psychomotricité auprès du patient. Je me réfère à l'article 43.4 § 4 de la loi relative à l'exercice des professions de santé qui indique que "consisterait en de l'exercice illégal toute personne non kinésithérapeute qui réaliserait, à la demande du médecin, premièrement, des interventions systématiques destinées à remédier à des troubles fonctionnels de nature musculo-squelettique, neurophysiologique, respiratoire, cardiovasculaire et psychomotrice par l'application d'une ou de plusieurs des formes suivantes de thérapie". Suit une description des types de thérapie.

La loi stipule donc très clairement que si vous exercez la psychomotricité sans être kinésithérapeute, vous êtes dans l'illégalité. Par ailleurs, toujours dans les professions de santé reconnues, nous devons également prendre en considération les domaines de formation obligatoire des logopèdes et ergothérapeutes.

En effet, la psychomotricité est un des domaines dans lesquels nous exigeons que ces deux professions paramédicales soient formées car, dans leurs actes quotidiens auprès des patients, elles doivent envisager les interrelations du psychique et du moteur éventuelles et pouvoir appliquer les techniques adéquates qui en découlent. Je vous renvoie à cet effet à l'article 4 de l'arrêté royal du 20 octobre 1994 relatif à la profession de logopède et à l'article 4 de l'arrêté royal du 8 juillet 1996 relatif à la profession d'ergothérapeute. Certains des professionnels susmentionnés complètent d'ailleurs leur formation initiale par une formation complémentaire solide en matière de psychomotricité. En général, c'est un master complémentaire dans ce domaine.

Étudier les besoins éventuels en nouvelles professions de soins et les créer si nécessaire est bien une compétence fédérale. C'est pourquoi des avis avaient été demandés au Conseil fédéral des professions paramédicales et à la Commission technique des professions paramédicales. Le Conseil a recommandé de ne pas inscrire la profession de psychomotricien dans la liste des professions paramédicales et précise que la psychomotricité fait partie intégrante des compétences professionnelles des logopèdes, ergothérapeutes, orthoptistes et kinésithérapeutes.

Les interventions de psychomotricité qui sont actuellement effectuées dans le cadre de thérapies font partie de l'exercice des soins de santé. En Belgique, à défaut de reconnaissance légale comme professionnel de la santé, en vertu de la loi de 2015, il est interdit de poser des actes relevant de l'art de guérir si l'on n'est pas reconnu comme un professionnel de la santé en la matière. Cela n'empêche toutefois pas les psychomotriciens d'exercer leur métier en Belgique du moment qu'ils n'exercent pas l'art de guérir ou les actes réservés à une profession de soins de santé.

La pratique non thérapeutique de la psychomotricité pour améliorer le développement psychoéducatif des personnes en bonne santé, c'est-à-dire non soumises à prescription médicale, n'est pas réglementée par l'autorité fédérale de santé publique et peut être exercée par des psychomotriciens qui ne seraient pas des professionnels de la santé.

07.03 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. J'entends que nous sommes sur un *statu quo* et que dans l'état actuel des choses, il n'y a pas d'opportunité, pas d'option et pas de volonté d'avancer. J'ose espérer qu'on pourra reconsidérer cette situation dans le futur au regard de l'importance de ces psychomotriciens qui apportent des réponses à des besoins vraiment mis en avant par des familles en Fédération Wallonie-Bruxelles. J'espère que ce sujet pourra revenir sur la table, certainement dans les concertations avec les entités fédérées.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le VIH et les populations venant d'Afrique subsaharienne" (55040891C)

08 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het hiv-virus en de bevolkingsgroepen die afkomstig zijn uit Sub-Saharaans Afrika" (55040891C)

08.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, en Afrique subsaharienne, les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) sont trois fois plus susceptibles de contracter le VIH que leurs pairs masculins en 2022.*

Un constat renforcé par le fait que ces personnes, une fois en Belgique, ont souvent du mal à accéder à la Pré ainsi qu'aux traitements.

En cause: un manque de confiance et/ou la peur que leur partenaire soit mis au courant, mais aussi la stigmatisation et le tabou autour du VIH dans leur pays.

D'où mes questions, monsieur le ministre:

Qu'est-il prévu pour les personnes venant d'Afrique subsaharienne en ce qui concerne leur accès à la Pré et aux traitements mais également en ce qui concerne l'éventuelle pression de leur entourage? Une prise en charge différenciée et adaptée est-elle prévue?

De manière plus générale, une sensibilisation du personnel soignant sur les particularités de ces populations est-elle prévue? Dans l'affirmative, comment cela est-il mis en place en pratique? Dans la négative, pourquoi?

Ne devrait-on pas veiller au dépistage de chaque personne entrant en Belgique, et plus particulièrement des personnes à risque, dont celle venant d'Afrique subsaharienne? La mise en place de tels tests de dépistage est-elle envisageable pour l'avenir? Dans l'affirmative, quel budget cela représenterait t-il? Dans la négative, pourquoi?

Je vous remercie

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Rohonyi, le dernier rapport de Sciensano sur l'épidémiologie du VIH en Belgique, paru en 2023, présente les chiffres pour l'année 2022. Il indique une augmentation du diagnostic chez les femmes hétérosexuelles originaires d'Afrique subsaharienne. Divers facteurs liés à la migration et à l'accès aux soins de santé peuvent expliquer cette évolution fluctuante. Il est possible qu'à la suite de l'épidémie de covid-19, la dynamique migratoire et l'accès au dépistage aient été perturbés et qu'un certain rattrapage ait eu lieu en 2022.

En octobre 2022, la CIM Santé publique a approuvé le Plan national VIH 2020-2026. Ce plan se concentre sur des populations clés qui courent un risque accru d'exposition au VIH: les migrants sans papiers originaires de pays à forte prévalence du VIH, les personnes transgenre, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les détenus. Les personnes venant d'Afrique subsaharienne sont donc incluses dans les populations ciblées, particulièrement dans le Plan HIV. La prévention et la promotion de santé sexuelle relèvent des compétences des entités fédérées, y compris la sensibilisation des professionnels sur les particularités de cette population.

Depuis plusieurs années, l'INAMI a ouvert des centres spécialisés – les centres de référence VIH – dans douze hôpitaux qui assurent un suivi pluridisciplinaire des personnes vivant avec le VIH. Ces centres peuvent suivre les patients porteurs du VIH, atteints du sida ou les enfants séronégatifs nés de mères séropositives. Ils peuvent aussi mettre en place un programme de suivi pour les bénéficiaires sous traitement prophylactique préexposition (PREP). L'assurance soins de santé, via la mutualité, peut intervenir financièrement dans ce suivi. Donc, si une personne venant d'Afrique subsaharienne est inscrite à l'assurance-maladie, elle aura accès à cette prise en charge.

Depuis le 1^{er} mai 2023, les médecins généralistes peuvent également prescrire cette préparation, ce qui en accroît l'accessibilité.

La prise en charge médicale des personnes entrant en Belgique et qui ne sont pas inscrites à

l'assurance-maladie relève des compétences de la secrétaire d'État à l'Asile et la migration, s'il s'agit de demandeurs d'asile, ou de la ministre de l'Intégration sociale, s'il s'agit de personnes en séjour illégal.

Concernant la demande de dépistage des personnes arrivant en Belgique en provenance de ces pays, lors de l'examen médical, le test HIV est proposé. Il convient de souligner que les personnes concernées devront toujours pouvoir donner leur accord pour ces examens.

08.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse, au travers de laquelle vous avez effectivement objectivé une augmentation des contaminations, que nous avons pu observer chez ces femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

Nous voyons sans doute ici un effet rebond post-covid, ce qui démontre que le dépistage fonctionne. C'est en quelque sorte une bonne nouvelle, même si évidemment, nous ne pouvons que regretter cet effet rebond. Toute contamination est une contamination de trop.

Toujours est-il qu'il en ressort que ces filles et ces femmes sont malheureusement particulièrement vulnérables face à cette maladie, et qu'elles constituent ainsi un public cible dont il faut tenir compte.

Vous nous dites qu'aujourd'hui, c'est le cas, notamment dans le cadre des politiques de promotion de la santé, et notamment pour ce qui concerne les tests de dépistage. J'ose espérer que ces tests sont réalisés dès leur arrivée. C'est une mesure de santé publique qui est fondamentale à la fois pour elles et à la fois pour nos concitoyens.

Pour ce qui concerne les centres spécialisés pluridisciplinaires, là aussi, je me réjouis d'entendre qu'ils sont mobilisés. Toutefois, je m'inquiète de la prise en charge des soins qui sont réalisés par ces centres pour ce qui concerne les personnes qui n'ont pas pu souscrire à l'assurance-maladie, qu'il s'agisse de personnes en séjour irrégulier ou de demandeuses d'asile qui attendent de voir leur dossier aboutir.

C'est la raison pour laquelle je ne manquerai pas d'interroger les ministres compétentes, que vous avez vous même à l'instant citées dans votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La valorisation de la prise de paramètres dans les prestations infirmières" (55040916C)

09 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vergoeding voor de meting van parameters in de verpleegkundige verstrekkingen" (55040916C)

09.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, il appert que la prise de paramètres (prise de la tension artérielle, mesure du taux de sucre dans le sang, prise de la saturation, ...) n'est pas reprise dans la nomenclature infirmière.

S'il s'agit d'actes médicaux certes, il s'avère pourtant qu'ils sont souvent pratiqués par les infirmiers et infirmières à domicile afin de garantir une surveillance du patient au regard des pathologies qui sont les siennes ainsi que ses antécédents, de la prise de médicaments en rapport avec ces paramètres, en cas de malaise et pouvoir en informer de façon objective le médecin, ...

Les infirmiers.ères prennent quand même les paramètres quand c'est nécessaire, bien que cela ne soit pas "encodable" et donc, non valorisé (que ce soit en termes de paiement de l'acte ou même de charge de travail) alors que ces démarches contribuent assurément à améliorer le suivi des patients en amont.

Dans cette hypothèse, une revalorisation pécuniaire des prestations apparaît justifiée.

En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir:

- si ses services ont été saisis récemment de cette question importante en termes de valorisation de la profession d'infirmier/ière?

- dans l'affirmative, si la liste des actes infirmiers en ambulatoire/à domicile (nomenclature INAMI

article 8) va être soumise prochainement à révision dans le sens précité?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: L'assurance soins de santé prévoit un honoraire pour l'infirmier pour l'évaluation globale du patient dans le cadre de la prestation de base de la nomenclature. Cette prestation peut uniquement être attestée avec une autre prestation technique spécifique. Je renvoie à l'article 8, §4 de la nomenclature.

Certains dispensateurs de soins effectuent la prise de paramètres dans l'évaluation globale du patient. Si un patient nécessite simplement une prise de paramètres dans sa journée de soins, cette prestation n'est pas attestable. Pour les patients lourdement dépendants, l'honoraire forfaitaire couvre tous les actes infirmiers de la journée de soins sauf quelques exceptions explicites comme les prestations techniques spécifiques.

La Commission de conventions praticiens de l'art infirmier–organismes assureurs de l'INAMI a plusieurs fois envisagé que l'évaluation globale du patient soit revalorisée dans le cadre de la nomenclature, notamment en proposant une nouvelle prestation de suivi proactif du patient qui pourrait contenir la prise des paramètres. Cette prestation n'a pas encore été introduite dans la nomenclature en l'absence de moyens budgétaires pour cette nouvelle initiative. Les aspects technique et organisationnel doivent encore être précisés.

En 2024, un projet pilote de recherche pour un financement stimulant de la pratique dans le domaine des soins infirmiers à domicile sera concrétisé, avec des pistes pour une révision du cadre de la nomenclature et un financement alternatif des soins infirmiers à domicile. Dans ce cadre, les représentants des praticiens de l'art infirmier souhaitent valoriser la prise en charge et l'évaluation du patient afin d'assurer un suivi efficace et d'améliorer la qualité des soins. Dans ce cadre, j'examinerai attentivement les propositions qui pourront émaner de ce projet pilote.

09.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse.

Comme vous venez de le dire, il y a une demande assez importante de la part des premiers concernés que sont les infirmiers de voir enfin cette évaluation globale être revalorisée à travers une nouvelle nomenclature. J'entends que le problème se situerait au niveau du budget. Cependant, je me dois de rappeler que le rôle de l'INAMI est aussi de tenir compte du travail qui est effectivement réalisé par les infirmiers, de la plus-value que ces évaluations représentent pour la santé des patients mais également des économies qui sont ainsi réalisées – et c'est en cela que l'argument budgétaire ne tient pas selon moi, ou en tout cas c'est du court terme. Il vaut mieux éviter – même dans le cadre d'une évaluation globale qui ne concerne pas les patients dépendants – une chute de tension que voir, à défaut d'un tel examen, arriver aux urgences un patient parce que sa chute de tension s'est combinée à une fracture ou autre chose d'encore plus grave.

J'ose donc espérer qu'à l'avenir, nous témoignerons notre reconnaissance envers ce travail à travers une révision de la nomenclature.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het eHealthplatform" (55040869C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De problemen met de ophaling van voorschriften op het eHealthplatform" (55040871C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanhoudende problemen en de performantie van het eHealthplatform" (55040899C)

10 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La plateforme eHealth" (55040869C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes liés aux prescriptions médicales sur la plateforme eHealth" (55040871C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes récurrents et la performance de la plateforme eHealth" (55040899C)

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, blijkbaar zijn er sinds eind november 2023 problemen met de uitbetaling van zorgverstrekkers voor getuigschriften die naar de Liberale Mutualiteit werden verstuurd. Al meer dan een maand worden de betrokken zorgverstrekkers niet uitbetaald.

Er worden ook andere problemen met eHealth gemeld. Ik hoor bijvoorbeeld van de beroepsgroep van tandartsen – bij de huisartsen is het niet anders – dat de terugbetaling niet altijd klopt. Bijvoorbeeld, plots is er geen remgeld meer verschuldigd of moet net het volledige bedrag worden betaald. Soms is er geen weigering van terugbetaling, ondanks een overschrijding van het maximumaantal vullingen op een bepaalde tand bijvoorbeeld. Er zijn ook moeilijkheden met het doorsturen van de e-attesten.

Uiteraard werkt het eHealthsysteem maar als elke schakel van het netwerk werkt.

Mijn vragen daarover zijn de volgende.

Hoe wordt de continuïteit van het systeem gegarandeerd?

Zijn er de laatste tijd meer problemen met eHealth? Kunt u specificeren welke problemen er vooral zijn?

Op welke manier wordt erover gewaakt dat de problemen tijdig worden opgelost?

Ligt de oorzaak van de betalingsproblemen van zorgverstrekkers bij de mutualiteit? Zijn nog dergelijke problemen te verwachten?

Hoe wordt erover gewaakt dat de systemen van de mutualiteiten voldoende performant zijn?

10.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): *Meer dan regelmatig worden patiënten en hun apotheker geconfronteerd met het feit dat de medicatie die de arts, zo dacht hij toch, op het eID van de patiënt heeft geplaatst niet afgehaald, noch gelezen kan worden.*

Vervolgens dient de apotheker contact op te nemen met de arts in kwestie en moet de patiënt opnieuw naar de arts om een geschreven voorschrift. U begrijpt dat dit zeer omslachtig is en dat dit een situatie is waar - onder andere Domus Medica - echt niet meer naar toe wil.

