

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 20 FEVRIER 2024

Matin

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 20 FEBRUARI 2024

Voormiddag

Le développement des questions commence à 14 h 26. La réunion est présidée par M. Roberto D'Amico.

De behandeling van de vragen vangt aan om 14.26 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Roberto D'Amico.

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

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

01 Questions jointes de

- **Mélissa Hanus à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de médecins en province du Luxembourg" (55040622C)**

- **Roberto D'Amico à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de médecins généralistes" (55041119C)**

01 Samengevoegde vragen van

- **Mélissa Hanus aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het artsentekort in de provincie Luxemburg" (55040622C)**

- **Roberto D'Amico aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan huisartsen" (55041119C)**

01.01 Mélissa Hanus (PS): Monsieur le ministre, comme vous le savez, la province de Luxembourg connaît une pénurie importante de professionnels de la santé, particulièrement en médecine générale, en dentisterie, en ophtalmologie et en soins infirmiers. La concurrence avec le Grand-Duché de Luxembourg tout proche est un facteur supplémentaire qui aggrave cette situation dans notre province.

Il y a des conséquences directes pour les patients qui voient les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sans cesse s'allonger. Des conséquences se font aussi sentir sur les prestataires eux-mêmes, avec une charge de travail croissante, une pression constante qui entraîne soit une démotivation et une fuite vers d'autres métiers, soit une tendance au déconventionnement sans risque de voir la patientèle fuir. C'est donc la double peine pour les patients avec l'augmentation des honoraires souvent liée au déconventionnement.

Les acteurs de santé en province de Luxembourg réfléchissent dès lors à des pistes pour pallier cette pénurie et permettre une plus grande attractivité de l'exercice de ces professions, notamment la médecine générale, au sein d'une zone rurale comme le Luxembourg.

Monsieur le ministre, nous savons que les mesures d'attractivité relèvent à présent en partie des entités fédérées. Cependant, dans le cadre du budget 2024, un budget de 2,26 millions d'euros est prévu pour les médecins généralistes en formation avec pour objectif de soutenir ceux qui exercent en milieu rural ou dans une zone présentant une pénurie de médecins généralistes significativement élevée, par exemple au travers d'une indemnité de déplacement ou d'un défraiement plus élevés. Pouvez-vous nous en dire plus sur la mesure?

Ensuite, dans le cadre des discussions relatives à la réforme de la nomenclature et des honoraires, cette question de la pénurie pourrait-elle, selon vous, être prise en compte et y trouver des réponses – notamment via une nomenclature adaptée à la fois à la faible densité de population en milieu rural mais aussi à la faible densité de prestataires de soins dans ces bassins de soins –, afin d'améliorer

l'attractivité en zones rurales et/ou en pénurie?

01.02 Roberto D'Amico (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, la pénurie de médecins généralistes ne cesse de s'aggraver. Partout en Belgique, les citoyens le ressentent. Ils le remarquent lorsqu'ils ne trouvent pas de généraliste qui prenne encore des patients, lorsqu'ils se retrouvent sur des listes d'attente ou encore lorsqu'ils doivent se déplacer dans une autre commune pour consulter un médecin.

Ce sentiment a été réaffirmé par des chiffres divulgués la semaine dernière. Le gouvernement flamand a publié sa dernière enquête sur les villes et communes, qui portait également sur la satisfaction à l'égard de l'offre de médecins généralistes. En 2020, 87 % des habitants de la Flandre s'en disaient satisfaits. Aujourd'hui, ce chiffre n'est plus que de 67 %. Dans certaines régions, les chiffres sont encore plus bas. À Ninove, par exemple, moins de la moitié des habitants sont encore satisfaits de l'offre de médecins généralistes.

On entend souvent dire qu'il n'y a pas de pénurie de médecins généralistes, mais seulement un problème de répartition. Or, nous constatons que, dans l'ensemble de la Région flamande, on ne compte que cinq communes où la satisfaction de la population quant à l'accessibilité des médecins ne s'est pas dégradée entre 2020 et aujourd'hui.

Monsieur le ministre, selon vous, existe-t-il une pénurie de médecins généralistes? Établissez-vous un lien entre cette situation et, par exemple, l'examen d'entrée en médecine? Qu'entreprenez-vous pour atteindre un nombre suffisant de médecins généralistes dans tout le pays et dans toutes les régions?

01.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Je commencerai par la question précise de Mme Hanus pour ensuite généraliser quelque peu, car vous esquissez une problématique plus large.

En effet, madame Hanus, lors de la confection du budget 2024 de l'assurance-maladie, un montant de 2,26 millions d'euros a été débloqué pour soutenir les médecins généralistes en formation qui travaillent dans une zone rurale ou dans une zone où la pénurie de généralistes est significativement plus élevée. Ce soutien peut, par exemple, prendre la forme d'une indemnité de déplacement ou de frais plus élevés. Telle était la décision de principe, décision qui a été inspirée par des discussions antérieures, notamment avec des délégués du Luxembourg, afin de contribuer, dans le cadre des compétences fédérales, à une répartition équitable des prestataires de soins sur l'ensemble du territoire.

L'accord médico-mutualiste 2024-2025 prévoit que l'affectation concrète de ces moyens, par exemple par l'octroi d'indemnités spécifiques, sera poursuivie en concertation avec l'ICHO et le Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG). Des discussions préparatoires ont déjà eu lieu et les deux organisations ont formulé un certain nombre de propositions. Ce sont deux organisations qui sont responsables de la gestion des médecins généralistes en formation.

Plus précisément, l'INAMI travaille sur la piste consistant à octroyer une compensation plus élevée à l'ICHO et au CCFFMG pour des médecins généralistes en formation qui opèrent dans une zone touchée par une pénurie en médecins généralistes. À titre d'exemple, si nous devions cibler les communes qui ont moins de médecins généralistes que la médiane, nous pourrions accorder une aide supplémentaire d'environ 2 000 euros par médecin généraliste en formation. Si nous devions cibler les communes qui se situent en-dessous du P25, nous parlerions d'environ 4 000 euros par médecin généraliste en formation. Dès lors, plus nous travaillons de manière ciblée, plus la prime est élevée pour l'individu en question.

L'intention est d'approfondir ce point d'ici la fin du mois, après quoi un projet d'arrêté royal sera soumis aux organes consultatifs. J'ai insisté auprès de l'INAMI pour accélérer les travaux à cet égard car je pense qu'il s'agit d'un problème important. Je crois qu'il s'agit là d'un pas en avant. Bien sûr, vous avez mentionné une problématique plus large concernant également les médecins spécialistes. Je ne le nierai pas, tout comme je ne peux pas nier la problématique dans la profession infirmière.

Néanmoins, je crois que l'autre piste que vous avez évoquée et qui consiste à établir une différenciation au niveau des honoraires est quelque peu problématique. Car, dans la révision de la nomenclature et celle des honoraires, nous voulons un système transparent et équitable faisant la différence entre honoraires au niveau de la complexité de l'intervention, du temps investi dans le patient, de la

responsabilité dans cette intervention, de la formation nécessaire, c'est-à-dire des critères généraux. Il me semble difficile d'y ajouter une différenciation supplémentaire sur la base du lieu.

Je crois donc qu'il faut travailler sur les primes en dehors de la nomenclature et des honoraires. Mes compétences étant fédérales, mon champ d'action est très restreint. Car la compétence pour travailler, par exemple, par le biais de primes, sur la répartition sous-régionale des médecins, relève des entités fédérées.

Je peux encore agir au niveau de la formation et c'est ce que nous comptons faire via ces ASBL. Mais différencier au niveau des primes accordées aux médecins généralistes ou aux médecins en général est une compétence des entités fédérées.

J'appelle mes collègues (Mme Moreales, M. Marron, Mme Crevits et M. Antoniadis) à réfléchir à des pistes qui relèvent de leurs compétences pour des primes aptes à devenir des incitants pour que les médecins généralistes s'orientent vers les zones rurales.

Le petit champ d'action qui reste au fédéral est la formation. Espérons que nous trouverons rapidement une décision précise qui permettra de mieux orienter les médecins généralistes en formation.

Monsieur le président, votre question est plus large. Je crois que vous avez raison. Nous devons investir à la fois dans l'augmentation du nombre de médecins généralistes et dans une meilleure répartition de ceux-ci sur le territoire. C'est tout à fait correct et je ne peux que souscrire à votre propos.

Nous avons considérablement augmenté les quotas de médecins généralistes. Pour 2030, il a été récemment fixé à 2 277 soit 61 % de plus qu'à la fin de la législature précédente.

Il appartient aux entités fédérées de décider combien de médecins généralistes et combien de médecins spécialistes dans les autres disciplines doivent être formés dans le cadre de ce quota fédéral. Mais je crois qu'il y a un consensus assez robuste entre tous les niveaux de pouvoir pour dire que tous les efforts possibles doivent être consentis ainsi que des efforts supplémentaires pour orienter les étudiants sortant de leurs études vers la formation de médecin généraliste. Et je reviens sur cette nécessité d'avoir une meilleure répartition sur le territoire.

Par ailleurs, je crois qu'il est également important de réduire les formalités administratives inutiles pour alléger les tâches des généralistes et faire en sorte qu'ils puissent se consacrer au maximum à ce pourquoi ils ont vraiment été formés. Je pense, entre autres, à la suppression des certificats de maladie d'un jour ou aux travaux qui sont en cours sur la digitalisation et la simplification des médicaments au chapitre IV.

Vous savez que j'ai envoyé un courrier à tous mes collègues ministres à tous les niveaux en insistant pour qu'ils suppriment autant que possible les formalités administratives inutiles pour les généralistes. À vrai dire, j'ai eu des réponses assez encourageantes de toute une série de collègues qui ont organisé un *screening* des formalités requises par les administrations, les organisations et les instances qui sont dans leur domaine de compétences. J'espère que cela favorisera des actions visant à diminuer les formalités.

Je crois également qu'il importe de mettre l'accent sur un soutien adéquat des médecins généralistes au travers de la délégation des tâches et sur un modèle de financement adapté. Comme vous le savez, car nous en avons discuté ici, nous avons proposé une option intitulée modèle New Deal qui sera lancée en pratique au 1^{er} avril 2024 pour la première vague de médecins généralistes qui en ont fait le choix. Dans ce modèle, il y a un soutien supplémentaire en personnel, avec un infirmier, mais aussi pour la gestion des cabinets.

En outre, et ce pour tous les médecins généralistes et non pas uniquement pour ceux qui optent pour le New Deal, un budget de 16,5 millions d'euros a été libéré pour le soutien aux pratiques de médecine générale. L'accord médico-mut prévoit que ce montant sera utilisé en 2024 pour soutenir des pratiques sous deux formes. D'une part, une intervention forfaitaire pour les coûts de formation, de fonctionnement et d'infrastructure est prévue pour un premier engagement par un médecin généraliste, ou par une pratique de médecine générale, d'un membre du personnel (collaborateur administratif, assistant de pratique, infirmier de pratique) employé au moins 13 heures par semaine. C'est donc une

subvention qui ne vise pas les frais de personnel *stricto sensu*, mais qui est destinée à rendre possible ce premier engagement. Il s'agit d'une intervention unique qui s'élève à un maximum de 7 500 euros, dans l'hypothèse d'un nombre global de 1 000 engagements.

D'autre part, pour les pratiques qui emploient déjà du personnel, une intervention forfaitaire est prévue pour la gestion de la pratique: réunions de coordination, gestion du personnel, élaboration de protocoles de soins. Elle sera maximale et égale au montant trimestriel prévu dans le cadre du New Deal. Celui-ci prévoit 1 794 euros pour 1 000 DMG, 2 392 euros pour 1 500 DMG, 3 588 euros pour 2 000 DMG. Cette échelle, qui a été définie dans les travaux pour le New Deal et qui s'applique aux médecins qui optent pour celui-ci, sera étendue uniformément à tous les médecins généralistes.

Ces deux pistes – intervention forfaitaire pour les coûts de formation, de fonctionnement et d'infrastructure pour un premier engagement et intervention forfaitaire pour la gestion de la pratique – constituent un budget de 16,5 millions d'euros. J'insiste auprès des acteurs de la médico-mut et des organisations de médecins pour aboutir maintenant, vu qu'un débat se poursuit. J'insiste également auprès de l'INAMI pour exécuter ce programme, parce que le budget est disponible depuis la fin 2022. Je suis devenu véritablement impatient. C'est à eux de décider à présent.