Mijn vragen voor de minister:

1. Kan u mij de exacte oorzaak duiden van deze situatie? Heel vaak betreft het één mutualiteit tegelijkertijd. Maar soms ligt ook het volledige systeem plat.

2. De arts krijgt bovendien geen melding van het feit dat de medicatie niet opgeladen is. Dit is heel vervelend, zeker bij patiënten met bijvoorbeeld voorschriften voor psychofarmaca. Zijn er mogelijkheden om de arts op z'n minst hiervoor een melding te laten ontvangen wanneer hij de naam van de patiënt opzoekt?

3. In hoeverre hebben de verantwoordelijken de meldingen van deze problematiek onderzocht?

4. In de krant lees ik dat het probleem bij de mutualiteiten zou liggen. Zal u hen hierover aanspreken?
5. Graag verneem ik wie volgens u verantwoordelijk is indien er tijdens de verschillende, inefficiënte stappen in de zoektocht naar een oplossing voor de patiënt, ongevallen gebeuren en de patiënt zijn medicatie niet op tijd verkrijgt of wanneer een fout medicijn wordt voorgeschreven of afgeleverd?

We hebben het in de commissie Volksgezondheid al enkele keren gehad over het eHealthplatform. Artsen zouden al een ruimere tijd niet meer betaald zijn en wanneer patiënten bij apotheek langsgingen blijkt dat er geen voorschriften stonden op ingelezen identiteitskaarten van patiënten. Het gaat hierbij om toch aanslepende problemen en dat kan er zelfs tot leiden dat artsen soms geen medicatie kunnen voorschrijven en/of factureren aan mutualiteiten. Men zou terug overgaan naar het schrijven van fysieke voorschriften waar eHealth toch de bedoeling had om meer digitaal te gaan werken.

Een van de problemen zou komen omdat een van de hen – de Liberale Mutualiteit – van IT-systeem zou veranderen. Het heeft wel tot gevolg gehad dat de externe softwareleveranciers van apothekers wijzigingen moesten aanbrengen aan de facturatiemodule.

Mijn vragen voor de minister:

1. Welk belang hecht de minister aan de berichtgeving hieromtrent?
2. Bestaat er de mogelijkheid om het koppelen van bijgewerkte IT-systemen van partners te simuleren of op voorhand – desnoods met sandbox – voorafgaandelijk te testen?
3. Bestaan er metrics – Domus Medica verklaarde dat het leggen van links met het eHealthplatform moeilijker verliep de laatste maanden en ook dat er “hick ups” zijn – om de prestaties van eHealth op te volgen? Zo ja: zijn deze raadpleegbaar?
4. Het uitwisselen van data gebeurt niet even intensief op alle tijdstippen – zijn er mogelijkheden om deze pieken op te vangen zodat de performantie niet in het gedrang komt?
5. Bij wijzigingen van IT-systemen speelt communicatie naar andere actoren duidelijk een cruciale rol. Hoe verloopt dit proces precies?
6. Graag verneem ik hoe dit proces specifiek naar de externe softwareleveranciers van apothekers verbeterd kan worden?
7. U verklaarde in een reactie dat “de incidenten worden opgenomen en er is een hoge prioriteit om het op te lossen” – graag verneem ik welke stappen u genomen hebt om de problemen aan te pakken?

10.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: We moeten een onderscheid maken tussen de basisdiensten van het eHealthplatform en de diensten die door andere partners worden aangeboden, bijvoorbeeld MyCareNet. Voor elke basisdienst van het eHealthplatform is er een *service level agreement* aangaande de beschikbaarheid. Het is duidelijk dat die *service level agreements* moeten worden gerespecteerd.

Het eHealthplatform is echter afhankelijk van zijn partners. De recentste problemen van gebruikers hebben hun oorsprong in partnerinfrastructuurproblemen. Het eHealthplatform geeft de hoogste prioriteit aan het beheer van incidenten in de productie. Elk incident wordt met de grootste prioriteit behandeld om het probleem zo snel mogelijk op te lossen. Daarvoor wordt de coördinatie met andere dataleveranciers, bijvoorbeeld MyCareNet, onmiddellijk georganiseerd. Elke onbeschikbaarheid wordt ook kenbaar gemaakt op een speciale website, met vermelding van de starttijd, de getroffen diensten, de oorzaak van de onbeschikbaarheid en de eindtijd van het incident. Het websiteadres is status.ehealth.fgov.be.

Voor een groot aantal incidenten zijn er *business continuity plan* (BCP)-maatregelen. Bij een incident wordt alles in het werk gesteld om een snelle overstap naar het *business continuity plan* mogelijk te maken. Na het oplossen van het incident wordt een diepgaande analyse uitgevoerd om na te denken over mogelijke aanvullende maatregelen om een herhaling van een soortgelijk incident te voorkomen.

Procedures voor de homologatie van software van apothekers worden beschreven en moeten later in 2024 de homologatie van de softwareleveranciers mogelijk maken.

De problemen bij een enkele partner hebben vaak een sneeuwbal effect op de diensten van andere partners, in het bijzonder de diensten rond de geneesmiddelenvoorschriften. Zowel eHealth als andere partners analyseren en implementeren voortdurend corrigerende oplossingen.

Het VIDIS-project zal in fase 2 een volledig overzicht van de voorschriften en medicatie bieden aan de patiënten, artsen en alle zorgverleners die daarop recht hebben.

Vermeldenswaardig is ook het feit dat de eID slechts een van de middelen is om toegang te krijgen tot de openstaande voorschriften van de patiënt. De eID zelf bevat geen gegevens van de voorschriften.

Met betrekking tot MyCareNet zijn er verschillende punten die de diensten de voorbije weken gedeeltelijk hebben beïnvloed.

Ten eerste was er migratie van de IT-diensten van de Liberale Mutualiteit. Er werd een mededeling gedaan aan zorgverleners om de gevolgen van die migratie te voorkomen. De softwareleveranciers werden tijdig via de IT-commissie geïnformeerd over de aanpassingen die in hun systeem aangebracht moesten worden. Om de IT-migratie mogelijk te maken, was er een periode van onbeschikbaarheid gepland en aangekondigd tussen 15 december 2023 en 4 januari 2024. Als gevolg daarvan was er een stopzetting van diensten en betalingen aan zorgverleners via de door de Liberale Mutualiteit beheerde patiëntgerelateerde zorg. Aangezien de leden van de Liberale Mutualiteit ongeveer 5 % van de bevolking uitmaken, heeft dat gevolgen voor ongeveer 5 % van de transacties.

Toen de IT-systemen op 5 januari opnieuw werden opgestart, bleek dat sommige softwareleveranciers hun systeem niet hadden bijgewerkt. Dat heeft geleid tot een verstoring van de herlancering van de transacties via die softwareleveranciers. Op dit moment, en ondanks onze herinneringen, zijn sommige softwareleveranciers nog steeds niet up-to-date.

Ten tweede is er een productie-incident geweest op 9 januari, op 15 januari en op 22 januari. Aan de NIC-zijde (Nationaal Intermutualistisch College) had IT-aanbieder Atos problemen met de stabiliteit van de omgeving op 9 januari gedurende 55 minuten, op 15 januari gedurende 25 minuten, en op 22 januari gedurende 45 minuten.

Tijdens die periodes werden de diensten van aanvragen van de verzekeraarstatus en elektronische attestering gedeeltelijk beïnvloed. Het NIC heeft direct stappen gezet om de impact te beperken, via activering van diensten in BCP-modus en activering van het DRP, het Disaster Recovery Plan. Daarnaast heeft het een warroom opgezet met live statussen en dagelijkse gesprekken op managementniveau tussen NIC, eHealth en Atos. Er werd ook een escalatie gedaan door de CEO van Atos. De oorzaak wordt onderzocht.

Sommige indicaties lijken een middlewarecomponent aan te duiden. Het onderzoek gebeurt met alle beschikbare middelen bij alle partners, eHealth en ECM Atos. Er zijn workarounds opgezet om de impact voor patiënten en zorgverleners tot een minimum te beperken. De teams krijgen op dit punt prioriteit en er is een permanente en specifieke monitoring om direct de nodige proactieve maatregelen te nemen in geval van nieuwe problemen.

Ondertussen, sinds dit weekend, lijkt de *root cause* gevonden en is men lessen aan het leren uit dit incident om in de toekomst adequater te kunnen reageren.

10.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik hoor een opeenstapeling van problemen. Het eHealthsysteem is natuurlijk maar zo sterk als de zwakste schakel en er zijn heel wat schakels. Het heeft echt voor heel veel problemen op het terrein gezorgd en het zorgt nog altijd voor problemen. Ik krijg zowat elke dag een melding van problemen met eHealth.

Mijnheer de minister, binnenkort hebben we hier een hoorzitting over eHealth, maar ik denk dat het ook tijd is om een doorlichting van het systeem te doen en eens te kijken waar we staan en of er geen echte, fundamentele verbeteringen nodig zijn.

10.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het echt hallucinant wat u zegt. De hele gezondheidssector is op het eHealthsysteem gestoeld. De werking van de eerste lijn is daarop gestoeld. De problemen zijn niet van gisteren. Er zijn artsen die al acht weken op een uitbetaling wachten. U zou dat eens moeten doen met de arbeiders van Sidmar. Na weken van miserie komt u hier zeggen dat u lessen aan het trekken bent. Dat lijkt toch nergens op?

Hetzelfde geldt voor de apotheken. Patiënten gaan rechtstreeks van de arts naar de apotheker. Zowel de arts als de patiënt zijn ervan overtuigd dat er een voorschrift op naam van de patiënt staat, maar er staat niets op. Dan staat men daar als zorgverstrekker. Ten eerste kan de apotheker de patiënt geen medicatie meegeven, want die is al een dag per week bezig om de ontbrekende geneesmiddelen bij elkaar te zoeken. Ten tweede komt de patiënt van de arts, maar is zijn voorgeschreven medicatie niet te zien. Ten derde belt men naar de arts en die bevestigt dat hij het heeft voorgeschreven. De patiënt moet dus terug naar de arts en komt daarna met een geschreven voorschrift terug, waarna de medicatie kan worden afgeleverd.

Kan het nog onperformanter? En dat terwijl de mutualiteiten – ik heb in de krant gelezen dat u verwees naar een bepaalde mutualiteit – op een berg geld zitten. Dat geld ontvangen ze van u, van de belastingbetaler om te zorgen voor een performante gezondheidszorg voor de burger en de zorgverstrekker.

Ik vind het hallucinant dat u hier dan antwoordt dat er lessen worden getrokken. Dit moet worden aangepakt. Dit kan niet. U hebt nu gecommuniceerd dat er geen supplementen meer mogen worden gevraagd, maar u slaagt er zelfs nog niet in om uw zorgverstrekkers hun centen op tijd te garanderen. Dit is nalatigheid. Wat zult u de huisartsen nog allemaal in de schoenen schuiven? Dat is de vraag die ik mij stel.

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

11 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het lopende onderzoek bij het Brusselse parket" (55040872C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De klacht van de ngo Transparencia" (55040884C)

11 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'enquête en cours au parquet de Bruxelles" (55040872C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La plainte déposée par l'ONG Transparencia" (55040884C)

11.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben het hierover al een keer gehad en u zei toen dat u nergens van wist. Misschien weet u vandaag al meer.

De krant *l'Avenir* publiceerde op donderdag 18 januari het nieuws dat het parket van Brussel een door de ngo Transparencia ingediende klacht tegen de FOD Volksgezondheid onderzoekt. De klacht dateert al van juni en ging toen voornamelijk over het gebrek aan transparantie in uw overheidsdienst, maar verwees ook naar het probleem dat ik met uw dienst heb gehad en waarvoor ik naar de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten (CTB) ben gegaan omtrent de vacature voor de consultant voor het rescEU-project, uitgevoerd door Movianto in opdracht van de FOD Volksgezondheid.

Ondanks een positief advies van de CTB, kreeg ik niet de nodige en gevraagde informatie van uw diensten. Ook de feiten die aan het licht zijn gekomen op 7 december, zouden meegenomen zijn in de klacht bij de Centrale dienst voor de bestrijding van corruptie (CDBC). Indien de informatie in de media klopt, dan werd hiernaar een onderzoek geopend door het parket. Dat is toch wel ernstig.

De klacht in juni was naar mijn informatie, zowel naar de FOD Volksgezondheid als naar uzelf gericht. Kunt u dat bevestigen?

De klacht werd ingediend bij de CDBC en het onderzoek loopt bij het parket van Brussel.

Bent u op de hoogte gebracht van het onderzoek bij het parket? Bent u ook op de hoogte gebracht van de scope van het onderzoek? Gaat het om het onderzoek naar transparantie en de eventuele anomalieën bij de aanbesteding van het vaccincontract? Loopt er ook een onderzoek naar de toewijzing van het rescEU-project en de vacature en aanstelling van de consultant in kader van het rescEU-project?

Bent u verhoord in het kader van dat onderzoek? Werd de genoemde ambtenaar in kwestie of iemand uit uw diensten verhoord in kader van dit onderzoek?

In hoeverre loopt dit onderzoek parallel met het lopende onderzoek bij de Federale Interne Audit (FIA)?

Nam u of namen uw advocaten ondertussen contact op met de advocaten van Medista om het bewijsmateriaal waarover zij aangeven te beschikken op te vragen en door te nemen? Zag u ondertussen de interviews met de ambtenaar en de werknemer van Movianto? Wat is uw conclusie?

De ambtenaar werd van de vaccindistributie gehaald, gaf u aan in commissie. Ik krijg echter de melding dat zij nog altijd in die positie actief zou zijn. Hoe verklaart u de tegenstrijdigheid met uw voorgaande verklaringen?

Werkte de ambtenaar nog aan het vaccindossier of niet?

11.02 Dominiek Sneye (VB): Mijnheer de minister, ik verwijs graag naar de ingediende vraag.

De NGO Transparencia heeft een klacht neergelegd om duidelijkheid te krijgen over het miljoenencontract voor de verdeling van coronavaccins. Nadat er filmpjes circuleerden waarin duidelijk werd dat de bevoegde ambtenaar mogelijks de aanbesteding beïnvloedde, ging de bal aan het rollen. De ambtenaar werd op non-actief gezet en de minister vroeg een doorlichting van het federaal auditcomité. Die laatste startte een vooronderzoek dat nu lopende is. De NGO Transparencia vroeg reeds meerdere keren om in die zaak alle documenten vrij te geven, maar zoals in het dossier van de 'covidmails' vingen ze telkens weer bot. Nochtans gebiedt de wet op de openbaarheid van bestuur dat alle bestuursdocumenten openbaar gemaakt worden indien daar vraag naar is. Onder bestuursdocumenten worden facturen, aanbestedingen, notulen van vergaderingen maar ook alle vormen van communicatie zoals emailverkeer, sms of what's appjes edm.

Waarom is het zo moeilijk transparantie te bieden over de covidperiode? Wat heeft u te verbergen?

Welke stappen zal u in deze dossiers (covidmails én Medistagate) nog zetten?

11.03 Minister Frank Vandenbroucke: Ik lees inderdaad in de pers dat er een onderzoek van het parket zou zijn naar aanleiding van een klacht over de openbaarheid van bestuursdocumenten. Ik heb daarover geen verdere informatie. Ik ben daar door het parket ook niet over geïnformeerd.

Tot nu hebben wij de opnames – ik heb het over zowel de volledige video- als de audiofragmenten – ondanks herhaalde vragen en oproepen aan Medista niet gekregen. Zoals al vaak herhaald, vraag ik Medista met aandrang om dat zogenaamde bewijsmateriaal waarover zij beschikken te bezorgen, opdat het onderzoek goed zou kunnen worden gevoerd. Ik heb die vraag, zoals u weet, ook nog eens schriftelijk herhaald aan Medista, nadat ik ze hier al een paar keer stelde. Ik herhaal ze hier nog eens.

Mevrouw Depoorter, de betrokken ambtenaar werkt niet meer aan dossiers die verband houden met het beheer van de strategische stock. U beweert dat u gegevens hebt die het omgekeerde aantonen. Ik verzoek u met aandrang om die gegevens te bezorgen aan de FIA, als u denkt dat u gegevens hebt die een ander licht werpen op die zaak. U kunt ze ook aan mij bezorgen, dan stuur ik ze door naar de FIA. Anders stel ik voor dat u dat hier niet blijft herhalen.

Dan kom ik bij de vragen over de covidmails. Vragen gesteld onder openbaarheid van bestuur worden steeds onderzocht en waar voldaan is aan de voorwaarden, wordt daaraan een passend gevolg gegeven. Indien een burger het niet eens is met een beslissing van mijn administratie inzake openbaarheid van bestuur, kan die zich richten tot de Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten.

U weet – ik herhaal het – dat er over heel dit proces een onderzoek loopt, op dit moment een vooronderzoek, van de FIA. Ik wacht op het resultaat.

11.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, uw antwoord is een beetje mager. Ik heb u expliciet de vraag gesteld of de ambtenaar aan de vaccindistributie meewerkt. U hebt gezegd dat zij niet werkt aan het dossier van de strategische stock. Mijn vraag ging echter over de vaccindistributie vandaag. Daar had ik graag een antwoord op gekregen.

U zei dat u in de pers las over een onderzoek van het parket. Hebt u echt nog niet gepolst of u het voorwerp van een onderzoek bent of niet? Interesseert dat dossier u dan zo weinig? Dat vind ik heel bijzonder, mijnheer de minister.

Wat ik ook heel bijzonder vind, is dat u zegt dat u al vaker aan de firma Medista gevraagd hebt om het bewijsmateriaal te bezorgen. U en uw FOD zitten nu al twee jaar in een juridische strijd met die firma. Is het niet aangewezen om die vraag via uw advocaten te stellen? Bent u ervan overtuigd dat u de juiste tussenpersoon bent, als hoofd van de FOD Volksgezondheid om bewijsmateriaal te opvragen? Zou het niet eerder de Federale Interne Audit zelf moeten zijn of uw advocaat die dat bewijsmateriaal opvraagt?

Ik vind het nogal bijzonder dat u telkens antwoordt dat u het in de pers vraagt, dat u het in het Parlement vraagt, dat u een brief hebt geschreven,... Mijnheer de minister, dit is een onderzoek waarin u het voorwerp van discussie bent, als politiek verantwoordelijke voor de FOD Volksgezondheid. Hoe komt het dat u uw advocaten of uw Federale Audit niet de opdracht geeft om dat bewijsmateriaal op te vragen?

Bent u echt niet een beetje nieuwsgierig naar wat er allemaal gezegd wordt in toch wel heel belastend materiaal voor diensten waarvoor u de politieke verantwoordelijke bent? Neemt u dat dossier dan echt niet ernstig, mijnheer de minister?

11.05 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, het is blijkbaar moeilijk om de wet toe te passen. Openbaarheid van bestuur betekent dat alle bestuursdocumenten vrijgegeven moeten worden. De ngo Transparencia wil alleen maar volledige transparantie, zowel in de Medistagate als wat betreft de coronaperiode. Uiteindelijk zijn daar hun grieven ontstaan. Blijkbaar is dat zeer moeilijk. U legt de wet naast u neer.

Er is absoluut geen sprake van transparantie. Daaruit kan enkel worden besloten dat u wel het een en ander te verbergen hebt. Als u niks te verbergen hebt, laat u toch gewoon in uw kaarten kijken. Daarbovenop speelt die geheimzinnigheid en die geheimhouding eigenlijk ook in de kaart van allerlei complotdenkers, waarop u zo boos bent. Eigenlijk kunt u hun gedachtegang onmiddellijk tenietdoen door die complotdenkers toegang te geven tot het mailverkeer, tot uw sms'jes en wat nog meer, dus tot alle bestuursdocumenten die de openbaarheid van bestuur uitmaken. Laat dus in uw kaarten kijken. Helaas is dat onmogelijk. Transparantie is bij u dode letter.

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

12 Vraag van Servais Verherstraeten aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De functionele samenwerkingsverbanden (opvolgvraag)" (55041002C)

12 Question de Servais Verherstraeten à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les coopérations fonctionnelles (question de suivi)" (55041002C)

12.01 Servais Verherstraeten (cd&v): Mijnheer de minister, enkele maanden geleden stelde ik u al een vraag over de uitrol van de functionele samenwerkingsverbanden in de provincie Antwerpen en meer specifiek in de Kempen. Ik wees u toen op de problematiek die in alle landelijke gebieden voor een stuk geldt, meer bepaald de grote afstanden en het risico dat die bijkomende druk op de spoeddiensten zouden teweegbrengen, zeker in de nacht.

U hebt toen enkele maatregelen aangekondigd om tegemoet te komen aan de bezorgdheden op het terrein, zoals het opmaken van een lijst met *frequently asked questions* (FAQ's) en maatregelen inzake de begeleiding voor de wachtposten. U verwees ook naar een universitaire studie over de optimalisatie van de samenwerking en een geografische studie van de Universiteit Gent.

Die studies zullen hoe dan ook een meerwaarde zijn, maar het probleem is dat zij wellicht tijd zullen vergen en dat de inwerkingtreding van de samenwerkingsverbanden en de uitrol ervan nadert. Daarom heb ik enkele vragen over de stand van zaken.

Is de lijst met FAQ's van het RIZIV er ondertussen? Werd daarover overlegd met de wachtposten?

In het late najaar van 2023 hebt u een schrijven ontvangen van 13 wachtposten in de Kempen over hun bezorgdheden, onder meer over de oprichting van die overkoepelende vzw en het financieringskader. Heeft er daarover nog overleg plaatsgevonden?

Wat is de stand van zaken inzake de studie van Domus Medica? Is zij al van start gegaan? Zijn daar al resultaten van? Wat is de timing hiervan?

Kunt u ook de timing en de stand van zaken inzake de geografische studie van de Universiteit Gent meegeven?

Is er intussen al een definitief financieel kader voor de functionele samenwerkingsverbanden afgeklopt? Dat vereist immers een KB. Ik heb begrepen dat er een ontwerp-KB was dat naar het Verzekeringscomité werd gezonden en dat is voorgelegd aan de Raad van State. Wat is de stand van zaken hieromtrent?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Verherstraeten, we hebben sinds oktober effectief stevig doorgewerkt aan dit dossier. Er is een structureel overleg met het werkveld binnen het begeleidingsplatform wachtposten dat nu maandelijks bijeenkomt. In dat begeleidingsplatform zijn zowel de artsensyndicaten als een afvaardiging van de wachtposten aanwezig. Op basis van de vragen die ingediend zijn door het terrein is inderdaad een lijst van FAQ's opgemaakt die verspreid werd naar alle wachtposten en die op de websites van het RIZIV en de FOD zal worden geplaatst. Die FAQ's zullen waar nodig stelselmatig worden aangevuld. De antwoorden geven meer toelichting bij het erkennings-KB dat al in november 2020 werd gepubliceerd en het financierings-KB dat voor het zomerreces een eerste keer werd goedgekeurd. Het erkennings-KB heeft op zich zelfs een wat oudere geschiedenis

Inmiddels is er een budgettaire simulatietool uitgewerkt waarmee de wachtposten het budget van een toekomstig functioneel samenwerkingsverband kunnen berekenen, conform het financierings-KB. Ze kunnen simulaties uitvoeren voor de beide scenario's, dus meer inzetten op open wachtposten tijdens de diepe nacht of meer inzetten op wagens met chauffeur, en voor verschillende samenstellingen van een samenwerkingsverband. De tool is voorbereid tijdens het laatste begeleidingsplatform op 25 januari, is nu verspreid aan de leden ter validatie en zal dan vervolgens aan alle wachtposten bezorgd worden. We zijn dus bijna zover, wat dat betreft.

De Universiteit Gent heeft zijn geografische tool op dezelfde vergadering van 25 januari voorgesteld. Aan de hand van die interactieve en digitale tool kunnen de wachtposten scenario's uittesten en wordt aangegeven wat de aanrijtijden zijn voor hun populatie. Zo kunnen ze kijken naar het meest optimale scenario. De tool wordt nu gevalideerd met inbreng van het werkveld. De bedoeling is hier op het volgend begeleidingsplatform in februari verder mee aan de slag te gaan.

Het ontwerp-KB dat aan de financiering van de functionele samenwerkingsverbanden vormgeeft, is inmiddels terug van de Raad van State. Het wordt nu aangepast aan de gemaakte opmerkingen van de Raad van State, waarna het ter ondertekening kan worden voorgelegd met het oog op publicatie. Dat KB heeft ook het voorwerp uitgemaakt van veel besprekingen op het niveau van de medicomut enzovoort en is daar echt wel gedragen.

Ik heb de brief van de Antwerpse wachtposten goed ontvangen. Ik heb hen ook een uitvoerig antwoord gegeven. Ik heb daar ook een reactie op gekregen. Ik zal daar ook op antwoorden. Dat is nuttig. Er blijven nogal veel misverstanden bestaan. Men ziet dingen die er niet zijn en de dingen die er wel zijn, worden niet gezien. Ik probeer dat door systematisch informatie te geven en in dialoog te gaan met al die vertegenwoordigers zoveel mogelijk op te klaren in het belang van de huisartsen en van de patiënt.

12.03 **Servais Verherstraeten** (cd&v): (...) Ik zou een suggestie willen doen met betrekking tot de

briefwisseling waarnaar u verwijst in uw antwoord over de huisartsenwachtpost Antwerpen regio Kempen. Bemerkingen zijn goed omdat ze zaken kunnen optimaliseren. Het zou goed zijn een mondeling overleg van uw kabinet met de betrokkenen te organiseren. Ik ben bezorgd over de juridische ondersteuning die noodzakelijk zal zijn bij de implementatie waar bezorgheid is op het terrein. Artsen zijn geen juristen.

Die geografische studie en die simulatietool zijn goed. De twee hebben met mekaar te maken, omdat er sowieso een onderscheid is tussen de stedelijke en landelijke gebieden. In de landelijke gebieden spelen de grote afstanden en de daarmee gepaarde kosten een rol. Daarom zou een differentiatie mogelijkwijze aangewezen zijn. Ik wil niet vooruitlopen op die geografische studies. Op basis van een beetje gezond boerenverstand lijkt het mij echter dat in de landelijke regio's de kostprijs hoger zal liggen dan in de stedelijke regio's en dat daarom een diversificatie noodzakelijk zal zijn. Mag ik u vragen om daar bij de implementatie maximaal rekening mee te houden?

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kleuter die stierf aan een overdosis methadon" (55040874C)

13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le décès par overdose de méthadone d'un jeune enfant" (55040874C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, onlangs stierf een vierjarige kleuter door de inname van methadon. Het zou een spijtige verwisseling van medicatie betreffen, een bijzonder dramatisch voorval.

Methadon wordt voorgeschreven als substitutie bij een heroïneverslaving. Methadon wordt in gelules in een flesje met een speciale veiligheidsdop afgeleverd in de apotheek, om ongevallen en verwisselingen te voorkomen. De dosis, het medicijn en de verdooving worden eveneens vermeld, alsook de naam van de patiënt. Ik veronderstel dat in het onderzoek naar de omstandigheden alle voorwaarden en wettelijke bepalingen worden meegenomen.

Hoeveel gevallen van accidentele inname van methadon werden er geregistreerd tussen 2013 en 2024? Hoeveel gevallen van overdosisen methadon werden er geregistreerd tussen 2013 en 2024? Hoe vaak werd een patiënt opgenomen of gerapporteerd met een overdosis van de combinatie van methadon en heroïne tussen 2013 en 2024? Hoe vaak werd er Naloxone gebruikt in het kader van een overdosis in de jaren 2014 tot en met 2023?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, de afgelopen tien jaar werden drie meldingen van een accidentele inname van methadon geregistreerd in de geneesmiddelenbewakingsdatabanken van het FAGG. Het betrof twee kinderen en een volwassene. De afgelopen tien jaar werden twee meldingen van een overdosis met methadon geregistreerd in deze databanken. Het betrof twee volwassenen. Er zijn geen rapporteringen terug te vinden van een overdosis van de combinatie van methadon en heroïne. Er is wel een melding teruggevonden waarbij een ex-heroïnegebruiker een overdosis met fentanyl innam. Hij gebruikte daarnaast ook methadon en morfine. De tweede melding waarbij een ex-alcohol- en ex-cocaïnegebruiker methadon kreeg toegediend en een overdosis innam, betreft een van de twee meldingen die ik in mijn tweede punt daarnet vermeldde. Over het gebruik van Naloxone in het kader van een overdosis kon het FAGG mij geen gegevens verstrekken.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dat laatste vind ik wel heel frappant. U hebt onlangs nog gezegd dat we meer in Naloxone zullen voorzien om te interveniëren bij overdosisen. Hebt u dan niet gemeten hoe vaak er Naloxone is toegediend in het kader van een overdosis heroïne? Dit is immers eigenlijk waarom men Naloxone in huis heeft. Het lijkt mij echt een hiaat te zijn dat daar geen metingen van gebeuren en dat er geen rapportering van is. Naloxone is een essentieel product in de behandeling van overdosisen. Uw partij is nochtans voor spuitruimtes, dus het zou niet slecht zijn te meten hoe vaak Naloxone nodig is.

Het goede nieuws is dat sinds die dop in gebruik is, er minder meldingen zijn van innames. Het bewijs is er, er zijn drie meldingen, waarvan twee over kinderen. Het zijn vooral kinderen die daar het

slachtoffer van zijn. We kunnen niet veilig genoeg werken met dergelijke producten, die zeer gevaarlijk zijn bij accidentele inname.

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

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De communicatie over het dossier van de vaccindistributie en de nota aan de MinRa van 23.12.2023" (55040885C)

14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La communication concernant le dossier de la distribution des vaccins et la note au CM du 23.12.2023" (55040885C)

14.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb u gezegd dat ik op deze zaak zou terugkomen. Verschillende keren en op verschillende manieren heb ik u gevraagd naar de bijlage die hoort bij de nota aan de ministerraad, opgemaakt op 8 december 2021 en ter bespreking voorgelegd op 10 december 2021. Het ging om een digitale ministerraad die werd voorgezeten door de premier. Tot vandaag heb ik die bijlage, die het verslag betreft van de IKW tussen 2 en 6 december, nog niet ontvangen. Bij deze dring ik hier nogmaals en dringend op aan.