Est-ce une réponse parfaite? Non! C'est, en effet, un vaste problème. Néanmoins, dans la mesure du possible, il faut prendre des initiatives.

01.04 Méliissa Hanus (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. La problématique des médecins généralistes est importante et votre proposition a sans doute un intérêt. Nous espérons qu'elle pourra avoir des retombées positives.

Toutefois, la problématique s'étend au-delà des médecins généralistes. J'ai cité les dentistes, les ophtalmologues, les dermatologues. Aujourd'hui, quand on ne se fait pas refuser un rendez-vous parce que le médecin ne prend plus de patients, il faut des mois d'attente pour les habitants des zones rurales, singulièrement en province de Luxembourg.

J'ai repris quelques chiffres qui me semblent importants. En province de Luxembourg, on dénombre 39 communes sur 44 qui sont sous le statut de pénurie de médecins généralistes. Pour les dentistes, c'est pareil: on compte 165 dentistes pour 290 000 habitants en province de Luxembourg. En province de Hainaut, il y a un dentiste pour 1 700 habitants. La problématique s'étend donc bien au-delà de la province de Luxembourg.

Vous l'avez dit, c'est un travail qui doit être réalisé en collaboration avec d'autres niveaux de pouvoir et, en cela, je souhaiterais souligner le travail important réalisé par l'institution provinciale de la province de Luxembourg et les associations de notre territoire. Santé Ardenne a par exemple instauré un accompagnement dans la mise en place des pratiques de groupe, une journée découverte de la médecine générale rurale ou encore l'aide à la recherche de maîtres de stage, de solutions de logement et de mobilité pour les assistants et les étudiants.

Aujourd'hui, le fait de voir cette pénurie médicale dans différentes disciplines et les conséquences que celle-ci peut engendrer pour le déconventionnement et l'accessibilité à la santé pour tous continuent de m'inquiéter.

Au niveau fédéral, nous vous avons fait une proposition clé sur porte co-construite avec la Mutualité socialiste du Luxembourg et d'autres acteurs du monde médical rural. Je continue de soutenir cette proposition car j'estime qu'il doit y avoir une réflexion et que des mécanismes pérennes doivent être mis en place. J'entends vos réponses sur des mesures incitatives de primes mais, à mon sens, elles n'ont qu'un caractère temporaire. Or il est nécessaire d'avoir des mesures pérennes.

Le débat n'est pas terminé. Il s'agit d'un sujet important et pas seulement pour la province de Luxembourg.

01.05 Roberto D'Amico (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je voulais compléter les propos de ma collègue car j'ai lu récemment dans la presse un article sur un médecin originaire de Charleroi, qui disait qu'en cas de pénurie de médecins, il ne fallait pas poser la question uniquement aux médecins mais aussi aux patients. C'est ce que le journaliste a fait. Les patients qu'il a interviewés lui ont dit que

le problème résidait dans le fait que lorsqu'ils trouvaient un nouveau médecin, celui-ci refusait généralement d'accepter de nouveaux patients parce qu'il ne veut plus travailler 80 heures par semaine comme le faisaient les anciens.

Je comprends et je respecte le choix de ces médecins. Augmenter le nombre de médecins est indispensable, mais cela ne permettra pas de tout résoudre. Je pense qu'une des solutions serait de supprimer l'examen d'entrée en médecine et d'attribuer un numéro INAMI à chaque médecin nouvellement diplômé. Je vous remercie, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- Julie Chanson à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès à une IVG pour les femmes en Communauté germanophone" (55041183C)

- Chanelle Bonaventure à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pratique de l'IVG en Communauté germanophone" (55041263C)

- Julie Chanson à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La convention de rééducation sur l'accompagnement médico-psychosocial de grossesses non désirées" (55041396C)

02 Samengevoegde vragen van

- Julie Chanson aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking voor vrouwen in de Duitstalige Gemeenschap" (55041183C)

- Chanelle Bonaventure aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Vrijwillige zwangerschapsafbreking in de Duitstalige Gemeenschap" (55041263C)

03 Julie Chanson aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De revalidatieconventie m.b.t. de medisch-psychosociale begeleiding van ongewenste zwangerschappen" (55041396C)

03.01 Julie Chanson (Ecolo-Groen): Monsieur le président, j'ai déposé deux questions jointes sur le même sujet. Ayant entretemps reçu une réponse de l'INAMI, je vais un peu les adapter.

Monsieur le ministre, par cette question, je souhaite vous faire part de la difficulté pour les femmes de la Communauté germanophone à avoir accès à une interruption volontaire de grossesse, notamment au niveau de l'accompagnement qui ne se fait pas en allemand, leur langue maternelle. En effet, vous n'êtes pas sans savoir qu'il n'existe actuellement aucun planning familial en Communauté germanophone.

Ainsi, depuis de longues années, c'est l'ASBL Prisma qui est en charge de nombreuses compétences et qui pratique les entretiens pré-IVG. L'ASBL informe les femmes, qu'à sa connaissance, seuls deux gynécologues d'Eupen pratiquent des IVG. Elle n'a pas d'accord de coopération avec un centre hospitalier et il n'y a, de ce fait, absolument aucune collaboration entre le centre, les médecins d'accord de pratiquer l'IVG et la patiente. Le centre Prisma est donc dans l'incapacité de donner des informations complémentaires ou plus précises aux femmes sur le déroulement même de l'interruption volontaire de grossesse mais aussi sur l'accompagnement psychosocial, les méthodes qui existent ainsi que le prix, qui est évidemment un facteur très important.

En juin 2023, après avoir trouvé deux médecins généralistes d'accord de pratiquer des IVG dans ses locaux et après avoir formé elle-même deux psychologues grâce au centre de planning familial de Liège, l'ASBL Prisma a décidé d'introduire une demande de reconnaissance au niveau de l'INAMI, se disant que c'était la seule méthode possible pour pouvoir être officiellement reconnue et avoir accès à toute une série de choses grâce à ce numéro INAMI.

Après plus de six mois d'attente, l'INAMI a enfin communiqué à l'ASBL, le 20 décembre dernier, une réponse en demi-teinte, plutôt négative. Pour avoir pris connaissance de cette réponse, l'INAMI n'est pas fermé. Je ne sais pas si vous avez pu avoir accès à ce document mais, pour toute une série de choses, il est recommandé à l'ASBL d'apporter des précisions sur ses compétences, sa formation, son rôle, le travail qu'elle fait déjà depuis plusieurs années mais aussi, par exemple, sur le fait qu'elle n'a pas encore de convention pour les déchets médicaux. C'est évidemment normal car, ne pratiquant pas

d'IVG dans ses locaux, elle ne va évidemment pas signer de convention, alors même que l'INAMI ne lui donne pas encore la possibilité de le faire.

Donc, je retiens de la réponse de l'INAMI que la situation est compliquée et est encore méconnue de beaucoup – y compris de l'INAMI – et que l'ASBL Prisma se retrouve finalement dans un no man's land où elle a l'impression de nager seule et sans bouée. Pourtant, elle aide ces nombreuses femmes qui, elles aussi, sont perdues dans cette Communauté germanophone où elles sont peu écoutées.

C'est pourquoi je me suis permis de vous interroger à ce propos, monsieur le ministre, afin que vous puissiez tenter de m'aider et d'aider les femmes germanophones. Pourriez-vous m'indiquer si vous avez connaissance de médecins qui pratiquent l'IVG? Il est en effet très difficile de les répertorier. Pouvez-vous me préciser ce qu'on attend de l'ASBL Prisma pour qu'elle puisse obtenir un numéro INAMI? Pouvez-vous également m'indiquer dans quel délai la nouvelle mouture, évoquée par l'INAMI dans son courrier, concernant la convention de rééducation en matière d'accompagnement médico-psychosocial des grossesses non désirées, peut être attendue? C'est en effet l'une des réponses apportées à l'ASBL Prisma. On lui dit qu'une nouvelle convention est en train d'être conclue sous une forme neuve et que, dès lors, il leur semble peu pertinent d'accorder la convention à l'ASBL, puisque quelque chose risque d'arriver dans les mois à venir. Comme nous avons reçu peu de précisions à ce sujet, j'espère que vous pourrez nous apporter de plus amples informations.

Voilà, monsieur le ministre, j'espère avoir pu vous sensibiliser à cette question, de sorte que vous puissiez m'apporter quelques précisions.

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la représentante, je signalerai tout d'abord qu'un remboursement pour une interruption de grossesse est non seulement possible via les centres mais il l'est également via la nomenclature des prestations de santé sur base de la prestation et je cite "curetage utérin curatif ou explorateur, y compris éventuellement la dilation et le prélèvement pour biopsie endo-utérine" Il s'agit d'une prestation permettant d'intervenir dans une interruption de grossesse par voie chirurgicale. Cette prestation n'est cependant pas propre à l'interruption de grossesse. D'autres indications peuvent également être visées. Les données de facturation ne permettent donc pas de savoir pour quelle indication cette prestation est réalisée.

En réponse à votre première question portant sur le nombre de médecins pratiquant l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) en communauté germanophone, il ne m'est pas possible d'apporter une réponse car il n'existe à l'heure actuelle pas de centre conventionné dans cette communauté mais également pour la raison que je viens d'évoquer, soit le fait qu'il existe une prestation en nomenclature qui peut être facturée en cas d'IVG mais qui peut aussi l'être pour d'autres indications. Avoir connaissance du lieu et du médecin prestataire ne donnerait donc de toute façon aucune indication au sujet de l'IVG spécifiquement.

Pour ce qui est de votre deuxième question, le collège des médecins directeurs au sein de l'INAMI a en effet analysé la demande formulée par l'ASBL Prisma d'accéder à la convention conclue avec les centres de grossesse non désirée. Sur base d'une analyse de cette demande plusieurs observations ont été faites et communiquées à Prisma. Ces observations portaient tant sur le fait que la demande n'était pas complète (pièces manquantes au dossier), manquait de clarté par rapport à l'expérience du centre en matière de pratique de l'IVG et n'était pas suffisamment étayée (par rapport à l'expérience que le centre a de la pratique de l'IVG et en ce qui concerne les compétences spécifiques dont doivent disposer les médecins), tant sur le fait qu'il est apparu, sur la base du dossier introduit, qu'il n'était pas satisfait à certaines dispositions prévues à la convention (nombre d'heures minimum de permanence à assurer, absence de contrat conclu pour le traitement des déchets médicaux) et tant sur le fait qu'il n'y avait pas de garantie insuffisante qu'il soit effectivement satisfait aux critères prévus à la convention en ce qui concerne la collaboration à mener avec un hôpital. Divers problèmes donc.

À côté de cela, il a également été signalé à l'ASBL Prisma que la convention actuelle relative aux grossesses non désirées faisait l'objet d'une révision, comme vous venez de l'indiquer. Cette révision étant toujours en cours, le Collège a estimé qu'il n'était pas opportun de conclure la convention sous sa forme actuelle avec un nouveau centre, qu'il s'agisse de l'ASBL Prisma ou d'une autre institution qui formulerait une demande.

En tout état de cause, il n'est pas exclu que, dans le futur, l'ASBL Prisma réitère sa demande d'accéder

à la nouvelle convention relative aux grossesses non désirées. Le temps nécessaire pour arriver à cette nouvelle convention n'étant pas encore connu, il est difficile de mentionner un délai précis endéans lequel l'ASBL peut réintroduire un dossier. Quoi qu'il en soit, il sera alors nécessaire de disposer d'un dossier complet, qui illustre le fait que l'ASBL satisfait effectivement à toutes les conditions qui seront fixées par cette nouvelle convention.

Je vous informe également qu'il appartiendra au Comité de l'assurance de statuer en dernière instance sur le projet de la future nouvelle convention, qui sera soumis sur proposition du Collège des médecins directeurs, ainsi que sur une éventuelle demande future visant à conclure cette convention avec un centre supplémentaire qui répond à toutes les conditions fixées à cet égard. En bref, il existe des possibilités dans le cadre de cette nouvelle convention.

03.03 Julie Chanson (Ecolo-Groen): Merci monsieur le ministre pour vos éléments de réponse. J'espère en effet que la nouvelle mouture de cette convention pourra jouer un rôle favorable pour l'ASBL Prisma, afin que celle-ci puisse poursuivre le travail entamé il y a de nombreuses années.