Het is mij vandaag nog altijd niet duidelijk in hoeverre u als bevoegd minister uw collega's in de ministerraad correct hebt geïnformeerd over de beslissing die voorlag over de toewijzing van de all-intender en de draagwijdte ervan. Omdat u in de nota aangeeft dat de tender dient voor overige diensten die niet onder de overheidsopdracht vaccins vallen, is de bijlage essentieel. U hebt er een deeltje uit voorgelezen in antwoord op een interpellatie, maar ik heb die bijlage nog steeds niet gezien. Het valt op dat er in de nota zelf nergens sprake is van de verhuizing van de vaccins die hoort bij die volledige switch van vaccindistributeur zoals die uiteindelijk werd uitgevoerd, noch van de kostprijs daarvan.

Ik verneem ook op basis van communicatie tussen uw kabinet en de Kanselarij van de premier op 23 december 2021 dat het kabinet van de premier op dat moment niet op de hoogte zou zijn geweest van het feit dat de overheidsopdracht al dan niet werd uitgeschreven, laat staan dat die zou dienen voor opdrachten waarvoor de FOD Volksgezondheid nog enige tijd in zee zou gaan met Medista. Dit alles duidt toch op het delen van onvolledige informatie aan de ministerraad.

Op 24 juni 2021 werd in de stuurgroep Vaccinatie een presentatie gegeven waarin de nieuwe overheidsopdracht werd aangehaald die later in die week, namelijk op 29 juni 2021, zou worden toegewezen. In die presentatie maakte de deelstaat Vlaanderen haar bezorgdheid kenbaar over het feit dat na de toewijzing van de nieuwe tender de vaccins gestockeerd zouden worden bij twee verschillende partners en binnen twee verschillende systemen.

Kunt u mij duiden hoe de communicatie tussen uw diensten en de diensten van de premier hierover verliep? Blijft u bij uw standpunt dat u uw collega's goed hebt geïnformeerd? Wanneer kan ik de bijlage ontvangen? Hoe verklaart u dat uw partners niet voldoende werden ingelicht over het feit dat de samenwerking met Medista volledig zou worden stopgezet, over de verhuizingsplannen, de bijhorende kosten van 4 miljoen euro en de bijhorende risico's voor de volksgezondheid?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ten eerste hebben onze diensten de nodige informatie op 8 december 2021 aan alle leden van de interkabinettenwerkgroep (IKW) bezorgd, inclusief de vertegenwoordigers van het kabinet van de premier.

In het verslag van de IKW is daarover het volgende opgenomen: "De opdracht voor het beheer van de stock van de vaccins werd in mei 2021 gegund aan Medista voor een totaalbedrag van 5.107.928,12 euro. In amper zes maanden werd het volledige geraamde en toegewezen budget verbruikt. Er zal dan ook een budgetverhoging voor aanvullende diensten nodig zijn om de kosten van vaccinatie in de komende maanden te dekken. Het is daarom noodzakelijk om activiteiten met betrekking tot vaccinatie in de nieuwe overheidsopdracht op te nemen om te voorkomen dat er een nieuwe afzonderlijke opdracht voor vaccins moet worden gepubliceerd. Hierdoor kunnen geneesmiddelen en vaccins worden gecentraliseerd in één enkele actor die voor de Belgische Staat werkt, wat een eenvoudiger en efficiënter beheer mogelijk maakt."

Ten tweede werden mijn collega's dus goed geïnformeerd, inclusief de vertegenwoordigers van het kabinet van de premier.

Ten derde bepaalt artikel 6, § 2, van de wet van 11 april 1994 betreffende de doorzichtigheid van de administratie: "Een federale (...) overheid wijst de vraag om inzage, uitleg of mededeling in een afschrift van een bestuursdocument die met toepassing van deze wet is gedaan, af wanneer de openbaarmaking van het bestuursdocument afbreuk doet: 1. aan het geheim van de beraadslagingen van de federale regering en van de verantwoordelijke overheden die afhangen van de federale uitvoerende macht of waarbij een federale overheid betrokken is."

Ten vierde werden de partners in elk stadium op de hoogte gebracht. Als gevolg daarvan was er geen risico voor de volksgezondheid, des te meer omdat de eerste aanbesteding voor de vaccins gegund aan Medista, tot februari 2023 liep. In het geval van een toewijzing aan een nieuwe partner was de overgang dus verzekerd.

U verwijst naar de maand juni 2021, maar de vaccins werden toen nog gestockeerd bij Medista. Er was geen GT Distri op 24 juni 2021 en de definitieve gunning vond plaats op 9 augustus 2022. Nadien vond de verhuizing van de vaccins plaats in het vierde semester 2022. De vaccinatiecampagne van 2022 verliep goed, in overleg met de deelstaten.

Inzake de kosten voor de verhuizing van Medista naar de nieuwe opdrachtnemer, maken de facturen voorwerp uit van een procedure voor de rechtbank.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): "Beste Jan, Ik krijg signalen dat er nog steeds geen enkele factuur is voldaan voor Medista en dat er nu ook een overheidsopdracht wordt uitgeschreven voor opdrachten waarvoor de FOD nog enige tijd onder contract zou zitten met Medista. Kan je bevestigen dat wij geen risico lopen met het beheer van de stock die wordt bewaard en verdeeld door Medista?" Ondertekend door Mieke Walraevens, adviseur Gezondheidszorg, Kanselarij en gericht aan Jan Bertels, uw kabinetschef, mijnheer de minister. U zegt dat uw collega's goed werden geïnformeerd. Dat staat haaks op deze mail van 23 december 2021.

Mijnheer de minister, net hetzelfde geldt voor de presentatie in de taskforce Vaccinatie die werd gegeven op 24 juni 2021. U zegt dat die vergadering niet plaatsvond. De slides en het verslag ervan zitten in mijn pc. Er was daar ongerustheid over wat er zou gebeuren met twee centrale distributeurs.

Ik heb u nu nog eens gevraagd naar die bijlage. U bent niet van plan om ze te delen. U leest eruit voor, maar ik geloof u niet meer. Stuur die toch op naar de commissie. Dat is openbaarheid van bestuur. Wat hebt u te verbergen?

Ik zal u zeggen dat u te verbergen hebt. Dat is het feit dat u niet duidelijk gecommuniceerd hebt aan uw collega's van de ministerraad, niet over het feit dat de volledige vaccindistributie weggehaald zou worden bij Medista, niet over het feit dat u een verhuizing van miljoenen euro's zou hebben, niet over de plannen die u voor de toekomst had.

Mijnheer de minister, we blijven in blijde verwachting van transparantie.

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

15 Vraag van Sigrid Goethals aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De patiëntenrechten" (55041041C)

15 Question de Sigrid Goethals à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les droits des patients" (55041041C)

15.01 Sigrid Goethals (N-VA): Mijnheer de minister, tijdens een gedachtewisseling in de plenaire vergadering eind vorig jaar hebben we gesproken over het verschrikkelijke incident met de kleine Cisse. Toen hebt u mij gezegd dat u een aantal acties had ondernomen betreffende de patiëntenrechten om te voorkomen dat een dergelijk incident ooit nog zou voorvallen. Gezien het grote belang van dat dossier en het nastreven van een correcte naleving van onze taalwetgeving kom ik daar graag op terug. U zei ook dat u twee brieven naar de betrokken Brusselse ziekenhuizen had gestuurd.

Hebt u ondertussen, een maand later, een antwoord ontvangen? Kunt u dat toelichten en eventueel de correspondentie doorsturen? Ik had graag zowel de brief die u naar de ziekenhuizen hebt gestuurd als de antwoorden die u gekregen zou hebben ontvangen.

U hebt aan de Federale Commissie Rechten van de Patiënt gevraagd om te bekijken hoe men in de wetgeving op de patiëntenrechten de eis dat men de moedertaal van de patiënt spreekt harder kan maken. Hebt u van hen al inzichten ontvangen? Kunnen wij die krijgen?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Naar aanleiding van het tragische verhaal van Cisse heb ik op 21 december inderdaad de betrokken ziekenhuizen aangeschreven om hen te wijzen op hun wettelijke verplichtingen inzake taalgebruik evenals inzake menselijke zorg. Taal is een wezenlijk element in goede zorg. Zeker in het tweetalig Brussels Hoofdstedelijk Gewest vormt dat een uitermate belangrijk aandachtspunt. Het is essentieel om toelichting, zorg en begeleiding te krijgen in zijn of haar moedertaal. Verstaanbaarheid tussen patiënt en verstrekker is essentieel voor een volwaardige zorgrelatie.

Ik heb van de betrokken ziekenhuizen nog geen antwoord ontvangen. Ik stuurde ook een brief aan de Federale Commissie Rechten van de Patiënt. Ik vroeg hen te willen onderzoeken of de aanpak van foutief taalgebruik versterkt kan worden binnen het kader van de wetgeving op de patiëntenrechten. Het is essentieel dat de stem van de patiënt als patiënt wordt gehoord. Daarover gaat de wetgeving op de patiëntenrechten. De Federale Commissie Rechten van de Patiënt heeft mij laten weten dat het punt inzake taalgebruik in ziekenhuizen een eerste keer geagendeerd staat in de plenaire vergadering van 2 februari.

U vroeg of u die brieven kon krijgen. Dat is voor mij geen probleem. Mijn medewerkster kan u die bezorgen.

15.03 **Sigrid Goethals** (N-VA): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord. Ik ben blij dat u mij die brieven gaat bezorgen. Zoals mijn collega al zei, is dat een kwestie van openbaarheid van bestuur. Ik vind die belangrijk.

Het verwondert mij wel een beetje dat u zegt dat u nog geen antwoord gekregen hebt. U liet uitschijnen dat u dat heel belangrijk vindt. Als ik iets belangrijk vind en ik heb na een maand nog geen antwoord gekregen, dan stuur ik een rappel om te vragen waar het antwoord blijft. Ik hoop dan ook dat u dat ook zult doen. Ik vrees dat ik hier volgende maand opnieuw zal staan om te vragen of u wel al antwoord gekregen hebt. Wij blijven niet stilzitten, dit is te belangrijk om niet op te volgen.

Mijn collega in de Brusselse regering heeft Brussels minister Maron daarover ondervraagd, en er zijn blijkbaar redelijk wat budgetten gegaan naar de opleiding Nederlands in ziekenhuizen. De budgetten zijn zelfs verdubbeld, maar we merken dat er eigenlijk geen verbetering komt. Daar moet aan gesleuteld worden. Het zal niet mogen blijven bij gewoon aanmodderen. Er zal hard aan getrokken moeten worden voor er verbetering optreedt, in het voordeel van alle patiënten. Ik mag hopen dat dergelijke feiten nooit meer voorkomen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 **Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La répartition des médecins en formation" (55041025C)**

16 **Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De spreiding van de artsen in opleiding" (55041025C)**

16.01 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Monsieur le ministre, malgré l'augmentation du nombre de numéro INAMI, le nombre de médecins spécialistes en formation dans notre pays est en nette diminution, diminution due à la double cohorte, à laquelle s'ajoute la réforme du travail des médecins spécialistes en formation qui impose une limitation du temps de travail des médecins en formation.*

Comme vous le savez, la répartition de ces médecins spécialistes en formation dans les différents lieux de stage est une tâche dévolue aux universités qui ont, toutes, leurs propres hôpitaux et leurs propres

réseaux hospitaliers. Ces universités peuvent décider seules des règles pour cette répartition. Il en résulte que les universités s'attribuent la grande majorité des médecins spécialistes en formation. Le jury de l'ULiège vient d'ailleurs de décider que les lieux de stage plus éloignés tels que Arlon, ne recevraient plus de médecins en formation! Il n'y aura donc plus de médecin en formation en province de Luxembourg. L'impact de cette décision va encore aggraver la pénurie: difficulté dans le fonctionnement des services, problème de recrutement, discrimination de la ruralité, ...

Monsieur le ministre, quelles mesures allez-vous prendre pour gérer ce problème de répartition injuste des médecins spécialistes en formation?

Je vous remercie de votre réponse.

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Piedboeuf, le nombre de médecins spécialistes en formation n'est en réalité pas en diminution. En effet, ceux-ci étaient 6 211 au total en Belgique en 2018 contre 6 689 en 2022. Il s'agit d'une augmentation assez importante.

En tant que ministre de la Santé publique, je veille chaque année à ce qu'il y ait un nombre suffisant de maîtres de stage et de services de stage agréés ainsi qu'à ce que leur nombre soit réparti de telle façon que les mêmes possibilités de spécialisation soient offertes aux médecins diplômés. Par contre, il n'est pas dans mes compétences d'imposer à une institution ou à un acteur le déroulement d'un stage dans un endroit plutôt qu'un autre, de la même manière qu'il n'est pas dans mes compétences de contraindre un service de stage à accepter un ou plusieurs médecins spécialistes en formation.

En ce qui concerne la répartition des médecins spécialistes en formation dans les différents lieux de stage, le maître de stage coordinateur, qui n'est pas forcément universitaire, doit accompagner le médecin spécialiste en formation dans l'établissement de son plan de stage, c'est-à-dire dans l'établissement de la liste des différents lieux de stage au sein desquels il réalisera sa formation pratique. Il n'est donc pas prévu que le maître de stage coordinateur répartisse les médecins spécialistes en formation qu'il coordonne en fonction des besoins d'un réseau hospitalier, en particulier.

Dans un rapport sur la qualité des stages des médecins spécialistes en formation réalisé par le SPF Santé publique, les maîtres de stage coordinateurs ont d'ailleurs indiqué prendre en compte une variable, comme les compétences déjà acquises par les médecins spécialistes en formation, bien avant les besoins des services de stage agréés pour accompagner les médecins spécialistes en formation dans leur choix. De plus, l'élaboration du plan de stage doit se baser sur des critères d'agrément qui prévoient entre autres que le stage se déroule dans au moins deux services de stage agréés établis dans deux hôpitaux agréés distincts dont au moins douze mois dans un hôpital qui n'est pas désigné comme universitaire.

Des expériences diverses, en milieu rural notamment, sont très utiles dans un trajet de formation.

Les plans de stage sont ensuite soumis à l'approbation des commissions d'agrément – une compétence des Communautés – où sont présents les représentants des associations professionnelles et des facultés.

Par ailleurs, dans le cadre d'un plan d'action visant à garantir encore davantage la qualité des stages des médecins spécialistes en formation, la possibilité de centraliser les offres de formation des différents services de stage et de les rendre accessibles aux médecins spécialistes en formation est analysée. L'objectif est de permettre une implication plus importante des médecins spécialistes en formation dans le choix de leurs différents lieux de stage, en leur offrant une vue d'ensemble sur les différentes possibilités de formation qui s'offrent à eux. Des réflexions autour des rôles et responsabilités du maître de stage coordinateur ainsi qu'une analyse des conflits d'intérêts sont également envisagées dans le cadre de ce plan d'action.

16.03 Benoît Piedboeuf (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Mais en dehors des principes que vous venez d'évoquer, il y a une réalité de terrain. Aujourd'hui, notamment en province de Luxembourg, des hôpitaux sont dépourvus de stagiaires. Or, on en a besoin, comme dans tous les autres hôpitaux. Comme on l'a vu avec l'ULiège, il existe une tendance à dire qu'à partir de maintenant, il n'y aura plus de stagiaires émanant de l'ULiège allant jusqu'à Arlon. Je comprends bien qu'actuellement, vous n'avez pas la possibilité d'imposer autre chose, mais je crois que par rapport

à la pénurie médicale en zone rurale, tant pour les spécialistes que pour les médecins généralistes, il va falloir faire preuve d'imagination pour éviter une concentration de médecins à certains endroits et une absence de médecins dans d'autres endroits.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les initiatives prises par BeQuinT au sujet du stock sanguin en Belgique" (55040744C)

17 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De initiatieven van BeQuinT met betrekking tot de bloedvoorraad in België" (55040744C)

17.01 **Patrick Prévot** (PS): *Monsieur le ministre, en juillet dernier, je vous interpellais au sujet de la scission entre la Rode Kruis et la Croix Rouge et l'éventuel impact que cela pouvait provoquer sur les stocks de sang en Belgique.*

Nous savons que ce stock est amené à être continuellement renouvelé et les appels aux dons de sang sont réguliers.

En réponse à ma question, vous m'aviez fait part d'initiatives en cours de réflexion au sein de la Belgian Quality in Transfusion (BeQuinT), une plateforme d'experts installée au sein du SPF Santé publique afin d'optimiser la répartition du stock.

Monsieur le ministre,

Pourriez-vous faire le point sur les initiatives prises par la plateforme BeQuinT?

Où en est l'élaboration d'un plan national de pénurie de sang?

Le KCE a-t-il été sollicité pour étudier la question? Si tel est le cas, quand pouvons-nous espérer la publication de leur étude?

Je vous remercie pour vos réponses.

17.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: *Monsieur Prévot, en 2024, les priorités que le BeQuinT entend mettre en œuvre, dans la mesure des ressources disponibles, sont le plan national de pénurie de sang, également suivi par la plateforme Stock pharmaceutique stratégique, et, en parallèle, la mise en œuvre nationale du Patient Blood Management afin de réduire la consommation nationale de produits sanguins.*

Une analyse fonctionnelle pour le développement de la base de données, l'échange de données sur les anticorps, contre les concentrés érythrocytaires et les plaquettaires entre les banques de sang, a été réalisée en 2023. Une analyse budgétaire est en cours. Il est prévu que le BeQuinT étudiera la possibilité de mettre en place un programme national de sang rare en collaboration avec les quatre établissements de transfusion sanguine.

Ce sont là mes éléments de réponse.

17.03 **Patrick Prévot** (PS): *Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous vous rappelez que je vous avais interpellé sur la scission entre Rode Kruis et la Croix-Rouge et sur l'éventuel impact que cela pouvait provoquer sur les stocks de sang en Belgique. Je vous remercie pour le complément d'information et l'actualisation des informations communiquées.*

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gevolgen van het gedeeltelijke supplementenverbod voor ambulante CT- en MRI-onderzoeken" (55041004C)

18 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conséquences de l'interdiction partielle des suppléments pour les CT et les IRM en ambulatoire" (55041004C)

18.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, door het verbieden van supplementen op ambulante MRI- en CT-onderzoeken tijdens de kantooruren, blijken er problemen te ontstaan in de ziekenhuizen. Eenvoudige onderzoeken moeten nu tijdens de kantooruren gebeuren en complexe onderzoeken worden verschoven naar latere uren waardoor er een wachttijd ontstaat. Supplementen verschuiven ook van MRI- en CT-scans naar RX en echo. Ziekenhuizen verliezen veel tijd en dus geld met het informeren van patiënten over de gewijzigde regels en met het herplannen van hun werkschema.

Ziekenhuizen die minder supplementen vragen op zware beeldvorming doen misschien meer onderzoeken of halen hun financiering op andere manieren binnen. Het aandeel van afdrachten en supplementen dat bijdraagt aan de ziekenhuisfinanciering is echter ongeveer even groot als de basisfinanciering via het BFM. Ingrijpen op die honoraria, supplementen of afdrachten is dus ingrijpen op het fragiele kaartenhuisje van de gebrekkige ziekenhuisfinanciering.

Ik heb hierover een aantal vragen.

Bent u op de hoogte van de problemen op de afdelingen radiologie? Op welke manier worden de minderinkomsten voor ziekenhuizen via afdrachten gecompenseerd? Hebt u weet van een verschuiving van supplementen naar andere types beeldvorming, zoals de gewone radiografieën en echografieën? Worden de wachtlijsten gemonitord door uw diensten? Is er een impact merkbaar?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil nogmaals herhalen, mevrouw Gijbels, dat er nogal veel ziekenhuizen zijn waar nooit een supplement wordt gevraagd voor zware medische beeldvorming. Zij doen dat blijkbaar zonder dat ze dat moeten vragen. Er zijn dus ziekenhuizen die dat systematisch doen.

U suggereert dat de ziekenhuizen die dat niet vragen andere manieren hebben om onoplosbare financiële problemen op te lossen. Ik ben er niet zo zeker van dat dat het volledige verhaal is. Wat mij wel opvalt in uw vraagstelling is dat u het voortdurend hebt over een verlies voor de ziekenhuizen. Laten we echter eerlijk zijn, en dat is geen verwijt, een groot deel van die supplementen gaan toch gewoon naar het netto-inkomen voor de radiologen? De ziekenhuizen worden niet gefinancierd met heel dat bedrag. Het gaat ook over het inkomen van de radiologen, maar u vergeet dat blijkbaar altijd. Zeggen dat dit een immens probleem is voor de ziekenhuisfinanciering klopt niet. Het zijn minderinkomsten voor ziekenhuizen en radiologen. Men moet ook de eerlijkheid hebben om dat ook te zeggen.

18.03 Catherine Fonck (Les Engagés): (...)

18.04 Minister Frank Vandenbroucke: Jawel, mevrouw Fonck, dat is wel zo. Is er iets verkeerd met wat ik zeg? Dat zijn minderinkomsten voor radiologen en ziekenhuizen.

Ten tweede zijn de wachttermijnen voor onderzoeken – u verwijst met name naar NMR – helaas een bekend probleem. We weten dat er lange wachttijden zijn. Ik hoor inderdaad dat men zegt dat de bestaande wachttijden de schuld zijn van het beleid, maar die wachttijden waren er al. Nu zou dat plots de schuld van het beleid inzake de supplementen zijn. Dat klopt natuurlijk niet. Het is juist dat ziekenhuizen zich misschien moeten herorganiseren om te voldoen aan de eisen die in de wet staan die hier goedgekeurd werd. Er moet bijvoorbeeld voldoende capaciteit zijn om patiënten aan de officiële tarieven te behandelen, overdag of 's nachts, maar het probleem van de wachttijden was er altijd. Dat is dus niet de schuld van het feit dat men geen supplementen meer mag vragen. Dat is een klein beetje simpel.

Om het probleem van de wachttijden ten gronde op te lossen, heeft men meer toestellen nodig, denk ik. Ik heb die vraag al een hele tijd geleden voorgelegd en heb daar op 20 december 2023 een advies over gekregen van de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, maar dat advies illustreert dat de

meningen hierover wat verdeeld zijn. Ik lees voor wat het advies zegt: "De Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen gaat akkoord met een uitbreiding van het aantal NMR-toestellen in de programmatie met 38 toestellen. Een deel van de leden pleit voor een onmiddellijke verhoging van de programmatie met 38 toestellen, een ander deel van de leden pleit voor een gefaseerde aanpak met een eerste contingent van 20 NMR-toestellen en in een tweede fase binnen vijf jaar bijkomende toestellen, waarbij de gegevens verkregen uit de CDS gebruikt worden om de toekomstige nood aan bijkomende NMR-toestellen te evalueren en bijkomende uitbreiding te onderbouwen."

Ik zal mijn collega's in de interministeriële conferentie Volksgezondheid vatten met het voorstel om de programmatie nu te verhogen met 20 NMR-toestellen. Dat is een evidente, pragmatische stap om iets te doen aan het probleem van de wachttijden, want dat is wat er in essentie moet gebeuren. Ik zal dat dus met mijn collega's bespreken.

Voor het overige wil ik nog het volgende zeggen, want men vergeet dat altijd. Dit is gewoon een uitvoering van een medicomutakkoord. Ik denk dat dit een goed voornemen was dat in dat medicomutakkoord stond, onderhandeld en goedgekeurd door de artsenorganisaties. Het is goed dat we dat uitvoeren en men moet niet zeggen dat dit louter en alleen maar minder inkomsten zijn voor ziekenhuizen. Het zijn minderinkomsten voor radiologen en ziekenhuizen.

Wat de ziekenhuisfinanciering betreft, wil ik nog het volgende zeggen, zonder ten gronde in te gaan op het dossier. De hele werking van de poliklinische ziekenhuizen wordt niet gedekt door het budget van financiële middelen. Dat is ook nooit de bedoeling geweest. Die wordt voor een groot stuk gedekt door afdrachten. Dat is gewoon een realiteit. Een polikliniek is in de realiteit een soort cofinanciering.

De voortdurend herhaalde stelling dat we met een gigantische onderfinanciering zitten omdat het BFM niet doet wat het moet doen, mevrouw Gijbels, is een manier van voorstellen. De realiteit is dat het BFM nooit heeft gediend om activiteiten in de polikliniek te financieren. Veel van de afdrachten die worden gevraagd, gaan natuurlijk naar de financiering van activiteiten in de polikliniek, waar het BFM niet voor dient. Men moet al die elementen objectief op tafel leggen, wat niets afdoet aan het feit dat er veel financiële en andere stress is in de ziekenhuizen, maar ik denk dat een openhartige en eerlijke discussie hier zou helpen, eerder dan aan patiënten te zeggen dat ze nu moeten wachten omdat er geen supplementen meer mogen worden gevraagd of dat we een verschrikkelijk probleem hebben in de ziekenhuisfinanciering en dat de enige manier om dat op te lossen supplementen waren en dat we dat nu niet meer mogen doen. Dat klopt allemaal niet.

18.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het heel kras dat u beweert dat die supplementen dienen om de zakken van de radiologen te vullen.

18.06 Minister Frank Vandenbroucke: Dat zijn uw woorden. Ik heb gezegd dat een deel daarvan naar de radiologen gaat en een deel naar de ziekenhuizen.

18.07 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, in sommige ziekenhuizen gaan de supplementen zelfs volledig naar een fonds, om de kosten en de onkosten te financieren en om het personeel te betalen.

U stelt dat we gewoon meer toestellen nodig hebben. Wie zal u aan die toestellen plaatsen? Er zijn zo al problemen om mensen te vinden. De personeelstekorten zijn overal. Zeker technisch personeel is heel moeilijk te vinden. Dat zijn dus oplossingen die de zaak alleen maar erger maken.

Mijnheer de minister, ik hoop dat u de wachttijden opvolgt. Ze zijn immers echt bedreigend voor onze volksgezondheid. Ze worden langer. Ze waren er al en ze worden langer. Dat maakt het probleem alleen maar veel erger.

Het allerergste van de hele situatie is dat u ter zake draadjes uit de ziekenhuisfinanciering trekt, die totaal niet klopt, zonder dat u een zicht hebt op de gevolgen. U geeft zelf aan dat u geen zicht hebt op de precieze grootte van de afdrachten.

18.08 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, ik heb wel een zicht op het totaal.

18.09 Frieda Gijbels (N-VA): Op het totaal hebt u wel een zicht. Er zijn echter heel veel verschillen

tussen de ziekenhuizen.

18.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: Hoe de opdrachten worden verdeeld over ziekenhuizen en het inkomen van radiologen, weet ik niet. Indien u voorbeelden hebt van ziekenhuizen waar 100 % naar een fonds gaat, krijg ik ze graag van u.

18.11 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dat is uw taak. Dat is een onderzoek dat u eerst had moeten doen, vooraleer dergelijke maatregelen te treffen.

Ik hoop maar dat een en ander geen grote gevolgen zal hebben voor onze volksgezondheid. Ik ben daar immers echt bang voor. Ik merk dat de supplementen gewoon verschuiven naar andere onderzoeken. Ik vraag mij dan ook af wat u hebt bereikt en op welke manier u de patiënt hebt geholpen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Consultancy in het kader van de nomenclatuurnieuwvorming" (55041005C)**

19 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consultance dans le cadre de la réforme de la nomenclature" (55041005C)**

19.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, begin vorig jaar vroeg ik u naar de kosten voor het studiewerk om de herijking en de nomenclatuurnieuwvorming voor te bereiden, uitgevoerd door het wetenschappelijk team samengesteld uit mensen van de ULB, de KU Leuven en Möbius. U gaf toen aan dat er voor het project, begonnen op 1 juni 2019 en lopend tot 31 december 2024, een totaalbudget van 10,57 miljoen euro wordt uitgetrokken. Daar zou in 2025-2026 nog 3,15 miljoen bijkomen.

Wat is de huidige stand van zaken van het project? Loopt alles volgens plan?

Welke mijlpalen werden al gehaald en welke zijn er nog gepland? Hoe zit het met de tijdlijn?

Is de samenstelling van het wetenschappelijke team nog dezelfde?

Hoeveel werd tot vandaag uitbetaald? Kunt u die bedragen specificeren per begunstigde?

Is de raming nog steeds geldig? Zijn er meer kosten of net minder kosten? Kunt u dat verder specificeren?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, als antwoord op uw eerste twee vragen kan ik bevestigen dat alles volgens plan verloopt. In de eerste fase werd ongeveer 98 % van de omschrijvingen van de verstrekkingen ATMC geherstructureerd. Het eindrapport AMTAA, met betrekking tot de fases 2.1 en 2.2, zal door Möbius worden opgeleverd tegen 30 juni 2024. Het eindrapport ATMC, met betrekking tot de fases 2.1 en 2.2, zal door de KUL en ULB worden opgeleverd tegen 31 december 2024.

Als antwoord op uw derde vraag kan ik bevestigen dat het nog steeds gaat om dezelfde equipes.

Wat uw vierde en vijfde vraag betreft, geef ik volgend schema mee. Een totaalbudget van 13.716.000 euro werd uitgetrokken in het budget expertise van het RIZIV. Tot op vandaag werd 4.985.440,39 euro uitbetaald. Ik heb een tabel. Ik zal u die geven, daarin staan alle details die u vraagt.

Ten slotte, als antwoord op uw laatste vraag kan ik bevestigen dat het geraamde bedrag nog steeds geldig is.

19.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal de tabel aandachtig bestuderen. Ik heb u al eerder gezegd dat ik 13 miljoen euro voor een dergelijk studiewerk erg veel geld vind. Ik vraag mij ook af of dat niet net zo goed door de sector zelf had kunnen gebeuren. De sector had dan zelf voorstellen kunnen aanreiken om naar een nomenclatuurnieuwvorming te gaan, desnoods binnen het bestaande budget. Ik denk dat er heel wat voorstellen op tafel hadden kunnen liggen die ook nog eens goed afgestemd geweest zouden zijn met het terrein, want ik hoor nu dat er niet altijd evenveel terreinkennis

is binnen de studiegroepen om effectieve resultaten op te leveren. Ik ben echter benieuwd naar de tabel.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du cancer du sein chez les personnes âgées de 70 ans ou plus" (55041018C)

20 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Borstkankerscreening bij 70-plussers" (55041018C)

20.01 **Patrick Prévot** (PS): *Monsieur le ministre, en 2021, sur les 11 319 cas de cancer du sein diagnostiqués en Belgique, un tiers concernait des femmes âgées de 70 ans ou plus (3 979 pour être précis). L'émergence de la maladie après 70 ans est donc loin d'être négligeable alors que le dépistage, tous les deux ans, est gratuit et encouragé entre 50 et 69 ans. La fourchette d'âge 50-69 constitue la période où le risque de cancer du sein est le plus important et le dépistage le plus efficace, mais il laisse de côté les femmes plus âgées qui n'ont pas d'incitants, pas de rappels systématiques et moins de remboursements. Les autorités semblent se conformer aux recommandations du KCE formulées en 2012 qui ne conseillaient pas l'extension du dépistage de 70 à 74 ans. Or, l'Union européenne, dans son nouveau Plan européen pour vaincre le cancer, préconise d'élargir le dépistage entre 45 et 75 ans, ce qu'appliquent déjà des pays comme la France, l'Espagne ou la Suède.*

Monsieur le ministre, le dépistage du cancer du sein au-delà de 70 ans a-t-il ou va-t-il être abordé lors de la prochaine CIM Santé? Dispose-t-on de chiffres quant au budget supplémentaire qui serait nécessaire à l'extension du dépistage de 70 à 75 ans? Le dernier rapport du KCE sur la politique de prévention date de 2012. Le centre fédéral d'expertise compte-t-il rédiger un nouveau rapport prochainement vu les nouvelles recommandations européennes en la matière?