Vous comprenez évidemment bien qu'aujourd'hui, pour les femmes de la Communauté germanophone qui veulent pratiquer une interruption volontaire de grossesse (IVG), c'est un véritable parcours du combattant, notamment parce que ces femmes sont généralement renvoyées par les centres de planning familial de Verviers ou de Liège vers des médecins et des centres qui pratiquent l'IVG. Inutile de vous dire qu'à Liège et à Verviers, on ne parle pas l'allemand, et que subir une telle intervention dans une langue qui n'est pas la sienne rajoute des complications à une épreuve qui est déjà pénible psychologiquement, médicalement ou encore socialement.

Dès lors, j'espère, monsieur le ministre, que nous pourrions avancer dans ce dossier et que vous serez notre allié dans nos efforts. Merci pour les réponses apportées aujourd'hui.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

03 Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pollution aux PCB des broyeurs à métaux" (55041067C)

04 Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De pcb-verontreiniging bij het verwerken van schroot" (55041067C)

04.01 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je n'ai pas à rappeler les informations publiées récemment dans la presse francophone concernant la décision prise par la ministre wallonne de l'Environnement sur les normes en vigueur encadrant les broyeurs à métaux industriels. Il apparaît que le choix a clairement été fait entre valeur limite et valeur cible pour ces normes, sur la base de la directive européenne 96/62/CE.

Compte tenu des caractéristiques cancérigènes des polychlorobiphényles (PCB), en lien avec les mélanomes, lymphomes notamment, mais aussi des dépressions immunitaires et atteintes endocriniennes, c'est un réel danger pour la santé publique de nos concitoyens aux quatre coins du pays, et les normes décidées ne semblent pas répondre suffisamment à la protection de la santé de ceux-ci.

Monsieur le ministre, pourriez-vous m'indiquer si vous avez des informations venant du Service public de Wallonie (SPW) Environnement à la suite de la publication de ces informations?

Étiez-vous informé du choix de ces valeurs spécifiques décidées par la ministre de l'Environnement de la Région wallonne? Ne me répondez pas que cela ne relève pas de votre compétence, car cela a une incidence sur la santé publique.

Quelles mesures ont-elles été prises par le SPF Santé publique en collaboration avec la Région wallonne concernant la pollution de l'air à proximité des sites de broyeurs à métaux?

Avez-vous connaissance des analyses sur les contaminations des produits cultivés à proximité de ces broyeurs?

Avez-vous des informations sur le biomonitoring? Que pensez-vous de l'organisation d'un biomonitoring sur les citoyens de nos Régions?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taquin, nous n'avons pas été informés de ces choix. Les permis d'environnement octroyés par les Régions aux entreprises sont de compétence uniquement régionale.

Concernant les émissions aérosols de ces entreprises, la production, l'utilisation et la mise sur le marché des PCB, que ce soit sous forme de substances pures, ou contenus dans des mélanges ou des articles, sont interdites en Belgique et dans l'Union européenne depuis de nombreuses années.

Nous avons pris récemment connaissance du fait que les PCB peuvent se former lors du processus de fabrication des pigments, ce qui a conduit à des discussions au niveau de l'Union européenne pour établir un seuil en-deçà duquel les PCB ne seraient pas considérés comme des polluants organiques persistants. Cette discussion est toujours en cours. Je peux vous assurer que mon administration défend une approche des plus protectrices à cet égard.

La qualité de l'air extérieur fait partie des compétences des Régions. Mon administration ne peut prendre des mesures dans le cadre de cette politique.

Pour ce qui est de la contamination des produits cultivés à proximité des broyeurs, je n'ai pas reçu d'information précise. Mon collègue, le ministre Clarinval, a peut-être plus d'informations sur les conséquences de cette pollution de l'air sur la chaîne alimentaire. Dans le contexte de résultats d'analyses d'air et de poussière préoccupants autour d'une entreprise de broyage de mitraille située à Courcelles, l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire a été contactée par l'Agence wallonne de l'air et du climat pour examiner un éventuel problème de contamination de la chaîne alimentaire. Une explication à ce sujet se trouve sur le site de l'Agence. Je peux vous la transmettre.

J'en viens au biomonitoring. En Wallonie, c'est l'Institut scientifique de service public (ISSeP) qui s'occupe du biomonitoring sur demande du SPW pour la population en général. Des informations sur le projet BIOPRO sont disponibles sur son site. Ce projet avait été lancé en 2020 à Courcelles et à Obourg. J'ai deux références: le site environnementsantewallonie.be et le site général issep.be/biomonitoring. Je propose que Mme Schellens vous envoie ma réponse préparée par écrit afin que vous disposiez de ces informations.

04.03 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, j'aurais souhaité une prise de conscience au niveau national sur la question de santé publique des broyeurs à métaux qui sont quand même installés sur tout le territoire belge. Je n'ai obtenu aucun élément supplémentaire. Les éléments que vous me donnez, je les ai trouvés aussi. Vous pensez bien! J'ai d'ailleurs dû faire le bras de fer pour obtenir un biomonitoring *light* de la part de la ministre wallonne. J'aurais vraiment voulu connaître votre point de vue en tant que ministre de la Santé sur ce biomonitoring qui pourrait être utile justement pour déterminer s'il s'agit d'une problématique liée à une activité économique de type broyeur à métaux ou d'une pollution historique, ce sur quoi la ministre joue en Région wallonne. Mais ce n'est rien! Le bras de fer a débuté voici quelques années. Il n'est pas prêt de se terminer. Je vous remercie, monsieur le ministre.

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

05 Samengevoegde vragen van

- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het koninklijk besluit inzake alcoholreclame" (55041230C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken van het alcoholplan en het KB over het reclameverbod" (55041262C)

04 Questions jointes de

- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêté royal relatif à la publicité pour l'alcool" (55041230C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état d'avancement du plan alcool et de l'arrêté royal sur l'interdiction de publicité" (55041262C)

05.01 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, aan het begin van deze vergadering hebben we het wetsontwerp besproken over tabak en alcohol. Daarin is onder meer opgenomen dat reclame voor alcohol via een koninklijk besluit wordt geregeld. Bij de bespreking van het wetsontwerp heeft collega Fonck u daarover al vragen gesteld, maar u bent daar niet heel erg diep op ingegaan. Om die reden wil ik mijn mondelinge vraag aanhouden.

Mijnheer de minister, wat is de stand van zaken van dat koninklijk besluit? Kunt u de speerpunten ervan toelichten en wat meer duidelijkheid geven?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Claes, we hebben het daarover inderdaad bij de bespreking van het wetsontwerp gehad, dus ik heb al een stuk van het antwoord gegeven, maar in antwoord op uw vraag zal ik wat meer details geven.

De rechtsgrond hebben we daarnet al besproken. Op basis van die rechtsgrond is een besluit in opmaak, conform de interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol. Dat besluit bevindt zich nu in ontwerpvorm bij de Europese Commissie, aangemeld conform de TRIS-procedure. De status quo verloopt op 22 april, tenzij er opmerkingen komen. In geval van opmerkingen moeten we nog drie maanden extra de tijd nemen. Met de administratie bekijken we welke stappen we tussentijds al kunnen zetten op nationaal niveau, waarbij ik bijvoorbeeld denk aan het inwinnen van het advies van de Raad van State.

Dat koninklijk besluit zal vier speerpunten omvatten.

Een eerste punt is het opleggen van beperkingen op het vlak van alcoholreclame, zoals bepaald in artikel 11.2 van het convenant inzake reclame voor en marketing van alcoholhoudende dranken. Zo zal alcoholreclame verboden zijn in kranten, tijdschriften, bioscoopvertoningen, digitale media, vijf minuten voor en vijf minuten na uitzendingen die hoofdzakelijk gericht zijn op een publiek van minderjarigen.

Ten tweede, wanneer alcoholmarketing wel toegelaten is, wordt de toevoeging van een gezondheidsmededeling verplicht bij elke reclameboodschap. Daarvoor zal nog een ministerieel besluit worden uitgevaardigd met de verschillende boodschappen die momenteel door de Hoge Gezondheidsraad worden geïdentificeerd en waarin tevens een roulatiesysteem zal worden vastgelegd.

Een derde punt is het verbod op het gratis aanbieden van alcoholhoudende dranken in het kader van promotiecampagnes, uitgezonderd wanneer de consument een alcoholhoudend product aankoopt of in het kader van degustaties, zoals daarnet al werd gezegd.

Een vierde punt is de invoering van een controle door de inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid op de bepalingen van dat koninklijk besluit.

Daarmee heb ik wat we bij het wetsontwerp al hadden besproken, meer gepreciseerd.

05.03 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, begrijp ik het goed dat het eigenlijk overeenkomt met de maatregelen die in het alcoholplan staan of zijn er nog dingen bijgekomen?

05.04 Minister Frank Vandenbroucke: Neen. Wat ik heb gezegd, zit allemaal in het plan. Het gaat inderdaad over het codificeren van het convenant in harde wetgeving. Dat maakt het mogelijk om de controle daarop echt te laten gebeuren door de inspectie. Dat is misschien wel het belangrijkste punt in dezen. Daar is wat discussie over. Ik weet dat dat wat controversieel is, want dat convenant is eigenlijk iets dat de Jury voor Ethische Praktijken inzake Reclame bekijkt, maar we maken daar nu harde wetgeving van en daardoor zal onze inspectie dat bekijken. We denken dat dat beter is. Het is dus niet zozeer de inhoud van de bepalingen die wijzigt wat de voor- en naprogramma's hoofdzakelijk gericht op minderjarigen betreft, maar de onderliggende methodiek en de inspectie.

05.05 Mieke Claes (N-VA): Dank u wel.

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

06 Vraag van Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sepsis (opvolgvraag)" (55041252C)

05 Question de Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le sepsis (question de suivi)" (55041252C)

06.01 Nathalie Muylle (cd&v): Ik kom graag terug op het debat dat we enkele maanden geleden in de plenaire vergadering hebben gevoerd naar aanleiding van de Panoreportage, maar ook naar aanleiding van een resolutie van de heer De Caluwé en mezelf.

U kent de problematiek. Die is heel zwaar. Jammer genoeg is ze niet zo goed gekend bij het grote publiek, maar ze heeft wel immense gevolgen. Jaarlijks worden 41.000 patiënten in ons land getroffen, wat leidt tot meer dan 7.600 overlijdens. Een heel groot deel van de mensen die de diagnose krijgen, heeft ernstige en blijvende klachten. Tijdens het plenaire debat waarin werd verwezen naar de vraag van de Wereldgezondheidsorganisatie aan overheden om ook iets te doen en om met een beleid te komen, zei u dat u hier echt wel werk van wil maken. U zou een werkgroep starten, onder leiding van mevrouw Vlieghe. De bedoeling was om binnen 4 tot 6 maand tot een wetenschappelijk rapport te komen. Na een aantal contacten heb ik begrepen dat er heel wat werkgroepen zijn opgestart. Verschillende hebben te maken met antibiotica, bekendmaking en *early warning systems*. Dat loopt allemaal heel goed, met veel dynamiek.

Waar staan we vandaag? Halen we de timing van maximaal 6 maanden?

Kunnen we voor de ontbinding van het Parlement nog iets betekenen?

Kan er ook nog effectief werk worden gemaakt van een aantal van de aanbevelingen uit de werkgroepen?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Muylle, ik dank u voor uw vraag en ook voor uw inzet in dit dossier alsook voor het feit dat u mij aan het dossier hebt herinnerd door uw vraag tijdens de plenaire vergadering. Dat was nuttig.

Ik heb mevrouw Vlieghe inderdaad gevraagd werk van het dossier te maken. Mevrouw Vlieghe doet dat ook. Wat goed is, is dat zij een representatieve groep mensen rond zich heeft verzameld, maar ook mensen van de vzw Sepsibel die de slachtoffers vertegenwoordigt. Dat lijkt mij heel goed. Ik kan ook getuigen dat mevrouw Vlieghe intens contact met hen heeft.

De planning die zij mij heeft gegeven, is als volgt.

In januari 2024 is in werkgroepen een literatuuroverzicht en een beoordeling van de situatie en van de literatuur begonnen, die in februari 2024 wordt afgerond. In maart 2024 zullen aanbevelingen worden geformuleerd. De mensen die zich rond Erika Vlieghe hebben geschaard, zouden een eerste ontwerp klaar willen hebben tegen eind maart 2024 zodat externen de mogelijke aanbevelingen kunnen bekijken. In april 2024 willen zij een en ander nader bekijken. De ambitie is om eind april 2024 een finaal document te hebben. Erika Vlieghe heeft mij wel aangegeven dat die timing heel scherp is. Mei 2024 is ter zake een buffermaand.

Het is echter wel degelijk de bedoeling om het document te hebben voor het einde van de legislatuur. Als we het eind april 2024 hebben, kunnen we nog een paar oriëntaties nemen en eventueel opdrachten geven aan administraties of andere om daarop voort te werken. Dat zou goed zijn.

Présidente: Laurence Hennuy.

Voorzitster: Laurence Hennuy.

Ik heb ondertussen ook zelf contact gehad met twee vertegenwoordigsters van de vzw Sepsibel, waaronder de auteur van het boek *Elk uur telt*. Ik kan u meegeven dat het, zoals de Pano-uitzending, een erg beklijvende getuigenis betreft. Het is, eerlijk gezegd, nuttig de getuigenis nog eens te horen. Die mensen zijn dus goed betrokken.

Zullen we nog actie ondernemen? Ik zou graag, vooraleer de regering in lopende zaken gaat, nog enige instructies kunnen geven, zodat zaken maximaal in een fase van uitwerking of voorbereiding van

uitwerking kunnen komen met het oog op de volgende regering. Eventueel moeten we mogelijkheden creëren om in een regering van lopende zaken nog punten te lanceren. Dat kan wanneer er daarvoor de politieke assisen zijn. Ik hoop inderdaad dat we dit snel verder kunnen laten uitrollen.

06.03 Nathalie Muylle (cd&v): Mijnheer de minister, ik heb de mensen ook ontmoet en ik kan getuigen dat het een zeer pakkende ontmoeting was, maar ik heb ook zelden zoveel veerkracht gezien en zoveel energie om hiermee verder te gaan, om oplossingen te zoeken. Men beseft heel goed dat wat men doet vaak twee à drie levens redt per dag. Men wil daar echt met volle energie voor gaan.

Ik hoor ook echo's dat de werkgroepen zeer constructief en goed lopen, dat dit echt wel heel oplossingsgericht gebeurt, op de verschillende vlakken.

Ik hoop echt dat we samen, in deze commissie, nog een aantal richtingen kunnen geven voor de verkiezingen, zodat we na de verkiezingen heel snel van start kunnen gaan, al dan niet met wetgevend werk hieromtrent. Voor mij kan dat zeker in lopende zaken. U zult in mijn partij een bondgenoot vinden, net als in heel veel collega's, zo heb ik de indruk, om hier verdere stappen te zetten. Het wordt dus zeker en vast vervolgd.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus de remboursement de la difelikefaline pour les patients dialysés en Belgique" (55041271C)

07 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-terugbetaling van difelikefalin voor dialysepatiënten in België" (55041271C)

07.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, environ 30 % des patients dialysés souffrent d'un prurit insupportable. Quand je dis "insupportable", je pèse mes mots. C'est un symptôme extrêmement invalidant, qui est résistant à tous les traitements symptomatiques. Cela met à mal leur qualité de vie.

Un nouveau traitement à l'effet prouvé peut améliorer la prise en charge de ces patients et les soulager: la difelikefaline.

Tout récemment, j'ai appris que l'autorisation de remboursement en Belgique a été refusée. Cela m'interpelle au plus haut point. C'est assez catastrophique pour les patients concernés.

Monsieur le ministre, quelles sont les raisons de ce refus? Sur quels critères et quelles données cliniques est-il basé?

Comment expliquez-vous que la Belgique le refuse alors que, à ma connaissance, de très nombreux si pas quasi tous les autres pays de l'Union européenne ont validé le remboursement de ce médicament pour les patients dialysés qui ont un prurit multirésistant aux autres traitements conventionnels?

Président: Roberto D'Amico.

Voorzitter: Roberto D'Amico.

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame, je ne peux que répéter ce que mes experts, qui sont des scientifiques, me donnent comme arguments en la matière.

La valeur thérapeutique de Kapruvia est basée sur deux études pivots de phase 3, KALM-1 et KALM-2, qui ont comparé le Kapruvia au traitement par placebo après 12 semaines de traitement. Le critère d'évaluation principal a été mesuré à l'aide de l'échelle WI-NRS (*Worst Itching Intensity Numerical Rating Scale*), complétée par les patients pour indiquer l'intensité du prurit.

Après 12 semaines de traitement dans l'étude KALM-1, 51 % des patients traités par Kapruvia ont obtenu une amélioration de 3 points ou plus sur cette échelle, contre 28 % dans le groupe témoin placebo. Dans l'étude KALM-2, c'était le cas pour 54 % des patients traités par Kapruvia, contre 42 %

dans le groupe témoin placebo.

La différence entre le groupe traité par Kapruvia et le groupe témoin placebo était statistiquement significative et cliniquement pertinente dans les deux études. L'intensité du prurit n'a pas été suivie après 12 semaines.

En ce qui concerne la qualité de vie, certaines données de suivi jusqu'à 52 semaines sont disponibles, recueillies dans le cadre d'une étude d'extension ouverte. Cependant, l'étude d'extension KALM-2 a été clôturée prématurément. Compte tenu du grand nombre de données manquantes et du caractère exploratoire de l'analyse jusqu'à 52 semaines, un éventuel effet décroissant au fil du temps ne peut pas être exclu.

La procédure à la Commission de remboursement des médicaments de l'INAMI s'est terminée sur une non-inscription de Kapruvia. J'ai repris cette conclusion. Le problème financier était double. La Commission et la firme ne sont pas parvenues à un accord de prix à deux niveaux, ni sur le prix de liste, ni sur le coût dit en catégorie F. La firme insistait à obtenir un coût d'environ 4 200 euros par patient par an, ce qui est l'équivalent de 50 fois le coût des antihistaminiques.

Bien que Kapruvia a été remboursé dans plusieurs pays, aucune valeur ajoutée n'a été attribuée par les agences HDA de nos pays voisins, et/ou elles font part du haut degré d'incertitude. Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni n'a recommandé le Kapruvia que si l'entreprise le fournit conformément à l'accord commercial, et mentionne une certaine incertitude quant à sa durée d'action et à sa capacité à améliorer la qualité de vie des personnes. Selon la GBA en Allemagne, la valeur ajoutée n'a pas été prouvée. La durée de seulement 12 semaines dans la phase d'études comparatives randomisée de l'étude est considérée comme trop courte pour une évaluation précoce des bénéfices dans les maladies chroniques. En France, on considère que Kapruvia apporte une amélioration du service médical rendu mineure – AgRM4, le plus faible – dans la stratégie thérapeutique actuelle, pour des raisons qui incluent une quantité d'effet qui peut être qualifiée de modeste. Par conséquent, je ne peux pas me prononcer sur le coût que les différentes juridictions ont accordé à Kapruvia sur la base de la valeur de Kapruvia telle que je viens de la mentionner.

07.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je dois quand même constater que les études KALM-1 et KALM-2 donnent des résultats statistiquement significatifs et positifs sur le plan clinique. Les interrogations portent sur des arrêts d'étude et sur un effet à plus long terme. Mais il ne s'agit pas d'en conclure aujourd'hui qu'il n'y a pas d'efficacité à plus long terme.

Deuxièmement, vous avez évoqué les antihistaminiques. Il ne s'agit pas de donner ce traitement à la place d'un antihistaminique, mais de le réserver uniquement à des patients qui sont résistants à tous les traitements anti-prurit conventionnels, dont les antihistaminiques, et pour lesquels la situation clinique est fort compliquée, avec des prurits extrêmement invalidants.

Troisièmement, dans vos experts, je serais intéressée de savoir s'il y avait au moins un néphrologue qui puisse aussi prendre en compte les patients dialysés, qui ne sont pas connus de tous les experts. Il faudrait au moins un néphrologue qui puisse apporter la réalité de la prise en charge de ces patients dialysés avec des prurits extrêmement sévères et résistants.

Quatrièmement, je dois quand même conclure de tout cela que vous prenez essentiellement une décision sur le plan budgétaire. S'il n'y a pas d'accord avec la firme pour un prix que vous considérez comme raisonnable, je ne veux pas que ces patients dont on ne parle jamais soient oubliés. Monsieur le ministre, je voudrais que vous mesuriez la situation. Ils n'occupent jamais la Une de la presse.

Pour ces patients, ce sont des situations extrêmement invalidantes et pénibles, mettant grandement à mal leur qualité de vie. Si vous persistez à refuser ce remboursement pour des raisons budgétaires, malgré les autorisations qui existent dans d'autres pays, je propose que, pour les pharmacies, les officines hospitalières et les centres de dialyse, un accord puisse être conclu sur la base du prix pratiqué en France, de manière à pouvoir commander ce médicament, y compris au travers d'une autorisation du médecin de la mutuelle pour des prurits extrêmement invalidants et qui résistent aux autres traitements. En tout cas, il importe que ces patients puissent en bénéficier avec une prise en charge au coût plus raisonnable, au regard du prix appliqué dans un pays plus vaste tel que la France.

Vous ne devez pas seulement vous occuper des patients qui occupent la Une des médias, mais aussi de ceux qui souffrent d'une qualité de vie très compliquée et qui pourraient, pour certains d'entre eux, entretenir l'espoir d'une amélioration de celle-ci.

Monsieur le ministre, vous ne me regardez pas, vous ne me répondez pas, mais j'ose espérer malgré tout, parce que la solidarité ne vaut pas seulement pour la Une des médias, mais aussi pour les patients oubliés. Je vous remercie.

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

08 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de test 'pro brain natriuretic peptide' (opvolgvraag)" (55041307C)**

07 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de l'analyse du peptide natriurétique de type B (question de suivi)" (55041307C)**

08.01 **Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, mijn vraag is een opvolgvraag over de zogenaamde proBNP-test. Die kan helpen om hartfalen te diagnosticeren of uit te sluiten. Als antwoord op de vorige vraag gaf u aan dat de terugbetaling van die test zinvol en wenselijk zou zijn, maar als ik me niet vergis, is er tot op heden nog geen terugbetaling. Graag zou ik willen weten wat hier de redenen voor zijn.

Hebt u cijfers over het aantal keren dat de test wordt uitgevoerd en de prijs die daarvoor wordt gevraagd? Hoeveel budget is er nodig om de test te laten terugbetalen?

Zou die test ook een besparing kunnen opleveren op andere vlakken?

Wanneer denkt u dat de test zal worden terugbetaald?

08.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Het klopt dat er momenteel geen terugbetaling is voor die test door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De kwestie werd besproken in de Technisch Geneeskundige Raad, maar men vond het geen goede beslissing om een en ander terug te betalen, rekening houdend met de kosten en de beschikbare budgetten. Het gevolg is natuurlijk dat het RIZIV ook geen zicht heeft op het aantal keren dat een test jaarlijks wordt uitgevoerd.

Welk budget is er nodig? Dat hangt onder meer af van het honorarium dat wordt toegekend voor het uitvoeren van de test en van de omvang van de doelgroep waarvoor in een terugbetaling wordt voorzien. Via de procedure voor aanvraag voor terugbetalingen voor IVD's werd recent een dossier ingediend. Dat zal behandeld worden volgens de gangbare procedures. Alle informatie over de procedure kan men terugvinden op de website van het RIZIV.

Tijdens de besprekingen van dit dossier binnen de Technisch Geneeskundige Raad zal de budgetimpact besproken worden, alsook mogelijke besparingen die verbonden kunnen zijn aan het gebruik van die tests voor bepaalde doelgroepen. Daarop kan ik momenteel niet vooruitlopen. Het moet eerst goed bekeken worden binnen de Technisch Geneeskundige Raad.

08.03 **Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, u had zelf in uw antwoord op de vorige vraag al aangegeven dat het volgens u een zinvolle test was. Ik verneem dat ook. De test zou breed beschikbaar moeten zijn en zou op termijn behoorlijk wat gezondheidswinst kunnen opleveren. Aangezien er toch zo'n test beschikbaar is, vind ik het vreemd dat er nog geen grondig onderzoek is gebeurd naar de kosten, ook op lange termijn, en de baten qua gezondheidswinst en besparingen op andere vlakken. Ik vind het wat jammer dat u puur afgaat op wat er binnen de Technisch Geneeskundige Raad wordt beslist. Ik zou verwachten dat zulke zaken prioriteit krijgen. Het gaat immers vaak om ernstige aandoeningen die met de test tijdig zouden kunnen worden opgespoord.