Je vous remercie pour vos réponses.

20.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Prévot, en ce qui concerne la première question, le dépistage du cancer du sein au-delà de 70 ans ne sera pas abordé lors de la prochaine CIM Santé.

Pour la deuxième question, nous ne disposons pas de chiffres exacts mais nous avons fait une extrapolation pour pouvoir répondre à votre question. Premièrement, on part du taux de dépistage connu de la population la plus âgée, entre 65 et 69 ans, vu que ce taux est plus élevé que dans les tranches d'âge plus jeunes. Cela représente 19 281 tests sur 100 000 personnes par an. Si l'on applique ensuite ce taux aux effectifs, les femmes de 70 à 74 ans – c'est-à-dire 300 313 femmes – cela fait 57 903 prestations annuelles. Sachant qu'on dénombre déjà aujourd'hui 14 800 prestations de dépistage, hors Mammotest, dans cette classe d'âge, on soustrait 14 800 de 57 903, ce qui fait 43 103 prestations nouvelles. En utilisant la valeur de remboursement de 2024, cela nous amène à un budget supplémentaire annuel de 43 103 x 71,14 euros, c'est-à-dire un peu plus de 3 066 000 euros. Il s'agit bien sûr d'une estimation approximative. Voilà pour un calcul du coût!

D'un point de vue médical, dans le cadre d'un dépistage, il ne faut pas comptabiliser les examens complémentaires potentiels des patientes positives au *screening*, ce qui sort de la démarche de *screening*.

En réponse à votre troisième question, le KCE a programmé une étude sur le plan de travail 2024, intitulée *L'extension du programme Dépistage du cancer du sein dans la population "femmes âgées de 50 à 69 " est-elle fondée sur des données probantes?* Cette étude vise à évaluer si les *guidelines* belges sur le dépistage du cancer du sein doivent être étendues, étant donné qu'elles ne sont plus alignées aux recommandations émises par la Commission européenne, mises à jour en 2021. Nous allons donc étudier cela dans le programme 2024 du KCE. Nous vous tiendrons évidemment au courant.

20.03 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, je vous interrogeais parce que les dernières recommandations formulées par le KCE en la matière datent de 2012. Elles ne conseillaient alors pas l'extension du dépistage de 70 à 74 ans. Depuis, l'Union européenne, notamment dans son nouveau plan européen pour vaincre le cancer, préconise ce même dépistage entre 45 et 75 ans, ce qu'appliquent déjà des pays comme la France, l'Espagne ou la Suède.

Vous avez scrupuleusement répondu à mes questions. Ce ne sera pas abordé à la CIM Santé, c'est dommage. Vous avez fait une extrapolation des chiffres et des coûts mais je reste toujours dubitatif quant aux coûts relatifs et certainement au gain qu'on pourrait obtenir *in fine*.

Pour le reste, j'entends que le KCE, dans sa programmation 2024, va se pencher sur la question en se demandant si ce qu'il préconisait en 2012 est encore bien d'actualité.

Je ne manquerai pas de revenir vers vous dès que l'étude du KCE sera sortie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Mevrouw Hennuy is er niet, dus haar vraag nr. 55041047C vervalt.

21 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les erreurs médicales" (55041053C)

21 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Medische fouten" (55041053C)

21.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, s'ils sont nombreux à vouloir prolonger leurs activités bien au-delà de l'âge légal de la pension, on estime qu'un médecin sur deux se dit préoccupé par le risque d'erreurs médicales lié à l'âge: c'est ce qu'il est ressorti d'une enquête du média MediQuality réalisée auprès de 1 179 médecins.*

Outre ce chiffre, et c'est l'enseignement majeur de cette enquête, 38 % des praticiens belges – et jusqu'à 43 % chez les francophones – estiment qu'ils devraient être "soumis à une évaluation des aptitudes physiques et intellectuelles à partir d'un certain âge".

Le Docteur Yannis Bakhouché, médecin généraliste de formation et chroniqueur pour MediQuality, indique cependant qu'"une erreur médicale peut résulter d'autres facteurs, comme l'inexpérience, le manque de concentration, une insuffisance de formation continue, voire un désinvestissement lié à une surcharge professionnelle" et qu'afin de se prémunir contre les erreurs médicales, il faudrait "promouvoir le travail en groupe, l'intelligence collective. C'est paradoxal puisqu'on pense effectivement que tous les confrères et médecins ont une approche pluridisciplinaire et collaborative, mais, dans la pratique, ce n'est pas toujours le cas."

D'où mes questions, monsieur le ministre:

- Aviez-vous connaissance des résultats de cette enquête? Qu'en pensez-vous?

- Une évaluation des aptitudes physiques et intellectuelles à partir d'un certain âge est-elle déjà disponible sur demande? Dans l'affirmative, selon quelles modalités? Dans la négative, la mise en place généralisée d'une telle évaluation est-elle envisagée ou envisageable? Pourquoi?

- Que pensez-vous de la piste de l'intelligence collective afin de se prémunir des erreurs médicales? Y êtes-vous favorable et pourquoi? Si oui, qu'est-il mis actuellement en place afin de promouvoir le travail de groupe entre les médecins?

- De manière générale, qu'est-il mis en place pour se prémunir des erreurs médicales?

21.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Rohonyi, j'ai bien pris connaissance de l'enquête parue dans *MediQuality*.

Une évaluation généralisée des aptitudes physiques et intellectuelles des médecins, voire de l'ensemble des professionnels de santé, serait très complexe à mettre en place en raison de la très grande diversité des pratiques des professionnels de santé et de la difficulté de fixer de manière globale les seuils d'aptitude requis. De plus, je pense qu'il n'est ni proportionné ni souhaitable de cibler chaque prestataire ou de quasiment commencer à stigmatiser en fonction de l'âge. Cela n'enlève évidemment rien au fait que tout médecin doit à tout moment surveiller son aptitude. D'ailleurs, on constate que les professionnels de santé, et les médecins en particulier, diminuent leur activité à mesure qu'ils avancent en âge.

Vous savez comme moi qu'en cas de situation dangereuse pour les patients ou pour la santé publique,

la Commission fédérale de contrôle peut intervenir pour restreindre ou interdire la pratique d'un professionnel de santé qui ne serait plus apte à exercer sa profession. Le contrôle de l'aptitude mentale et physique du prestataire est l'une des tâches principales de la Commission de contrôle, qui était auparavant assurée par les commissions médicales provinciales. Comme vous le savez, la Commission peut agir sur la base d'un signalement émanant de quiconque (collègues, patients, membres de la famille, etc.).

Par ailleurs, de nombreux garde-fous sont mis en place pour se prémunir des erreurs médicales qui pourraient être liées à l'âge. Les pratiques de groupe (groupements, maisons médicales, coopérations fonctionnelles) sont encouragées car elles permettent, outre une évaluation collective de la qualité des soins, de diminuer ou de mieux répartir la charge de travail individuelle.

La formation permanente des professionnels de santé est incitée de diverses manières. Elle est également devenue une exigence de qualité aux termes de la loi Qualité.

Plusieurs organes, qui collaborent d'ailleurs, ont été mis en place à divers niveaux pour mieux détecter et traiter ce type de problématiques: la Commission fédérale de contrôle, le Fonds des accidents médicaux, la Commission fédérale Droits du patient, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, les ordres. Je crois donc qu'il y a des garde-fous.

Sur la base d'une certaine déontologie et de la réalité sociologique de terrain, des réponses sont apportées au problème que vous mentionnez.

21.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse.

Tout d'abord, je tiens à préciser que mon but n'était, en aucun cas, de stigmatiser qui que ce soit, en particulier en raison de l'âge. Au demeurant, on observe que plus les médecins sont surchargés, plus le risque d'erreur médicale augmente, quel que soit leur âge. En effet, cette étude met en exergue un risque lié à l'âge, mais aussi à une surcharge professionnelle. À cet égard, je ne vous ai pas entendu, alors que nous savons tous que c'est là que réside le nœud du problème. Un médecin aussi qualifié, professionnel, dévoué et résilient soit-il reste avant tout un être humain et est donc plus vulnérable en cas d'extrême fatigue, surtout s'il cumule de nombreuses gardes.

Vous parlez de la nécessité de mieux répartir la charge de travail, mais vous n'en tirez pas la conclusion nécessaire, à savoir qu'il faut s'attaquer à cette pénurie de médecins, notamment en développant une véritable réflexion autour des quotas INAMI. Je sais que cela vous fait sourire systématiquement, mais on aggrave cette pénurie. Après, il ne faut pas s'étonner que les constats soient alarmants tant pour les médecins que pour les patients.

Comme j'ai eu l'occasion de le dire au cours des débats relatifs à la réforme de la loi sur les droits du patient en séance plénière de jeudi dernier, on aura beau prévoir des balises ainsi que des droits accordés aux patients, *in fine*, ceux-ci ne seront pas pleinement effectifs si l'on ne s'attelle pas simultanément à une vraie lutte contre la pénurie de médecins.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Questions jointes de

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La numérisation de données sensibles" (55041054C)**

- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le partage systématique des données de santé mentale" (55041064C)**

22 Samengevoegde vragen van

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De digitalisering van gevoelige gegevens" (55041054C)**

- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het systematisch delen van gegevens over de geestelijke gezondheid" (55041064C)**

22.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, afin d'assurer la qualité de la pratique et la continuité des soins, et afin de rendre plus efficient le partage des informations, la loi relative à la Qualité*

des Pratiques des Soins de Santé (loi Qualité), a prévu une base légale pour rendre, par Arrêté royal, obligatoire la tenue d'un Dossier Patient Informatisé (DPI).

Si ce DPI permet aujourd'hui de sauver des vies grâce au partage facilité d'informations, force est cependant de constater qu'il pourrait devenir un obstacle à l'accessibilité aux soins psychiques ainsi qu'une entrave au processus même de ces soins de par l'encodage et le partage de données aussi sensibles que celles liées au psychisme et aux souffrances intimes des citoyens.

A cet égard, certaines recommandations faites par l'Autorité de Protection des Données (APD) concernant le projet de loi Qualité mais aussi les courriers envoyés au SPF santé par le Conseil Supérieur des Indépendants, Petites et Moyennes Entreprises (CSIPME) ainsi que les lettres envoyées par la Commission des psychologues et par diverses associations professionnelles semblent rester lettres mortes.

D'où mes questions, monsieur le ministre:

Etes-vous d'accord avec le fait que ce partage d'informations puisse constituer une entrave à l'accessibilité aux soins psychiques et au processus même de ces soins? Pourquoi?

Confirmez-vous que les courriers envoyés soient restés lettre morte ? Dans l'affirmative, comment l'expliquez-vous?

Une réflexion menée au sein du Comité de Vigilance en Santé Mentale a abouti à recommander un retour au respect strict du secret professionnel, à la loi relative aux droits du patient ainsi qu'aux recommandations de l'APD et aux exigences des codes de déontologie tel que celui des psychologues, qui précise que seul le partage actif des données (en demandant à chaque fois l'approbation de la personne qui se fait soigner) peut être autorisé. Qu'en pensez-vous ? Est-ce envisageable et pourquoi?

Outre ce retour, est également recommandé une reconnaissance légale de la spécificité des données confiées au professionnel de la santé mentale dans le cadre de l'ouverture du DPI ainsi qu'une attention particulière à la protection des confidences des mineurs et à leur consentement au partage de données intimes, notamment vis-à-vis de leurs parents ou responsables légaux. Des discussions sur ces deux volets ont-elles déjà eu lieu ou sont-elles en cours? Quel suivi comptez-vous y apporter?

Je vous remercie.

22.02 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, la loi Qualité prévoit en son article 34 qu' "A partir d'une date à fixer par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le professionnel des soins de santé tient à jour le dossier du patient et le conserve sous une forme électronique".

Le Comité de vigilance des soins de santé mentale a lancé une alerte fin 2023 et a réclamé un débat public sur l'encodage de données de santé mentale dans le dossier patient informatisé dans la mesure où "l'utilisation de ce dossier peut avoir des effets néfastes et devenir un obstacle à l'accès aux soins psychiatriques et psychologiques, ainsi qu'un frein au déroulement même de ces soins" et précise que la difficulté de faire appliquer le droit à l'oubli aggrave encore la situation. Il réclame que la spécificité de ces données soit prise en compte.

Nous avons déjà échangé au sujet de la spécificité des données concernant la santé mentale lors des débats au sujet de votre projet de loi relatif aux droits du patient qui supprime la notion d'annotations personnelles.

Monsieur le ministre,

Avez-vous pris connaissance de cette lettre du comité de vigilance des soins de santé mentale?

Avez-vous pris connaissance de l'avis du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale de février 2023 concernant le dossier patient informatisé dans le cadre de la loi du 22 avril 2016 sur la qualité des pratiques dans le domaine de la Santé? Quelles suites avez-vous données à cet avis?

Comment comptez-vous réglementer cette question de la spécificité des données de santé mentale, et notamment par rapport à l'obligation de la tenue d'un dossier patient informatisé?

Je vous remercie pour votre réponse.

22.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Chères collègues, afin de définir le contenu du dossier patient informatisé dans le cadre de la loi relative à la qualité de la pratique dans les soins de santé, les avis des différents professionnels ont été demandés et intégrés, y compris pour la question de la vigilance sur les soins de santé mentale. Pour rappel, la loi Qualité a comme objectif de définir la structure des informations à conserver dans le cadre d'une relation thérapeutique. L'article 33 de ladite loi définit les sets de données rendus obligatoires. La loi Qualité n'impose pas le partage de ces données. Le partage des données peut se faire avec le consentement éclairé de l'utilisateur de soins. À cette fin, des *care sets* par domaine sont en train d'être définis par les professionnels;

La consultation ne peut se faire que s'il y a une relation thérapeutique entre le professionnel de soins de santé et l'utilisateur de soins et dans le cadre de la qualité et de la continuité des soins de santé. L'utilisateur de soins sera capable de refuser le partage de certains *care sets* pour certaines catégories de professionnels.

Dans le cadre de ce projet précis, nous avons pris connaissance des inquiétudes du secteur. L'élément principal sur lequel se focalise l'attention à la suite de la consultation incluse dans la demande d'avis est celui des données sensibles, base de la confiance du patient.

Comme annoncé lors de leur entretien avec le comité représentatif, il est et restera possible de conserver à titre privé des informations ne pouvant pas être partagées et ce, quelles que soient les réalisations du programme e-Santé.