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

09 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oplichting van onze sociale zekerheid door identiteitsfraude" (55041312C)

08 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'escroquerie à la sécurité sociale par la fraude à l'identité" (55041312C)

09.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, *Doorbraak* berichtte op 31 januari over Marokkaanse Belgen die niet-verzekerde familieleden uit het thuisland in Belgische ziekenhuizen laten behandelen. Hiervoor gebruiken de buitenlandse patiënten de identiteit van hun Belgische verwanten, waardoor de medische prestaties of geneesmiddelen door onze sociale zekerheid vergoed worden. Volgens dokter Steven Borms gebeurt die identiteitsfraude zelfs op grote schaal in Antwerpse ziekenhuizen.

In het artikel wordt een casus besproken van een Marokkaans personeelslid dat gedurende drie jaar Marokkaanse landgenoten in het Middelheimziekenhuis op zijn naam liet behandelen. Was u hiervan op de hoogte? Werd hierover ooit klacht ingediend? Zo ja, wat werd hiermee dan gedaan?

In het artikel wordt vermeld dat een audit in een Brussels ziekenhuis aan het licht bracht dat een directeur miljoenen versluisde naar Spanje en geneesmiddelen smokkelde naar Azerbeidzjan. Kunt u hier meer duiding over geven? Werd die directeur vervolgd?

Werden door artsen, ziekenhuizen of mutualiteiten klachten ingediend om identiteitsfraude in het algemeen te melden? Wat werd met die klachten gedaan? Hoe kan men dit melden?

Volgens een arts zou er veel misbruik naar boven komen, mochten ziekenhuizen verplicht worden om audits te laten uitvoeren. Wanneer worden nu audits in ziekenhuizen uitgevoerd? Vindt u het een goed idee om verplichte audits in ziekenhuizen te laten uitvoeren in het kader van fraudepreventie of -detectie?

Hoe worden de controles door de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV uitgevoerd, zowel de controles van de patiënten als de controles van de zorgverstrekkers?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, het veralgemeend gebruik van de eID in de gezondheidszorg wordt door het RIZIV sterk gestimuleerd en uitgerold. Het gebruik ervan heeft onder meer tot doel de unieke identificatie van de burger, zodat de facturatie en opvolging van de patiënt in zijn gezondheidstraject correct kunnen verlopen. Misbruik, zoals beschreven in het artikel van *Doorbraak*, en het doorgeven van eID's verhindert uiteraard die doelstelling.

Het proactief opsporen van mogelijk misbruik met de eID, bijvoorbeeld via data-analyse, is niet evident daar de tarificatie gebeurt op de eID van een patiënt met recht op terugbetaling van gezondheidszorg in België.

Het RIZIV kent twee inspectiediensten, de Dienst voor administratieve controle en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Het is de verantwoordelijkheid van die diensten om opmerkelijke situaties te detecteren en aan te pakken, bijvoorbeeld een niet-coherente opeenvolging van onderzoeken, testen of therapieën of welke fraude dan ook. Beide diensten stellen vast dat er de afgelopen jaren geen meldingen van mogelijke identiteitsfraude zijn geweest.

Los van die vaststelling besteedt het RIZIV samen met de verzekeringsinstellingen veel aandacht aan het gebruik van de eID in diverse sectoren van de gezondheidszorg via het actieplan 'Handhaving in de gezondheidszorg 2024-2026', goedgekeurd door de algemene raad van het RIZIV op 29 januari 2024.

Dit actieplan bevat een actiepunt betreffende de eID, namelijk "realiteitscheck, verplichte elektronische verificatie van de identiteit van de patiënt als voorwaarde voor de facturatie". Diverse doelstellingen om misbruiken tegen te gaan werden geformuleerd: ten eerste, de uitrol van het gebruik van de eID in de volgende sectoren: de ziekenhuizen, de tandartsen, de apothekers, de kinesitherapeuten, de artsen, de vroedvrouwen en de logopedisten; ten tweede, een analyse van de biometrische identificatie in plaats van de eID als alternatief voor een laagdrempelige en minder fraudegevoelige manier om aangerekende zorgen te linken aan daadwerkelijke contacten met de verzekerde; ten derde, analyse

van de mogelijkheid van eHealth *timestamping* en, ten vierde, evaluatie van de optie dubbele lezing, die in verhouding staat tot de bijkomende administratieve lasten. Een dubbele eID-lezing van zorgverlener en patiënt aan de start en aan het einde maakt het mogelijk de tijdsduur per contact te kennen en dus ook een proxy te vormen van de kwaliteit en de realiteit van de zorg in functie van de geattesteerde verstrekkingen. Tot daar de verschillende pistes.

De opvolging van het actieplan gebeurt via de Anti-fraudecommissie van het RIZIV (CAFC). Er is niet voorzien in een jaarlijkse rapportering aan de algemene raad betreffende de uitvoering van het actieplan.

Inzake mogelijk misbruik in de ziekenhuizen ontving het RIZIV geen meldingen. De Cel Audit Ziekenhuizen van het RIZIV richt zich eerder op audits over het verhogen van de kwaliteit, performantie, conformiteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg georganiseerd en geleverd door de ziekenhuizen, bijvoorbeeld op basis van *guidelines* uit KCE-rapporten.

09.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Er bestaan veel pistes om fraude tegen te gaan, maar blijkbaar zijn ze niet doeltreffend genoeg als we het artikel in *Doorbraak* mogen geloven.

De e-ID heeft als bedoeling fraude tegen te gaan, maar blijkbaar wordt dat omzeild. Een van de geciteerde dokters zei namelijk dat het bijna onmogelijk is om op basis van een identiteitskaart te controleren of men Abdul uit Berchem dan wel zijn broer Mohammed uit Marokko behandelt. Dat is natuurlijk waar, maar als het om Fatima en Abdul gaat, is het wel gemakkelijker. Ook zegt een dokter dat Fatima smeekt, de laatste tijd alsmaar minder beleefd, om haar nonkel toch maar te behandelen op haar kosten. Het is dus een vicieuze cirkel. De hier bedoelde Marokkanen gaan in de fout, maar de zorgverstrekkers die daaraan meewerken evenzeer.

Een audit beoogt vooral kwaliteit, zoals u zegt, maar misschien is het goed om ook eens een audit uit te voeren naar fraudezaken in dezen. Onze sociale zekerheid staat nu immers al serieus onder druk en we mogen zeker niet tolereren dat dergelijk misbruik bon ton wordt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les tests salivaires pour détecter l'endométriose" (55041319C)

10 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Speekseltests voor endometriosescreening" (55041319C)

10.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, la Haute Autorité de santé (HAS) en France a évalué un test salivaire appelé Endotest pour détecter l'endométriose chez les femmes. Ce test, développé par Ziwig, permettrait de diagnostiquer la maladie à 95 % de manière moins invasive que les méthodes actuelles comme la coéloscopie. Il consiste en un prélèvement de salive contenant des micro-ARN suivi d'un séquençage et d'une analyse par intelligence artificielle. Bien que prometteur, la Haute Autorité de santé demande des études complémentaires pour évaluer son utilité clinique avant de généraliser le remboursement.

Actuellement, ce test est vendu dans plusieurs pays. Il est assez coûteux (800 euros) en raison de la technique de séquençage utilisée. Une nouvelle version du test est en préparation pour mieux cibler les traitements en fonction des caractéristiques de la maladie chez chaque patiente.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous indiquer si l'AFMPS a eu connaissance de ce test et a déjà autorisé son utilisation en Belgique? Quelles mesures comptez-vous prendre afin de faciliter l'accès à ce test tout en garantissant son utilisation appropriée et en minimisant son coût pour les patientes?

Je vous remercie pour votre réponse.

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, l'AFMPS a connaissance de ce test et a déjà reçu plusieurs questions sur ce dispositif. Les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* doivent porter le marquage CE pour être mis sur le marché et peuvent circuler librement sur le marché

européen. Ils ne nécessitent donc pas d'autorisation de mise sur le marché.

Pour mettre sur le marché européen un IVD, le fabricant doit appliquer la procédure d'évaluation de la conformité stipulée à l'article 48 de l'IVDR *In vitro diagnostic regulation*. Le marquage CE apposé sur un IVD garantit que les exigences générales en matière de sécurité et de performance de l'IVDR sont respectées dans les conditions d'utilisation prévues par le fabricant. Pour la plupart des IVD sous l'IVDR, l'apposition du marquage CE doit d'abord être approuvée par un organisme notifié. Un organisme notifié est une organisation privée désignée et notifiée par les autorités compétentes des États membres. Les organismes notifiés belges sont désignés par l'AFMPS.

Pour être désignés, ces organismes notifiés doivent respecter certaines exigences en matière de connaissances, d'expérience, d'indépendance et de ressources en vue de mener des évaluations de conformité.

Une fois que le fabricant a obtenu une certification par un organisme notifié, il peut apposer sur l'emballage, sur le dispositif et dans la notice d'utilisation, le marquage CE suivi des quatre chiffres faisant référence à l'organisme notifié. Voilà pour la procédure.

L'AFMPS n'a pas connaissance de la disponibilité de ce dispositif sur le territoire belge. Vous le savez, vous l'avez dit aussi, l'endométriose est une affection fréquente, chronique et complexe, dont les manifestations varient considérablement d'une patiente à l'autre.

Une étude du KCE est en cours. Les résultats de cette étude aideront les décideurs politiques à organiser plus efficacement les soins des personnes atteintes d'endométriose ou en suspicion d'endométriose. Il n'y a pas d'unanimité, vous le savez, quant à son origine et aux thérapies de traitement. Il n'y a pas d'approche de traitement unique qui apporte un soulagement concluant des symptômes pour chaque patiente, sans même parler d'une guérison. C'est pourquoi le rapport du KCE sur les directives cliniques pour le traitement de l'endométriose est une première étape essentielle. J'ai d'ailleurs demandé au KCE d'accélérer le calendrier de cette étude et de la clôturer au premier trimestre 2024. Cette étude est importante pour pouvoir organiser une série de recommandations concernant l'optimisation, non seulement du diagnostic, mais aussi du paysage des traitements.

Un test salivaire permet apparemment de détecter avec une fiabilité importante si certaines personnes sont atteintes ou non d'endométriose. À ce jour, l'INAMI n'a pas reçu de demande de remboursement de ce nouveau dispositif. Si cette demande devait arriver, elle serait analysée suivant la procédure normale prévue à cet effet. Voilà ma réponse.

10.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, merci pour cette réponse complète. J'espère que ce test salivaire sera bien pris en compte dans l'étude du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Si on peut permettre à certaines personnes, surtout les plus jeunes, d'éviter cinq ans d'errance de diagnostic et d'être prises en charge beaucoup plus tôt, avant qu'elles n'aient des douleurs chroniques, ce serait déjà une belle avancée au niveau du diagnostic, même si nous n'en sommes pas encore à des avancées au niveau de la guérison.

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

11 Vraag van Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evolutie in het dossier van de erkenning van de klinisch seksuologen" (55041346C)

10 Question de Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évolution du dossier de la reconnaissance des sexologues cliniciens" (55041346C)

11.01 Nathalie Muylle (cd&v): Mijnheer de minister, ik kom graag nog eens terug op een ander dossier dat ook een rode draad was door deze legislatuur, met name de erkenning van de klinisch seksuologen.

U weet dat daarover twee adviezen bestaan. Het eerste advies is van de Hoge Gezondheidsraad en dateert van een aantal jaren geleden. Een bijkomend advies werd verstrekt door de nieuwe Federale Raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen. Die visies lagen nogal ver uit elkaar. De ene raad sprak duidelijk van een autonome invulling van de klinisch seksuologen, de andere zou eerder uitgaan van een soort subdiscipline die, zoals in het geval van psychotherapie, enkel uitgeoefend kan worden

door klinisch psychologen en orthopedagogen.

Dat stoot dan weer op heel wat verzuchtingen vanuit het werkveld. Daarover hebben we al enkele keren met elkaar kunnen spreken. U hebt toen gezegd dat u de nodige tijd wilde nemen voor dat dossier en dat u een werkgroep wilde oprichten. Vorig jaar zei u nog dat u dat echt grondig wilde analyseren. U gaf toen de indruk naar de autonome erkenning te neigen, maar u wilde zich geen tijdsschema laten opleggen.

We zijn intussen een klein jaar verder. Ik hoor in de wandelgangen dat er een aantal dingen in beweging zouden zijn. Klopt dat? U weet dat er nog een aantal initiatieven in het Parlement voorliggen, in deze commissie, die eerder aansluiten bij het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Mijn vraag is of we nog iets van u kunnen verwachten, mijnheer de minister?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Muylle, op dit moment kan ik eigenlijk geen nieuwe ontwikkelingen melden in dit dossier

Mijn administratie en de Federale Raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen zijn de laatste maanden zeer druk bezig geweest met andere dossiers die prioritair behandeld moesten worden. Het gaat dan onder andere over de organisatie van de professionele stage. Er was dus de voorbije maanden een probleem van tijd. Het is ook een complex onderwerp dat veel aandacht vereist. Dat hebben we hier ook al besproken. Ik zou in deze legislatuur nog stappen vooruit willen zetten. Dat kan ik u niet beloven, maar ik zou het wel willen. Ik denk evenwel dat dit wellicht niet meer afgerond zal kunnen worden. Ik ben onvoldoende zeker over de timing om u nu op dit moment concretere informatie te geven.

11.03 **Nathalie Muylle** (cd&v): Mijnheer de minister, ik kan u enkel zeggen dat er, wanneer u inspiratie zoekt om stappen vooruit te zetten, in de Kamer initiatieven voorliggen waarin een deel van het werk al is vervat en waarvoor op het werkveld een groot draagvlak bestaat. Wij kunnen het u dus eigenlijk makkelijk maken.

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

12 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De plaatsingsprocedure voor het rescEU-project" (55041209C)**

11 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procédure de passation du projet rescEU" (55041209C)**

12.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik herhaal en vervolledig een vraag die ik u al meerdere malen heb gesteld en waarover ik u ook een brief heb gestuurd op 16 januari 2024, waarop ik nog geen antwoord heb gekregen.

De gunning van het rescEU-project door de EU aan België dateert van 22 maart 2022. Wist men voordien al dat het project zou worden gegund? Welke bevestiging had men voordien? Hoe kon men op 4 maart 2022 al een marktbevraging doen? Eigenlijk is dat niet logisch. Het zou logischer zijn dat de vraag pas komt, nadat de bevestiging en de vraag van Europa komt. Wanneer heeft België een voorstel aan de EU voor het rescEU-budget gedaan? Van wanneer dateert het telefoontje aan Movianto hierover? Wanneer werd de FOD voor het eerst op de hoogte gebracht van het bestaan van het project? Wie heeft dat projectvoorstel bij de EU ingediend en wanneer?

In de procedure werden Essers, DHL, Kuehne+Nagel, Van Moer Logistics, Ziegler en Movianto Belgium gecontacteerd. Van alle gecontacteerde bedrijven bleek, zo geeft u aan, alleen Movianto in staat de diensten te leveren op de termijn die de FOD vooropstelde. Kunt u mij de nota's bezorgen waaruit blijkt dat Movianto de enige overblijvende partner was? Wie maakte die rapporten op en aan wie werd er gerapporteerd?

De pv's van die gesprekken heb ik opgevraagd, ik heb ze echter nog niet ontvangen. Ik dring dus nogmaals aan.

Graag had ik volgende verduidelijking ook van u gehoord. Werd Movianto op 4 maart zowel telefonisch

als per mail gecontacteerd, enkel telefonisch of enkel per mail? Door wie?

Bij mijn weten is een pv van meeting verplicht bij een plaatsingsprocedure. Kunt u dat beamen? Zo niet, op welke wet baseert u zich?

Als de pv's dan toch niet bestaan, met welke personen met welke functie had u contact in het kader van het rescEU-project?

Wie heeft de bedrijven namens de FOD gecontacteerd? Was dat één persoon? Wie was dat? Aan wie werd er gerapporteerd, in welke vorm? Graag had ik de rapporten ontvangen.

Wat is de exacte vraag die aan die bedrijven/personen werd gesteld? Al die bedrijven werden voor het eerst op 4 maart gecontacteerd, zo gaf u aan in de commissievergadering van 30 januari 2023. Kunt u dat beamen?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, in de schriftelijke voorbereiding stelt u negen vragen en die zal ik een voor een aflopen.

Ten eerste, zoals aangegeven in vraag nr. 55039504C, kwam de vraag om RescEU Ukraine op te starten van de Europese Commissie. Die wilde een antwoord bieden aan de bedrijven die medisch en farmaceutisch materiaal aan Oekraïne wilden doneren, maar daarvoor niet direct een logistieke mogelijkheid zagen. De FOD Binnenlandse Zaken werd op de hoogte gebracht van dat project in het kader van UCPM en contacteerde de FOD Volksgezondheid in februari 2022. De eerste mail daarover werd ontvangen bij de FOD Volksgezondheid op 2 maart 2022. Na een aantal informele gesprekken over de mogelijkheid dat België zou optreden, werd de officiële oproep vanuit de Commissie tot het indienen van aanvragen gelanceerd op 17 maart 2022. Op 23 maart 2022 heeft België zijn aanvraag ingediend met een bijgevoegde budgetbeoordeling, zoals vereist in de oproep tot het indienen van aanvragen. Voor zover wij weten, was België de enige kandidaat. Andere landen concentreerden hun wederzijdse hulp op andere acties of gebieden.

Movianto werd gecontacteerd, naast andere bedrijven, tijdens het marktonderzoek, allemaal voor de eerste keer op 4 maart 2022. De resultaten van dat marktonderzoek waren absoluut nodig voor de Belgische offerte, omdat het nodig was om reële logistieke capaciteiten en een realistisch budget in het voorstel te beschrijven in overeenstemming met de marktprijzen.

In antwoord op uw tweede vraag werd de aanvraag ingediend door de dienst Crisisbeheer van de FOD Volksgezondheid op 23 maart 2022.

Inzake uw derde vraag is het toekenningsverslag verstrekt als onderdeel van het antwoord op uw vraag 55039504C.

Ik kom tot uw vierde vraag. Een marktonderzoek werd verricht waarbij medewerkers van de FOD per e-mail en telefoon contact opnamen met verschillende bedrijven. Zo werden op 4 maart 2022 e-mails uitgewisseld met onder meer DHL Farma Logistics, Movianto, Ziegler, Kuehne+Nagel en Van Moer Logistics. In die mails wordt onder meer verwezen naar de Europese Commissie als opdrachtgever, de zeer korte termijn en het confidentieel karakter van het project. Er werd onder meer gevraagd naar capaciteit en prijzen voor opslag en transport. Daarbij wordt vermeld: "Dit project zal een aantal weken of maanden omvatten. De totale omvang is helaas nog onduidelijk. De opslag zou op korte termijn moeten kunnen plaatsvinden. Met andere woorden, onze vraag is welke capaciteit onmiddellijk beschikbaar zou zijn."

Movianto was het enige bedrijf dat in staat was om dat project op korte termijn op te nemen. De andere gecontacteerde bedrijven beschikten niet over de nodige capaciteit en/of waren niet snel bereid om op korte termijn het project op te starten. Op 8 maart 2022 was er overleg met Movianto. Dat overleg vond online plaats. Die vergadering werd genotuleerd.

Dan kom ik aan uw vijfde vraag. Het is duidelijk dat er in het dossier sprake was van urgentie, zoals ook blijkt uit het geschetste tijdsverloop. De ondernomen stappen werden intern gedocumenteerd, zoals de e-mails van 4 maart 2022. Van het overleg met Movianto op 8 maart bestaan notulen.

Voor uw zesde en zevende vraag verwijs ik naar mijn antwoord op uw vierde vraag. De gesprekken werden gevoerd door de medewerkers van de dienst Crisisbeheer van de diensten van de voorzitter van de FOD VVVL.

Voor uw achtste vraag verwijs ik naar mijn antwoord op uw vierde vraag.

Dan kom ik aan uw negende vraag. Op 4 maart werden al die bedrijven gecontacteerd.

12.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt mij niet geantwoord of Movianto alleen per mail of telefonisch en per mail of alleen telefonisch werd gecontacteerd. Er is wel een mail, maar werd er ook getelefoneerd, zoals te lezen staat in bepaalde verklaringen? Dat had ik graag geweten.

Mijnheer de minister, ik heb de verslagen opgevraagd. Ik zou ze graag inzien. U hebt de gewoonte om te citeren, maar ik ben in de loop van heel het dossier al vaker op een onwaarheid of onvolledigheid gestoten. Het lijkt mij een evidentie dat u die rapporten ter beschikking stelt van het Parlement. U hebt notulen. Geef die notulen. Ik heb ze opgevraagd per brief. Ik vraag het u nu mondeling. Ik zal naar de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten stappen. Toon ons de feiten, mijnheer de minister. Wees transparant. Dat bent u in die dossiers totaal niet.

U geeft in de hele kwestie betreffende Movianto en Medista telkens aan dat u op zoek ging naar concurrentie. Wanneer uw diensten evenwel vaststellen dat alleen Movianto kan leveren wat gevraagd wordt, hoe komt het dan in godsnaam dat u de partner waarmee u op dat moment samenwerkt, zijnde Medista, niet eens bevraagt? Hoe rijmt u dat met uw pleidooi voor meer concurrentie en betere prijzen? Ik kan er nog steeds niet aan uit. U had op 8 maart een gesprek met een firma over een project dat u nog niet eens had ingediend. De tijdslijn klopt, net zoals zoveel andere tijdslijnen in de grote dossiers, niet, mijnheer de minister.

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

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Flexible Freezer van Pfizer" (55041367C)

12 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Flexible Freezer de Pfizer" (55041367C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in december 2021 kondigde de firma Pfizer een grote investering aan in Puurs. Dat verwelkomen we natuurlijk altijd. Er zou een nieuw vulcomplex voor vaccins worden geplaatst en ook een grote vriescapaciteit worden ontwikkeld voor de stockering van mRNA-vaccins. De bouw van dergelijke vriezers is zeer complex. Geneesmiddelen op basis van mRNA zijn biologische geneesmiddelen, dus het invriezen ervan is essentieel.

Bij mijn weten waren er plannen voor twee vriezers waarin telkens 6 miljard vaccins gestockeerd zouden kunnen worden. Een van die vriezers zou gevalideerd en gecertificeerd zijn door het FAGG. Werd de FOD Volksgezondheid of het FAGG betrokken bij de bouw van die vriezers? Zo ja, wat was hun rol? Wie was de verantwoordelijke ambtenaar in het project?

Werden voor de bouw van de vriezers subsidies toegekend, federaal of Europees?

Kunt u mij duiden wat de stand van zaken van de bouw is?

Er werd maar een vriezer gevalideerd en gecertificeerd door het FAGG. Voor de andere is dat nog niet het geval volgens mijn informatie. Tegen wanneer zou de tweede vriezer operationeel zijn? Hebt u daarover informatie?

Kadert dit project in het EU4Health-programma, de EU Work FAB of het grotere HERA? Kunt u hier wat duiding bij geven? Hoeveel middelen werden hiervoor gealloceerd?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, wat uw eerste vraag betreft, is het FAGG bevoegd om de installaties te valideren door middel van GMP-inspecties als zij eenmaal voltooid zijn. De inspecties werden in verschillende fases uitgevoerd naarmate de installaties werden voltooid.

Wat uw tweede vraag betreft, werden door mijn diensten geen subsidies toegekend.

Inzake uw derde vraag zijn de installaties afgewerkt en gevalideerd.

Wat uw vierde vraag betreft, zijn beide opslagruimtes gecertificeerd.

In antwoord op uw zesde vraag kunnen, wat het FAGG betreft, beide installaties worden gebruikt. Het effectieve gebruik hangt af van de betrokken firma.

Wat uw zesde vraag betreft, laten het FAGG en de FOD Volksgezondheid mij weten dat er, volgens hun informatie, geen verband bestaat met EU4Health, EU Work FAB of HERA.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het gaat volledig in tegen de informatie waarover ik beschik. Ik zal dat verder onderzoeken. Volgens de bevoegde firma's is een van die vriezers helemaal afgesloten, niet gevalideerd, dicht. Ik hoop echt dat dit geen volgend Medista- of Moviantoverhaal is, en dat uw informatie dus klopt en de mijne niet. Ik zal dat nagaan, maar ik vind het wel heel vreemd. Ik herhaal dat een van de twee vriezers afgesloten is, niet wordt gebruikt en niet gecertificeerd noch gevalideerd is. Dat heb ik vernomen van mensen die van tijd tot tijd op de site aanwezig zijn, dus ik denk dat we hierop nog zullen terugkomen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vernietiging van COVID-19-vaccins" (55041377C)

13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La destruction de vaccins contre le Covid-19" (55041377C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, volgens een recent onderzoek van *Politico* zijn ten minste 215 miljoen dosissen covidvaccins vernietigd die door de Europese landen waren aangekocht tijdens de piek van de pandemie. De geschatte kostprijs voor de belastingbetaler is vier miljard euro. Er wordt zelfs aangegeven dat het bedrag mogelijk een onderschatting is. De analyse onthult dat de EU-landen, inclusief ons land, gezamenlijk 1,5 miljard dosissen hebben ontvangen, wat resulteert in een gemiddelde verspilling van 0,7 prikken per lid van de bevolking.