Sur la base de la loi sur les droits des patients, l'utilisateur de soins peut également demander que certaines données ne soient pas partagées. Il faut, en effet, distinguer deux types de données: les données rendues obligatoires par l'article 33 – ces données doivent être utilisées dans le dossier patient – et les données sensibles collectées dans la confidentialité de la relation thérapeutique. Celles-ci ne sont pas définies par l'article 33. Elles peuvent, néanmoins, entrer en toute intimité dans le dossier patient informatisé.

Il est donc prévu de pouvoir conserver ces données dans le dossier patient sans l'obligation de les partager. La tenue d'un dossier patient n'est donc en aucun cas une ouverture complète vers les autres professionnels de soins de santé.

Enfin, pour rappel, la relation thérapeutique et les accès par une catégorie de professionnels à des *care sets* sera aussi gérable par l'utilisateur de soins. Cette question est au cœur du programme eSanté afin de responsabiliser et de faciliter le choix des patients et des citoyens.

22.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse qui clarifie un peu la législation et qui, je l'espère, sera en mesure de rassurer les acteurs de terrain concernés et, avant tout, les patients, notamment sur le fait que l'ouverture d'un dossier ne signifie pas pour autant que tout professionnel de soins de santé aura accès aux données sensibles susceptibles de se trouver dans le dossier. J'ose espérer que dans les faits, ces droits seront correctement respectés. C'est indispensable si on veut assurer un équilibre qui me semble fondamental entre, d'une part, la qualité et la rapidité des soins et, d'autre part, la préservation de la vie privée des patients. Nous resterons vigilants à ce propos.

22.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je souhaite évoquer plusieurs points. D'abord, ce Comité de vigilance des soins de santé mentale qui rassemble de très nombreux types de professionnels de la santé mentale a fait plusieurs appels au SPF Santé publique, avec divers courriers restés sans réponse, mais également directement à vous. En vous entendant, je me dis que certaines choses ne sont manifestement toujours pas prises en compte aujourd'hui ou peut-être pas comprises ou peut-être mises de côté. Je ne sais pas comment je dois dire les choses mais ce qui est clair, c'est qu'on ne parle pas tout à fait de la même chose.

J'insiste dès lors, monsieur le ministre, pour que vous preniez la peine de dégager une heure dans votre agenda pour les rencontrer.

Par ailleurs, vous commencez l'histoire en disant que la loi Qualité n'impose pas le partage. C'est vrai. Mais, à l'inverse, il y a l'obligation d'ouvrir systématiquement un dossier patient informatisé avec, comme principe de consentement, un principe de consentement passif au partage. Donc, tant que le patient ne s'oppose pas au partage, il est de rigueur. Toutefois, les personnes extrêmement vulnérables au niveau de la santé mentale ne sont pas toujours en mesure d'analyser l'impact du partage de ce type de données. Et j'irai un cran plus loin pour ce qui est du partage de ces données de santé mentale, de cette forme d'intimité psychique, pour ce qui concerne les mineurs, y compris vis-à-vis de leurs parents ou de leurs responsables légaux.

Nous avons déjà eu une discussion à ce propos au moment de l'examen du projet de loi. Je constate que, sur le terrain, les alertes sont maintenant lancées. Monsieur le ministre, je vous le demande une deuxième fois. Rencontrez-les, comme ils vous l'ont déjà demandé à plusieurs reprises ainsi qu'au SPF. Je pense que certains aspects pourraient être améliorés au niveau de cette loi Qualité pour assurer une prise en compte particulière des données très vulnérables des patients pour ce qui concerne la santé mentale.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

[23] Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens" (55041063C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage pour psychologues et orthopédagogues cliniciens (question de suivi)" (55041116C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage des psychologues" (55041287C)

[23] Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stage van de klinisch psychologen en van de klinisch orthopedagogen" (55041063C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stage voor klinisch psychologen en orthopedagogen (opvolgvraag)" (55041116C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stages van de psychologen" (55041287C)

De **voorzitter**: De vraag van mevrouw Van Hoof vervalt.

[23.01] Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, je souhaite revenir sur la problématique du stage pour les étudiants psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens suite aux réponses que vous avez données le 16 janvier:*

"L'obligation s'appliquera aux étudiants qui terminent leurs études au cours de cette année académique. En février, il ne s'agira que d'un nombre très limité d'étudiants."

"Avec 9 maîtres de stage agréés en orthopédagogie clinique et 85 maîtres de stage en psychologie clinique, le nombre de places de stage demeure aujourd'hui très limité. Il y a actuellement 16 places pour les orthopédagogues cliniciens et 151 places pour les psychologues cliniciens. 150 places supplémentaires pourraient voir le jour si une centaine de demandes pendantes d'agrément de maîtres de stage pouvaient faire l'objet d'une issue positive."

"Les solutions auxquelles nous nous attelons permettront une augmentation du nombre de maîtres de stage pour les étudiants qui devront entamer un stage en septembre."

"Je comprends les préoccupations exprimées par les étudiants dans leur lettre. Mon cabinet les a conviés à une concertation."

Mes questions sont les suivantes:

Vous prévoyez des mesures pour septembre mais des étudiants terminent déjà leurs études en février et sont en attente de trouver un stage. Que doivent-ils faire s'ils ne trouvent pas de stage? Quelles solutions pour ces jeunes diplômés? Doivent-ils s'inscrire au chômage dans l'attente de trouver un stage? Est-il acceptable de leur imposer les nouvelles règles des AR publiés fin décembre alors que les possibilités de stages sont réduites?

Sur la centaine de demandes pendantes d'agrément de maître de stage, combien ont déjà été traitées? Quand seront-elles toutes traitées?

Quelle est la répartition des maîtres de stage par communauté et par province?

Qu'en est-il de la valorisation des acquis de l'expérience? Je vous prends un exemple. Est-ce que les personnes qui suivent la formation pour devenir psychologue clinicien après avoir passé une partie de leur carrière comme employé psycho-social dans une habitation protégée devraient pouvoir être dispensés de tout ou partie du stage qui les replacerait dans des conditions de travail identiques à celles de leur emploi précédent? Est-ce que des dérogations ne devraient pas être prévues pour ces jeunes diplômés sur base d'une valorisation des acquis?

Quand a eu lieu la concertation avec les étudiants? Quelles en sont les conclusions?

23.02 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, de verplichte professionele stage voor klinisch pedagogen en klinisch orthopedagogen werd in 2016 ingevoerd in de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. De verplichting tot die stage werd in het voorjaar van 2023 evenwel voor een tweede keer met een jaar uitgesteld.

Hoewel u zelf toegeeft dat er onvoldoende stageplaatsen zijn, hebt u toch beslist dat de stage doorgaat. Hiermee minimaliseert u de problemen en sust u dat het in februari om een zeer beperkt aantal studenten gaat. Momenteel zijn er negen stagemeesters voor klinisch orthopedagogen en 85 voor klinisch psychologen erkend. Dat is de situatie half januari. Er is een honderdtal aanvragen voor erkenning als stagemeester ingediend, maar die zijn administratief nog niet in orde.

Hoewel het dus voor u, de federale minister, vaststaat dat er stage moet worden gelopen, pleiten de Vlaamse minister van Onderwijs en de minister van Welzijn voor een uitstel. Ze richtten hiertoe een bede richting de federale regering op 24 januari 2024.

U stelt dat de gemeenschappen bij het volledige proces betrokken en op de hoogte gehouden werden. Heeft de Vlaamse regering dan niet aangestuurd op uitstel? Deed ze dat misschien pas op 24 januari 2024, naar aanleiding van een actuele vraag in het Vlaams Parlement?

Hebt u de vraag van minister Weyts en minister Crevits al ontvangen om de stage met een jaar uit te stellen? Wat is uw antwoord hierop?

Minister Weyts stelt dat van de 58 centra voor leerlingenbegeleiding er drie erkend zijn na een moeilijke procedure. Daar is de ervaring dat er stokken in de wielen worden gestoken. Kunt u dat al dan niet bevestigen?

23.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Je ne vais pas revenir sur les arguments et les données que nous avons déjà partagés sur cette question.

L'obligation de stage est bien connue depuis longtemps et la date de mise en œuvre également. En soi, ce n'est pas une nouveauté. Les modifications publiées en décembre assouplissent les conditions initiales et ont pour but de faciliter le démarrage du stage professionnel.

Ce n'est pas une chose facile. Je ne dis pas qu'avec ces nouvelles modalités, tout est résolu. Il y a évidemment des soucis. Il faut rester vigilants et nous y travaillons. Je crois que nous avançons quand même.

Je répète que la liste des maîtres de stage est disponible. L'offre devrait être suffisante pour ceux qui terminent leurs études en février. Vous pouvez retrouver la liste des maîtres de stage sur le site du SPF ainsi que l'indication du lieu de stage agréé. Les services de stages sont répartis sur tout le territoire.

Certaines demandes de maîtres de stage sont en suspens pour cause de dossier incomplet. Les dossiers n'ont pas été finalisés par les demandeurs. L'administration met tout en œuvre pour contacter les personnes concernées afin de les soutenir dans la finalisation de leur demande.

L'ajout d'un mécanisme de valorisation de compétences ou d'autres modifications légales ne sont pas

prévus pour l'instant.

Je cherche aussi à informer au maximum les étudiants. Je crois qu'il y aura une manifestation vendredi. Je ne pourrai pas recevoir moi-même les étudiants mais une délégation sera reçue et mes conseillers échangeront toutes les informations nécessaires.

Mevrouw Sneppe, eind januari hadden mijn kabinetsmedewerkers een overleg met de vertegenwoordigers van de Nederlandstalige en Franstalige studenten. Dat is volgens mij constructief verlopen. Ik zei zonet al aan mevrouw Fonck dat we de studenten op de hoogte moeten houden. Wanneer er gemobiliseerd wordt omdat men ongerust is, zal ik ook proberen daarop in te gaan en de nodige antwoorden te geven.

De deelstaten zijn toch betrokken bij het volledige proces. Ik heb geen officiële vraag van minister Weyts of minister Crevits om een verder uitstel. Dat is dus niet iets wat ik heb gehoord. U hebt wel terecht gewezen op de problematiek bij de centra voor leerlingenbegeleiding. We bekijken of de administratie in overleg met de centra voor leerlingenbegeleiding een oplossing kan vinden. We volgen dat samen verder op.

Het is geen eenvoudig verhaal, maar de wetgever heeft jaren geleden vastgelegd wat er moest gebeuren. We hebben dat meermaals uitgesteld en uiteindelijk moeten we het doen slagen. Het veld en de wetgever willen dat eigenlijk. Dan moet men zorgen voor een evenwicht met voldoende stagemeesters, met een voldoende flexibel systeem dat voldoende mogelijkheden creëert. Ik doe alles om dat mogelijk te maken en ik hoop dat het zal lukken.

23.04 Catherine Fonck (Les Engagés): L'obligation est certes connue depuis longtemps, monsieur le ministre, mais les arrêtés ont été publiés en décembre. Il n'y a manifestement pas eu de préparation en amont – alors même que c'est connu de longue date et par vous-même depuis quatre ans – en vue de trouver des solutions opérationnelles et garantir l'effectivité des stages. J'ai l'impression que nombre de personnes du côté des autorités sanitaires ont complètement oublié que toute une série d'étudiants allaient être diplômés en février.

Pour ce qui est du terrain, vous avez parlé d'inquiétude. Le mot est faible, cela va bien au-delà de cela. Vous, ou votre cabinet, allez les rencontrer vendredi. A cette occasion, il est essentiel que l'écoute soit réelle. Si les inquiétudes sont majeures – il est plus approprié de parler de bazar total –, de nombreuses démarches sont réalisées par les jeunes diplômés pour trouver des maîtres de stage et la situation reste, en pratique, extrêmement compliquée. En effet, vous dites qu'il y a une offre suffisante pour février. Mais ceci ne prend en compte ni la réalité de terrain, ni les refus, ni la répartition très hétérogène sur le territoire.

Ce que je veux et ce que j'attends de vous, monsieur le ministre, ce sont des solutions opérationnelles efficaces, tant pour les diplômés – y compris ceux de février et de juin 2024 – que pour les patients. A défaut, la vraie question est de savoir ce que deviendront les jeunes diplômés de la cohorte actuelle qui, faute de places de stage, n'auront pas d'agrément. Que devons-nous leur dire? Doivent-ils s'inscrire au chômage? Tout le monde est perdant dans cette éventualité.

Des solutions, je pense qu'il est possible d'en trouver. J'ouvre la porte sur la valorisation des acquis de l'expérience; vous me répondez non. Nous avons plaidé à plusieurs reprises – mais il aurait fallu travailler beaucoup plus en amont – pour avoir des maîtres de stage en suffisance; ce n'est pas le cas actuellement et je crains que ce ne le soit pas non plus pour juin. Il faut reconnaître que vous n'avez rien prévu non plus quant à l'effectivité du stage par rapport aux questions notamment de financement de stage. Cela rend les choses encore plus compliquées.

Si vous n'avez pas des solutions immédiates sur le plan opérationnel, alors la seule solution qui leur reste – mais c'est de votre responsabilité – est de prévoir un nouveau report d'un an et de mettre les bouchées doubles, voire triples, durant ce laps de temps pour rendre les choses effectives. Ce stage est obligatoire et important par rapport à l'autonomie de prestation des psychologues et orthopédagogues cliniciens.

Il faut le rendre possible, parce qu'aujourd'hui les jeunes diplômés sont très clairement pénalisés.

23.05 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord. Het is uiteraard goed dat er overleg is met de studenten, maar er moet natuurlijk ook geluisterd worden naar hun bekommernissen.

Ik vind het eigenaardig dat er nog geen officiële vraag gekomen is van de Vlaamse regering. De vraag werd wel gesteld in de plenaire vergadering van 24 januari. Blijkbaar was dat dus enkel voor de Bühne.

U maakt zich sterk dat er voldoende stagemeesters zijn voor de afgestudeerden van februari. Dat is niet wat wij horen op het werkveld. De studenten zijn nog steeds bekommerd dat er onvoldoende stagemeesters zijn voor de afgestudeerden.

Waarom is het zo moeilijk om stagemeesters te vinden, mijnheer de minister? Dat lijkt me een logisch gevolg is van de enorme werkdruk die de potentiële stagemeesters ondervinden. In de eerste plaats zullen zij hun tijd in de patiënten steken en pas daarna in de stages en in de begeleiding van studenten. Dat lijkt me logisch.

Verder vind ik wel dat het extra stagejaar uiteindelijk een goed voornemen is. Dat vinden de ook studenten en het werkveld, maar dan moet het natuurlijk mogelijk gemaakt worden en moeten er voldoende stagemeesters bereid gevonden worden om de studenten op te leiden. Studenten moeten ook tijdig verwittigd worden over hun situatie, want vooral de onzekerheid speelt hen parten.

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

24 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La maladie à corps de Lewy" (55041102C)

24 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Lewy body demantie" (55041102C)

24.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, le 28 janvier était organisée la première Journée mondiale sur la maladie à corps de Lewy aux Cliniques universitaires Saint-Luc, une démence oubliée en comparaison avec la très connue maladie neurodégénérative qu'est l'Alzheimer. À titre personnel, je n'ai malheureusement pas pu assister à cette journée, mais mon collaborateur Jonathan l'a fait. Cet événement fut, ô combien, éclairant.