Kunt u gedetailleerde informatie verstrekken over het aantal covidvaccindosissen dat België heeft aangekocht sinds het begin van de vaccinatiecampagne en over de hoeveelheid vaccins die ondertussen zijn afgedankt?

Bent u op de hoogte van het Politicorapport waarin wordt aangegeven dat EU-landen, waaronder België, een aanzienlijk aantal covidvaccins hebben afgedankt? Indien ja, welke maatregelen treft de regering om het probleem aan te pakken en bijkomende verspilling te voorkomen?

Heeft België uitdagingen ondervonden bij het coördineren van de distributie en het gebruik van vaccins? Zijn er plannen om de vaccinaankoopstrategie te herzien en te optimaliseren om in de toekomst onnodige verspilling te voorkomen?

Ik kom ook nog even terug op de bezorgdheid die werd geuit over het onderhandelingsproces voor de vaccincontracten op EU-niveau. Kan de regering verzekeren dat de aankoop van de covidvaccins op een transparante en kosteneffectieve manier werd uitgevoerd?

Ik heb herhaaldelijk inzage gevraagd in vaccincontracten en ze niet gekregen. Is het nu wel mogelijk ze te ontvangen? Hoeveel vaccindosissen zijn er door ons land aan het COVAX-programma geschonken?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, u hebt zes vragen gesteld.

Op uw eerste vraag kan ik antwoorden dat België sinds het begin van de vaccinatiecampagne ongeveer 57,8 miljoen officiële dosissen covidvaccins heeft aangekocht en betaald. Tot op heden zijn 3.558.100

dosissen vernietigd.

Ik ben op de hoogte van het artikel in *Politico*. Het is een interessant artikel. België komt als vierde beste land op negentien landen uit dat onderzoek. Wij doen het heel goed in die rangschikking. We behoren tot een groepje landen waar de *number of wasted vaccines* veel lager is dan in het peloton van de landen. Ik ben blij dat u dat artikel kent. U zou dat overal moeten verspreiden. We komen daar zeer goed uit.

Om verspilling te voorkomen, hebben we bepaalde contracten afgebouwd en blijven we de behoefte evalueren met de deelstaten en experts. Zelfs als we de hoeveelheden bepalen op basis van de doelgroep kunnen we de vaccinatiegraad natuurlijk niet met zekerheid voorspellen.

De verdeling van vaccins in 2023 via voor het publiek opengestelde apotheken is een doorslaand succes. Bovendien is het enige lopende contract recent herzien om beter aan de behoeften te voldoen en zo verspilling te voorkomen. Er is geen herziening op korte termijn gepland. Twee andere contracten worden momenteel besproken, waaronder flacons met minder dosissen of zelfs een enkele dosis om verspilling te beperken en de verdeling via de gebruikelijke kanalen te vergemakkelijken. De lidstaten hebben nog geen standpunt hoeven in te nemen over vaste aankopen, aangezien het nog maar het begin van de aankoopprocedure is.

De aankoop van coronavaccins wordt georganiseerd door het DG HERA, door middel van Europese *joint procurements*, waarvoor de deelstaten en deskundigen in alle transparantie worden geraadpleegd over de hoeveelheden, de types en de formuleringen van de voorgestelde vaccins. Onderhandelen op Europees niveau geeft ons een grotere onderhandelingsmacht, niet in het minst op financieel vlak, wat ons op zijn beurt toelaat om meer competitieve prijzen te verkrijgen.

Zoals u weet, zijn die contracten onderworpen aan vertrouwelijkheidsverplichtingen en communicatie over prijzen en andere contractuele bepalingen is daarom niet mogelijk.

België stelde via Gavi 12.586.790 dosissen voor aan het COVAX-programma, waarvan er 11.411.860 werden aanvaard en ook geleverd.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, goed nieuws is altijd leuk om te brengen, maar laten we dat eens overlopen. U hebt het over 3,5 miljoen vaccins die vernietigd zijn. Ik had graag van u vernomen hoeveel er vervallen zijn, want dat zegt u niet. Hoeveel vervallen vaccins zijn er nog gestockeerd? Ik denk dat we dan een ander beeld zullen krijgen. Geen paniek, die vraag komt straks nog aan bod.

Een tweede feit is dat u uw plaats op de lijst in de Europese rangschikking van het COVAX-initiatief heeft kunnen opsmukken. Er werden 11 miljoen vaccins aan het COVAX-initiatief gegeven. Ook daar zou het eerlijk zijn om te bekijken hoeveel van die vaccins er daadwerkelijk in de arm van een patiënt zijn terechtgekomen en hoeveel vaccins er nog liggen te vervallen? Pas wanneer die cijfers aan Europa en aan *Politico* worden doorgegeven, zullen we een echt beeld van de aankopen krijgen.

Tot slot, als vaccincontracten niet met parlementsleden worden gedeeld, is dat opnieuw geen toonbeeld van transparantie, mijnheer de minister.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Vanessa Matz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les orthoptistes et optométristes" (55041374C)

15 Vraag van Vanessa Matz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De orthoptisten en optometristen" (55041374C)

15.01 Vanessa Matz (Les Engagés): Monsieur le ministre, la question de l'accessibilité aux soins oculaires est importante et se pose avec une intensité particulière vu les difficultés rencontrées par les citoyens pour consulter un ophtalmologue.

Mais il est également essentiel d'offrir à chaque citoyen des soins de qualité effectués par des

professionnels de la santé bien formés.

L'arrêté royal du 7 octobre 2022 relatif aux professions d'orthoptiste et d'optométriste détermine les critères d'agrément, liste les actes et prestations qu'ils peuvent accomplir et prévoit des dispositions modificatives et transitoires.

Une concertation est-elle actuellement menée avec les professionnels de la santé concernés (les orthoptistes et optométristes, les ophtalmologues,...) au sujet des actes qui peuvent être pratiqués par les orthoptistes et optométristes et des éventuelles modifications à apporter à l'arrêté royal du 7 octobre 2022? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous éclairer sur les conclusions de cette concertation? Dans la négative, comptez-vous organiser une telle concertation?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Sur l'avis des organes d'avis compétents ayant rassemblé les différents groupes d'intérêt (les orthoptistes et optométristes, les ophtalmologues, les opticiens), les médecins du Conseil supérieur, des membres du Conseil fédéral et de la Commission technique des professions paramédicales et des représentants de l'enseignement et des Communautés, une nouvelle législation a été élaborée: l'arrêté royal du 7 octobre 2022.

Cette législation organise les soins oculaires paramédicaux avec deux profils de compétence distincts: orthoptie et optométrie. Elle reconnaît de ce fait officiellement la profession d'optométriste en tant que profession paramédicale depuis son entrée en vigueur et introduit toute une série de dispositions transitoires nécessaires à la suite de l'historique de ce dossier.

Les compétences des orthoptistes et optométristes sont définies pour répondre de manière cohérente aux besoins en soins de la population et aux objectifs de santé poursuivis. La formation de chacune de ces professions a été réfléchi en conséquence afin de proposer un noyau de spécialisation. Les limitations dans la liste des actes et prestations sont définies au regard de la formation afin de garantir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins pour le patient.

En conclusion, tous les actes et prestations ont été réfléchis avec les prescripteurs. La liste des nécessités de prescription médicale et les délais maximaux pour une nouvelle visite chez un ophtalmologue ont tous été émis avec, comme objectif principal, la sécurité des patients et la qualité des soins.

15.03 Vanessa Matz (Les Engagés): Merci monsieur le ministre pour votre réponse. J'entends quelques professionnels qui continuent à s'interroger sur certaines dispositions, et je ne manquerai pas de relayer leurs interrogations auprès de vous et de leur transmettre les réponses que vous aurez fournies.

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

Le **président**: Les questions n^{os} 55041377C, 55041378C et 55041379C de Mme Depoorter sont retirées.

Madame Depoorter vous avez la parole pour votre question n° 55041381C sur la campagne de sensibilisation auprès des jeunes.

15.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, het antwoord op die vraag werd ook al bezorgd.

15.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Dat klopt, maar mijn vraag is niet beantwoord. Ik stelde u de vraag hoeveel de campagne van december heeft gekost en u zei dat die kosten kunnen worden aangewend voor de communicatiegolf van 2024.

15.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja, want de campagne is niet uitgevoerd.

15.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Maar er is wel een campagne uitgewerkt. U hebt daarvoor betaald en ik wil graag weten hoeveel u daarvoor hebt betaald.

15.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik dacht dat we u een antwoord hadden gestuurd. Als u daar niet tevreden mee bent, dan moet u opnieuw een vraag indienen.

15.09 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dan zullen we alles nog eens overdoen. Als ik u vraag hoeveel het gekost heeft en u zegt dat het kan worden aangewend in de totale kosten van 1,9 miljoen, dan is dat geen antwoord. Ik zal de vraag dus opnieuw indienen.

Le **président**: Madame Depoorter vous avez la parole pour votre prochaine question n° 55041382C, over de prevalentie van blaasproblemen.

15.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, het antwoord op die vraag is nog niet beschikbaar.

15.11 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik was ervan op de hoogte gebracht dat uw medewerkers dat nog moeten checken. Ik zal die vraag houden voor de volgende vergadering.

Kunt u mij een antwoord geven op mijn vraag nr. 55041383C over de opslag van de covidvaccins?

15.12 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nee, ik heb geen antwoorden meer bij, behalve op uw vraag over de audit.

15.13 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik wil die heel graag stellen, maar we zijn eigenlijk aan het wachten op mevrouw Fonck. Ik zal alvast beginnen.

16 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Federale Interne Audit (FIA) (deel I)" (55041197C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Federale Interne Audit (FIA) (deel II)" (55041198C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onderzoek naar verdachte handelingen in de mailbox van de FOD" (55041210C)**
- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De interne federale audit inzake de overheidsopdrachten voor de logistiek i.v.m. de covidvaccins" (55041265C)**

15 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'Audit fédéral interne (FAI) (partie I)" (55041197C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'Audit fédéral interne (FAI) (partie II)" (55041198C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La recherche d'activités suspectes dans la boîte mail du SPF" (55041210C)**
- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'audit fédéral interne concernant les marchés publics de logistique des vaccins contre le Covid-19" (55041265C)**

16.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, we wachten al een tijdje op mevrouw Fonck, maar ik wil mijn vraag heel graag stellen.

Mijnheer de minister, de vraag gaat over de Federale Interne Audit (FIA). Ik ben heel blij dat u op uw stoel zit te wippen om een antwoord te geven, ik ben immers ook heel nieuwsgierig naar uw antwoord.

Nadat u op 7 december 2023 verklaarde kennis te hebben genomen van het bestaan van beeldmateriaal in de zaak Medista-Movianto, verklaarde u de dag nadien dat een forensische audit zou worden besteld bij de FIA. Nadien gaf u aan dat het om een vooronderzoek zou gaan dat de FIA zou uitvoeren.

In het advies van de Raad van State over het koninklijk besluit dat handelt over de FIA, staat dat de regering een ontwerp van koninklijk besluit voor advies heeft bezorgd aan het Auditcomité. Bijzonder daarbij is dat het ontwerp, indien het wordt gewijzigd op basis van het advies, opnieuw moet worden

bezorgd aan de Raad van State.

We kunnen wel besluiten dat, doordat de forensische audit waarover u spreekt, in het verlengde zou liggen van de budgettaire en financiële audit, zoals de wetgever in de wet van 22 mei 2003 heeft opgevat, de artikelen 2, 6, 7, § 3, en 27, § 1, van het ontwerp in feite geen rechtsgrond hebben. Zij moeten bijgevolg worden weggelaten.

In de mate waarin diezelfde bepalingen de strekking van de interne audit verruimen, hebben zij een wankel rechtsgrond, gelet op de gevolgen die een forensische audit ten aanzien van derden kan hebben. Iedere overheidsdienst of iedere instelling van openbaar nut moet immers steeds artikel 29 van het Wetboek van strafvordering naleven, ingeval het vermoeden bestaat dat er fraude, een misdaad of een strafbaar feit is gepleegd.

Mijn vragen zijn de volgende.

Waar is het eerste advies van het Auditcomité terug te vinden? Werd het advies nog aangepast? Graag kreeg ik het ontwerp in kwestie.

Graag ontving ik ook uw inschatting over het feit dat artikelen 2, 6, 7, § 3, en 27, § 1, van het ontwerp geen rechtsgrond hebben of zouden hebben.

De indruk bestaat dat de artikelen 2 en 27 overeenkomstig het advies zijn aangepast. Artikel 7 werd echter niet aangepast. Wat is de reden van de niet-aanpassing van artikel 7?

Graag vernam ik van u ook het volgende.

Wat gebeurt er wanneer de FIA op een strafbaar feit stoot? Hoe past zij artikel 29 van het Wetboek van strafvordering toe, gelet op de vermelding in het bewuste artikel dat het verplicht is daarvan dadelijk bericht te geven?

Is er een reglement dat de uitvoering van de forensische audits kadert? Zo ja, waar kan ik dat raadplegen? Zo niet, op welke wettelijke basis zal de FIA de forensische audit uitvoeren?

Wie kan info opvragen namens de FIA? Kan de minister dat? Zo ja, is daarvoor een goedkeuring van de ministerraad nodig?

Werd de brief aan Medista, waarnaar u tijdens de plenaire vergadering van 25 januari 2024 verwees, ter goedkeuring voorgelegd aan de ministerraad?

Volgens mijn informatie heeft de FIA geen mandaat om profielen aan te werven ter uitvoering van een forensische audit. Wie zal de forensische audit uitvoeren? Is hiervoor al een mandaat door de ministerraad verleend? Graag had ik het mandaat van u ontvangen, alsook de mail van de voorzitter van de FOD die naar de FIA werd verstuurd als start van het vooronderzoek, zoals u eerder hebt aangegeven in de commissievergadering van 30 januari 2024.

Ik heb ook nog een vraag over de verdachte handelingen in de mailbox van de FOD.

U zegt in vergadering van 30 januari 2024: "De scope van de audit is niet beperkt tot één professionele mailbox. Het is aan de auditeurs om te beslissen hoe zij de audit uitvoeren. De betrokken IT-partner werd hierover bevraagd en heeft ons meegedeeld dat er geen verdachte authenticatie-activiteiten met betrekking tot de mailbox zijn vastgesteld".

Geldt dat ook voor de gemeenschappelijke mailbox, mijnheer de minister? Heeft men specifiek gezocht op mailuitwisselingen tussen Movianto en de betrokken ambtenaar en niet enkel op het wissen in bulk?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, werd mijn brief aan Medista aan de ministerraad voorgelegd? Dat is niet het geval.

U kunt de mail van de voorzitter van de FOD die naar de FIA werd verstuurd als start van het vooronderzoek krijgen. Ik kan u dat laten bezorgen, dat is geen probleem.

Voorts stelt u veel vragen over de werking van de FIA. Daarover kan ik het volgende zeggen. De Federale Interne Auditdienst werd opgericht via het KB van 4 mei 2016. De FIA staat onder meer in voor het onderzoeken van mogelijke integriteitsschendingen binnen het federale openbare ambt. De FIA rapporteert over de bevindingen van die onderzoeken aan de leidinggevende ambtenaren en de verantwoordelijke ministers of staatssecretarissen. Zij staan in voor de verdere opvolging van de bevindingen van het onderzoek. De FIA voert die taken uit op basis van een dubbele juridische basis.

Ofwel gebeurt dat als intern meldingskanaal binnen een federale overheidsadministratie op basis van de wet van 8 december 2022 betreffende de meldingskanalen en de bescherming van de melders van integriteitsschendingen in de federale overheidsinstanties en bij de geïntegreerde politie alsook het koninklijk besluit betreffende de elementen van de procedures en opvolging van interne meldingen, het doel en de inhoud van de archivering van meldingen en de modaliteiten van openbare raadplegingen, vermeld in artikelen 10, § 1, vierde lid, 11, derde lid, 27, § 5, derde lid en 76, derde lid van de wet van 8 december 2022 betreffende de meldingskanalen en de bescherming van de melders van integriteitsschendingen in de federale overheidsinstanties en bij de geïntegreerde politie.

Een tweede mogelijkheid is dat de FIA optreedt als forensische auditdienst op basis van het koninklijk besluit van 4 mei 2016 tot oprichting van de Federale Interne Auditdienst, zie artikel 7, § 3. De Federale Interne Auditdienst voert ook forensische auditactiviteiten uit; artikel 7, § 3.

De FIA werkt volledig autonoom onder het toezicht van het Auditcomité van de federale overheid (ACFO), zoals in artikel 6 van het oprichtingsbesluit van de FIA gestipuleerd. Zij garandeert dan ook dat elke melding in volledige onafhankelijkheid en vertrouwelijkheid wordt behandeld.

Als u meer informatie wilt verkrijgen over de werking van de FIA, kunt u uw vragen richten aan de bevoegde ministers: de eerste minister, de minister van Ambtenarenzaken en de staatssecretaris van Begroting.

Het antwoord op uw andere vraag waarin u verwijst naar een gemeenschappelijke mailbox en dergelijke, luidt als volgt.

Ten eerste bevat het verslag van de commissie van 30 januari 2024 de volgende passage: "Ten derde, de scope van de lopende forensische audit is niet beperkt tot één professionele mailbox. Het doel van de audit is om de volgende zaken te analyseren als onderdeel van een vooronderzoek: de geschiedenis van openbare aanbestedingen en geschillen met Medista; de ontwikkeling en opstelling van de aanbesteding 2022STRSTK; de toewijzingsprocedure van de aanbestedingsprocedure van de aanbesteding 2022STRSTK, met name de communicatie van de administratie met verschillende inschrijvers en de naleving van het gelijkheidsbeginsel; en alle relevante gebeurtenissen na de toewijzing van de openbare aanbesteding.

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

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

Dat is een citaat uit het verslag van de commissievergadering van 30 januari 2024.

Het door u verkort aangehaalde citaat gaat dus over twee verschillende zaken. De eerste twee hierboven aangehaalde paragrafen hebben betrekking op de lopende forensische audit, de laatste paragraaf heeft betrekking op de beweerde verdachte externe activiteiten met betrekking tot de mailbox.

Van de beweerde verdachte externe activiteiten werd een eerste maal melding gemaakt in een van uw parlementaire vragen. Ik verzocht u om de informatie die u daarover hebt aan de bevoegde autoriteiten te bezorgen. Ik weet niet of u dat ook gedaan hebt. In elk geval vond de bevraging van de betrokken IT-partner plaats buiten de forensische audit uitgevoerd door de FIA.

U verwijst in uw vraagstelling ook naar de gemeenschappelijke mailbox. Binnen de FOD VVVL wordt gebruikgemaakt van verschillende gemeenschappelijke mailboxen en dus niet één gemeenschappelijke mailbox.

Tot slot komt het de auditeurs toe te beslissen hoe zij de audit uitvoeren. Movianto heeft van haar zijde ook een forensische audit uitgevoerd en de conclusies van die audit met de FIA gedeeld.

16.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind dit een hallucinant antwoord. Ik ben bijna sprakeloos. Eigenlijk geeft u hier aan dat u geen rechtsgrond hebt voor het uitvoeren van een forensische audit. Met andere woorden, u kunt niet verwijzen naar een KB waarin het reglement ter uitvoering van de forensische audit gestipuleerd wordt. U verwijst naar het KB van 4 mei 2016, dat budgettaire en financiële audits in een kader giet. Volgens mijn inschatting als niet-jurist hebt u vandaag echter geen rechtsgrond voor de forensische audit. Ik zal dat laten onderzoeken, want dat is toch wel opnieuw een sleutelmoment in dit dossier, mijnheer de minister.

U hebt aangegeven dat ik de vraag aan de eerste minister moet stellen. Ik zal ze stellen aan de eerste minister, alsook aan de staatssecretaris voor Begroting. U kunt wel in de pers aankondigen dat u een forensische audit zult organiseren, maar u kunt mij niet antwoorden of u een wettelijke basis hebt om die audit uit te voeren.

U hebt een brief geschreven met betrekking tot die forensische audit. In de wet staat dat die brief door de ministerraad gevalideerd moet worden, maar u hebt net gezegd dat dit niet gebeurd is. U vraagt bewijsmateriaal via brieven die ook niet gevalideerd zijn door uw voor de FIA bevoegde collega's. Hoe zit het dan?

Ik ben zeer blij dat u hebt gezegd dat u de mail van de voorzitter zult doorsturen. U hebt dat ook al herhaaldelijk gedaan rond de nota die de bijlage is van de ministerraad van 8 december 2022. Ik hoop dat we niet in dit verhaal zullen terechtkomen en dat ik die mail effectief zal ontvangen.

Mijnheer de minister, het wordt hoe langer hoe moeilijker voor u om hier onderuit te geraken en om aan te tonen dat u echt te goeder trouw handelt. Eigenlijk hebt u gezegd dat u mij een vraag hebt gesteld en dat u hoopt dat ik het antwoord heb doorgegeven aan de FIA, maar ik heb u in de commissie een vraag gesteld, mijnheer de minister. Als ik geen antwoord krijg, zoals meestal het geval is, dan weet ik het antwoord niet. Anders zou ik het u niet vragen. Of misschien wel, om te testen of u wel de waarheid spreekt.

Laten we even recapituleren. We hebben een Auditcomité, dat wel een financiële en budgettaire audit kan uitvoeren volgens het koninklijk besluit van 4 mei 2016. Er is echter geen reglement voor het uitvoeren van een forensische audit. Hoe zult u die audit dan wettelijk gaan bepalen? Hoe zult u de belastingbetaler uitleggen dat u een onderzoek hebt gedaan naar een miljoenencontract op basis van een koninklijk besluit dat niet bestaat? Dat is de vraag die ik mij stel.

U hebt ook niet geantwoord op de vraag of er al een mandaat gegeven is aan de FIA om personeel aan te werven om die audit uit te voeren. Was u dan zo zeker dat het vooronderzoek op niets zou uitkomen? Dat is de vraag die ik mij nu openlijk stel.

16.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, j'étais occupée à intervenir en commission des Affaires sociales et j'ai accepté tout à l'heure d'attendre pour poser ma question.

Monsieur le ministre, je n'ai pas pu vous poser toute une série de questions et j'ai pris connaissance de votre réponse, mais un chat y perdrait ses petits. Vous avez d'abord annoncé vouloir procéder à un audit, et ensuite, une étude préalable qui se ferait pour un audit. Aujourd'hui, nous sommes en février, et le moins que l'on puisse dire, c'est qu'on n'a toujours pas grand-chose. Je pense même qu'on peut dire que nous n'avons rien. Vous allez nous transmettre le courriel du président du SPF sur l'audit, et j'en prendrai bien entendu connaissance, mais ce n'est pas cela qui fait avancer concrètement cette mauvaise saga et le nombre élevé de faits inacceptables.

Monsieur le ministre, si nous en sommes là aujourd'hui, c'est parce que, je vous l'ai dit depuis le début, le SPF tout comme vous étiez tenus d'appliquer l'article 29 du Code d'instruction criminelle. Je vous l'ai

demandé à plusieurs reprises, mais vous avez tous les deux fait le choix de ne pas l'appliquer. L'application de l'article 29 du Code d'instruction criminelle n'est pas une faculté mais une obligation.

Je constate aujourd'hui que non seulement vous ne l'avez pas appliqué, mais aussi que nous n'avons toujours aucun audit, aucun résultat et aucune analyse indépendante et consistante, alors que cet audit est supposé prendre en considération ce qui s'est passé au sein du SPF, ce qui s'est passé avec les interlocuteurs et d'autres entreprises extérieures et ce qui s'est passé avec le ministre, entre le ministre et le SPF, entre le ministre et Movianto – puisque vous avez apparemment eu des contacts personnels avec cette entreprise.

J'ai l'impression que vous continuez à jouer la montre. J'avais un doute il y a quelques semaines et ce doute grandit de plus en plus. Monsieur le ministre, je vous le répète, vous avez, vous et le SPF, l'obligation d'appliquer l'article 29 du Code d'instruction criminelle. Je ne comprends toujours pas pourquoi vous ne l'appliquez pas, pourquoi vous ne respectez pas cette législation, et je vous encourage, une fois de plus, à respecter cet article 29 et à vous adresser au parquet. Un dossier tel que celui-ci relève de la responsabilité du parquet, qui est censé faire toute la transparence et la vérité.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 28.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.28 uur.