Lors de ce colloque, Kurt Segers, neurologue au CHU Brugmann, a indiqué que cette maladie était sous-diagnostiquée alors qu'elle ne le devrait pas et que cette méconnaissance pouvait déboucher sur un diagnostic différent avec une médication différente et dangereuse, tels les neuroleptiques.

Monsieur le ministre, le 13 juillet 2022, je vous interrogeais une première fois sur la différence de traitement de l'INAMI entre ces deux démences, la rivastigmine n'étant pas remboursée pour la maladie à corps de Lewy. Vous m'aviez alors répondu que la firme pharmaceutique qui commercialise le produit en Belgique n'avait pas introduit de demande d'inscription sur la liste des spécialités remboursables pour cette indication, probablement parce que ni l'Agence européenne des médicaments (EMA) ni l'AFMPS n'ont contrôlé l'efficacité et la sécurité du médicament sur les malades de Lewy. Est-ce toujours le cas? Avez-vous des informations supplémentaires à nous apporter depuis juillet 2022?

Toujours selon Kurt Segers, la maladie à corps de Lewy est sous-diagnostiquée ou mal diagnostiquée alors qu'elle ne le devrait pas. Très pratiquement, comment peut-on améliorer le niveau de reconnaissance des symptômes et de la maladie, notamment auprès des professionnels de la santé?

Enfin, une résolution visant à mettre en place un trajet de soins pour les personnes souffrant de démence précoce a été votée à l'unanimité par notre assemblée le 5 mai 2022. Voici quelques mois, vous disiez attendre les résultats d'une étude du KCE pour avancer des propositions concrètes. Selon vous, cela pourra-t-il encore avoir lieu avant la fin de la législature?

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Cher collègue, en effet, l'indication approuvée pour la Rivastigmine est toujours limitée à la maladie d'Alzheimer et à la démence dans la maladie de Parkinson. L'EMA ne peut évaluer une nouvelle indication pour un médicament que si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché soumet une demande soutenue par les données cliniques

nécessaires. Nous n'avons aucune indication que le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de l'Exelon (Rivastigmine) ait soumis une telle demande pour l'extension de l'indication à la démence à corps de Lewy.

Concernant votre troisième question, le KCE a été chargé de réaliser une étude relative aux meilleurs pratiques pour un trajet de soins dans la démence précoce. Le KCE met tout en œuvre pour que ces recherches soient réalisées avec toutes les garanties de qualité nécessaires et clôturées dans les plus brefs délais possibles compte tenu de la planification et de la réalisation de ces autres études. Le KCE finalise actuellement dix études qui seront achevées en mars et avril 2024, y compris des études dans le cadre de la présidence du Conseil de l'Union européenne. La fin de l'étude sur le trajet de soins dans la démence précoce est prévue pour juin 2024.

24.03 Patrick Prévot (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse. Un premier élément: la fin de cette étude prévue pour juin 2024 est évidemment attendue avec impatience. Cela répond à ma question: on ne verra pas celle-ci avant la fin de la législature. Pour le reste, vous avez scrupuleusement répondu à toutes les questions que je vous ai posées. J'ai voulu mettre un coup d'éclairage à la suite de cette journée d'études organisée aux Cliniques universitaires Saint-Luc, parce que c'est effectivement une maladie qui est encore trop peu connue, très certainement au niveau du grand public, mais peut-être aussi, parfois, au niveau du personnel soignant. J'avais promis de mettre, une nouvelle fois, un éclairage sur la question. Pour le surplus, je vous remercie pour les réponses que vous avez pu m'apporter.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

25 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les événements indésirables survenant au cours d'une hospitalisation" (55041112C)

25 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Ongewenste voorvallen tijdens een ziekenhuisopname" (55041112C)

25.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le ministre, 15,8 % des patients, soit 1 personne sur 6, estimerait aujourd'hui avoir été confrontés à un événement indésirable à l'hôpital: c'est ce qu'il ressort d'un questionnaire élaboré par l'OCDE permettant de mesurer les éventuels événements indésirables survenus au cours d'une hospitalisation.*

Un résultat qui mène la Belgique, parmi une quinzaine de pays, à être la plus mauvaise élève puisque nos patients seraient les plus nombreux à se plaindre.

Un triste constat qui pourrait bien être la conséquence directe - ou indirecte - du manque de personnel soignant dont souffre notre secteur des soins aujourd'hui.

D'où mes questions, monsieur le ministre:

Aviez-vous connaissance de ces résultats? Qu'en pensez-vous et quel suivi comptez-vous y apporter?

Confirmez-vous que ces résultats soient le résultat direct, ou indirect, du manque de personnel dont le secteur des soins souffre aujourd'hui?

Que comptez-vous mettre en place pour améliorer ces résultats? A quand la mise en place d'un vérifiable plan d'attractivité mais également de rétention pour tous les infirmiers du pays?

Je vous remercie.

25.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, les rapports de travail de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) décrivent des résultats préliminaires ou des recherches en cours. Ils sont publiés pour stimuler la discussion sur un large éventail de questions sur lesquelles l'OCDE travaille.

Un des rapports de travail de l'OCDE couvre les résultats d'une collecte de données pilote pour mesurer les expériences de sécurité rapportées par des patients dans 21 pays, sur la base des résultats extraits

d'une enquête instantanée.

Selon les enquêtes menées dans ces 21 pays, jusqu'à environ 1 patient sur 6 a signalé des incidents de sécurité. Selon la première collecte de données pilote réalisée en Belgique en 2021, la proportion de patients ayant signalé des expériences de sécurité avait un taux de réponse très faible (environ 5 %).

Selon l'OCDE, les différences entre ces pays dans les taux d'incidents déclarés par les patients doivent être interprétées avec prudence. Il faut souligner que l'étude pilote a été menée dans les différents pays à des moments différents, avant, pendant ou après les vagues de covid, ce qui peut avoir un impact sur les expériences des patients en matière de soins de santé.

La Belgique est un des quelques pays où les expériences des patients sont mesurées systématiquement dans les hôpitaux. Nous continuerons à les utiliser pour améliorer la sécurité des patients.

L'enquête pilote que vous mentionnez est limitée. Elle a eu lieu dans la partie francophone de la Belgique pendant la période covid – une période non neutre. Il faudrait la reproduire à plus grande échelle avant de tirer des conclusions scientifiquement étayées et de voir comment y remédier.

Dans l'état actuel, il est très difficile de se prononcer sur l'existence d'un lien avec un éventuel manque de personnel.

Quelle que soit la valeur de telles enquêtes, durant cette législature, nous avons déjà pris beaucoup de mesures pour contrer les difficultés des professionnels de la santé. Je l'ai déjà détaillé à plusieurs reprises dans cette commission.

À côté d'un renforcement substantiel des investissements, nous avons réformé – et continuons à le faire – le métier infirmier. Tout d'abord, en introduisant l'échelle de soins, nous complétons le modèle de soins par des fonctions qui étaient manquantes. Nous offrons plus d'options grâce à la différenciation des fonctions. Et nous clarifions et renforçons la position de chaque fonction de soins.

En outre, à travers cette réforme, nous veillons à ce que les gens puissent accomplir le travail pour lequel ils ont été formés: des tâches et des responsabilités claires, mais aussi plus de possibilités grâce à la différenciation des missions. Tout cela est organisé au sein d'une équipe de soins structurée, de manière à prodiguer des soins de façon flexible en équipe, dans une perspective de prise en charge complète du patient et en garantissant la qualité des soins. Cette réforme permet d'offrir une perspective au personnel de santé pour l'avenir.

Par ailleurs, nous réformons aussi le financement et l'organisation des secteurs mêmes, afin de pouvoir mieux répondre aux attentes et de garantir un système de soins accessible et de qualité pour l'avenir. Comme vous le savez, nous sommes occupés sur une réforme du financement des hôpitaux. De plus, nous avons invité le secteur des soins à domicile à réfléchir à la manière de le financer et de l'organiser pour mieux répondre aux demandes de travail multidisciplinaire: prévention et suivi d'un patient. Avec des projets pilotes sur le terrain, des innovations pourront être testées et les premiers pas pour une réforme des soins à domicile pourront être accomplis.

Nous prenons très au sérieux les problèmes de personnel dans les soins. Sous cette législature, nous avons massivement investi dans les soins de santé et nous continuons à les réformer pour en garantir la durabilité. Ensemble, avec les acteurs concernés, nous recherchons des solutions dans le cadre de l'agenda pour l'avenir.

[25.03] Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse qui a commencé par une contextualisation des résultats de cette étude. Vous nous expliquez qu'il s'agit de résultats préliminaires et que, par conséquent, la prudence s'impose et qu'il conviendrait de reproduire cette étude à plus grande échelle et hors période de covid. Je peux tout à fait l'entendre. Il n'empêche que les résultats de cette étude montrent qu'il y a une tendance très claire et qui découle notamment de l'inadéquation totale des normes d'encadrement qui doivent absolument être révisées. Il s'agit ici d'une demande qui est constante de la part des infirmiers, pour eux-mêmes évidemment, mais aussi et surtout pour la qualité des soins qui sont donnés aux patients. Or, cette mesure ne fait toujours pas

partie des mesures prises dont vous avez énumérées certaines tout à l'heure.

Vous nous parlez de distinguer les tâches purement infirmières des tâches logistiques et administratives. C'est tout à fait positif mais nous craignons, vu la manière dont vous le faites, que l'on vide la profession de sa substance. C'est la raison pour laquelle nous serons extrêmement attentifs à votre projet de loi censé rendre le métier plus attractif et à votre réforme du financement des hôpitaux que vous avez mentionnée à l'instant. Dans tous les cas, je pense que vous ne pourrez plus faire l'économie de cette révision des normes d'encadrement parce que c'est une mesure essentielle. On sait que pour chaque patient, au-delà de la norme de huit, le risque de décès augmente de 7 %.

En conclusion, oui, malgré tout, en Belgique, le nombre absolu de décès à l'hôpital reste peu élevé mais c'est uniquement grâce à la qualité et au professionnalisme du personnel infirmier. Ici, je pense qu'on joue avec le feu et qu'on ne pourra plus compter indéfiniment, comme on le fait malheureusement, sur sa résilience.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

[26] Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De plaatsingsprocedure voor de all-in-onetender" (55041208C)

[26] Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procédure de passation du marché "tout en un"" (55041208C)

[26.01] Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over de plaatsingsprocedure voor de all-in-onetender.

Herhaaldelijk wees u in de commissie op het feit dat de all-in-onetender in het najaar van 2021 werd uitgeschreven met nieuwe gunningscriteria om meer concurrentie in het dossier te brengen en dus betere prijzen voor de Staat te bekomen. Ik had hierover graag een aantal verduidelijkingen gekregen.

Hoeveel kandidaten waren er na de selectieleidraad van de plaatsingsprocedure? Hoeveel dienden er met andere woorden een kandidatuur in op 28 januari 2022? Welke bedrijven waren dat?

Hoeveel van deze en welke bedrijven werden uitdrukkelijk telefonisch gecontacteerd met een vraag een kandidatuur in te dienen?

Tijdens de marktbevraging blijkt dat Movianto, Essers, DHL, AJIMEX/Pierre Logistics, FedEx en Cool World werden gecontacteerd. Hebben die bedrijven een kandidatuur ingediend? Werden ze ook expliciet gecontacteerd zoals Movianto? Zo neen, waarom niet? Werd de firma Raes in perceel 2 ook expliciet gecontacteerd? Werden er nog andere bedrijven expliciet gecontacteerd in perceel 2?

Indien er meer dan twee kandidaten ingediend zouden hebben voor perceel 1, waarom werden die dan niet geselecteerd en kregen zij niet de kans om een voorstel in te dienen? Waarom kregen zij het bestek niet? Beantwoordden zij niet aan de criteria? Aan welke niet en waarom?

In het gunningsverslag worden er 10 punten toegewezen aan het criterium 'opslag'. Dat criterium betekende een verruiming naar 4.000 palletten tegenover 500 in de ingetrokken tender. Tijdens het hoogste crisismoment van de pandemie bleek er ruimte voor 1.800 palletten nodig. Waarop is de eis voor vergunning van 4.000 palletten gebaseerd? Hebt u hiervan een verklarende nota? Graag had ik die ontvangen.

[26.02] Minister Frank Vandenbroucke: Het antwoord op uw eerste vraag is dat alleen Raes, Medista en Movianto aanvragen hebben ingediend en geselecteerd werden. Dat is ook duidelijk zo vermeld in het arrest van de Raad van State van 8 augustus 2022.

Wat uw twee volgende vragen betreft, werd de oproep tot kandidaatstelling voor die opdracht op 17 december 2021 gepubliceerd in het *Bulletin der Aanbestedingen* en op 22 december 2021 in het *Publicatieblad van de Europese Unie*. Alle Europese bedrijven konden die online gepubliceerde oproep tot het indienen van aanvragen bekijken. De overheidsopdracht werd bovendien ook onder de bijzondere aandacht gebracht van een aantal bedrijven waaronder Movianto, Essers, DHL,

AJIMEX/Pierre Logistics, FedEx en Coolworld.

Ik kom dan bij uw vierde vraag. Zoals vermeld in de eerste vraag en zoals ook duidelijk blijkt uit het arrest van de Raad van State van 8 augustus 2022, dienden drie bedrijven een aanvraag in. Alle drie werden geselecteerd en zij dienden vervolgens een offerte in. De drie offertes werden geanalyseerd op basis van de criteria van het bestek.

Het is onjuist dat er op het hoogtepunt van de crisis ruimte voor 1.800 palletten nodig bleek. Uit een overzicht van de toenmalige dienstverlener Medista van 4 februari 2022 bleek dat de stock op dat moment meer dan 3.100 palletten bedroeg. Op dat moment moesten er nog 650 palletten met spuiten worden geleverd, naast andere leveringen. De capaciteit van 4.000 palletten was daarom gerechtvaardigd en rationeel onderbouwd. We wisten bovendien op dat moment niet hoe lang de covidcrisis zou duren, wat de doelgroep van toekomstige campagnes zou zijn en hoeveel boostershots nodig zouden zijn voor immunisatie. Het zou onverstandig zijn geweest om te streven naar lagere en misschien wel ontoereikende opslagcapaciteiten. Merk tot slot ook op dat dit argument nooit is aangevoerd in de procedure voor de Raad van State.

26.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt niet geantwoord op mijn expliciete vraag of er nog andere bedrijven telefonisch gecontacteerd werden omtrent de uitgeschreven aanbesteding. U hebt geantwoord dat het onder de bijzondere aandacht van Movianto, Essers, DHL, AJIMEX/Pierre Logistics, FedEx en Coolworld werd gebracht. Mijnheer de minister, ik herhaal mijn vraag, werden er andere bedrijven dan Movianto gebeld of niet? Die vraag is vandaag aan de orde.

U verzamelt uw papieren en u antwoordt niet. Ik zal die vraag blijven stellen, mijnheer de minister. U moet dat hier in het Parlement kunnen zeggen. Wie werd er opgebeld? Is er een pv van meeting? Waarover werden ze gebeld? Wie werd er bij de firma gecontacteerd? Wat is er gezegd, mijnheer de minister? Zolang u daar geen duidelijk over schept, zal uw naam verbrand blijven.

Wat de palletten betreft, is het bijzonder dat er maar 500 stuks werden gevraagd in de eerste tender. Uw uitleg lijkt me nu wel logisch, maar na de verachtvoudiging lijkt het erop dat ze zich in de eerste tender wel degelijk misrekend hebben.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.59 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 59.