

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 19 MARS 2024

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 19 MAART 2024

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 06 et présidée par M. Roberto D'Amico.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.06 uur en voorgezeten door de heer Roberto D'Amico.

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

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

01 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wachtdienst van tandartsen" (55041259C)

01 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le service de garde des dentistes" (55041259C)

01.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik trap een open deur in wanneer ik erop wijs dat het niet evident is om een tandarts te vinden, zowel voor reguliere zorg als voor spoedeisende hulp. Veel tandartsen voeren vandaag een patiëntenstop in. Zelfs als men een vaste tandarts heeft, duurt het soms maanden, vooraleer een patiënt daadwerkelijk een afspraak krijgt.

Des te problematischer wordt dat, als de pijn zo overheersend is dat de patiënt niet meer aan het dagelijkse leven kan deelnemen. Enkel ziekenhuizen zoals het UZ Leuven en het UZ Gent bieden hoogdringende hulp bij een wachtdienst via de dienst spoedgevallen. In de praktijk blijkt dergelijke spoedhulp niet overal even goed georganiseerd te zijn.

Net zoals de huisartsen zijn de tandartsen wettelijk verplicht om aan de wachtdienst deel te nemen voor het behoud van hun erkenning. Hoe zullen we ervoor te zorgen dat de tandzorg niet enkel nabij, maar ook altijd beschikbaar is voor onze bevolking, als die een zorgnood heeft.

Hebt u al signalen ontvangen over een gebrek aan toegankelijke tandheelkundige zorg bij hoogdringende gevallen of over problemen met de wachtdienst voor tandartsen?

Leven tandartsen de verplichting tot deelname aan de wachtdienst voldoende na?

Hoe evalueert u het huidige systeem van de wachtdienst voor tandartsen? Moeten we niet naar een systeem evolueren zoals dat vandaag bij de huisartsen bestaat? Voor de wachtposten wordt er gewerkt met het nummer 1733. Zou dat nummer ook niet gebruikt kunnen worden voor de wachtdienst van tandartsen?

Zijn er vandaag nog genoeg tandartsen in de ziekenhuizen voor spoedeisende gevallen? Is er wel voldoende permanentie, ook in de ziekenhuizen, om het zorgaanbod voor onze patiënten te blijven garanderen?

01.02 Minister Frank Vandenbroucke: In de eerste plaats onderstreep ik dat deelname aan wachtdiensten wettelijk verplicht is voor tandartsen. De artikelen 21 tot en met 26 van de kwaliteitswet verplichten het garanderen van de permanentie voor beoefenaars van de tandheelkunde en het ministerieel besluit van 29 maart 2002 bepaalt dat, om erkend te blijven als tandarts-generalist, de betrokken beoefenaar der tandheelkunde aan het verstrekken van gezondheidszorgen in het kader van een wachtdienst moet deelnemen. De beoefenaar van de tandheelkunde is dus verplicht zich in te

schrijven op een aanwezigheidslijst om in een bepaald geografisch gebied de nodige eerste hulp te bieden aan patiënten die dringende zorg nodig hebben en zo de continuïteit van de zorg te garanderen tijdens de avond, op werkdagen, weekends, feestdagen en erkende brugdagen.

De beroepsorganisaties die de sector vertegenwoordigen, en de Raad van de Tandheelkunde hebben in 2022 samen een geharmoniseerd reglement opgesteld voor de wachtdiensten in de tandheelkunde. De federale controlecommissie is verantwoordelijk voor het toezicht op de naleving ervan. Zij heeft het afgelopen jaar geen klachten over dat onderwerp geregistreerd, noch van patiënten, noch van instanties die de wachtdiensten organiseren. Bij gebrek aan klachten of aanwijzingen van een breed probleem lijkt het mij voorsnog niet opportuun om een proactieve controle te organiseren op de deelname van tandartsen aan de continuïteit van de zorg. Een efficiënte controle vereist bovendien vrij veel logistiek. Voorlopig handelt de federale controlecommissie dus enkel naar aanleiding van klachten.

Ziekenhuizen organiseren ook een aanwezigheidsdienst voor algemene en gespecialiseerde tandheelkunde. Sommige ziekenhuizen kunnen die dienst niet organiseren, omdat een aantal tandartsen niet bijdraagt aan de wachtdienst in ziekenhuizen. Het debat over een goede organisatie van de wachtdiensten voor tandartsen loopt evenwel nog. Het dentomutakkoord 2024-2025 besteedt daar aandacht aan. Ik citeer uit dat akkoord: "Zowel wat betreft de toegankelijkheid van tandheelkundige zorg voor patiënten buiten de normale uren (zaterdagen en zondagen, feestdagen, brugdagen), als wat betreft het comfort, de veiligheid en de correcte vergoeding van zorgverleners, zal de commissie tijdens dit akkoord bijzondere aandacht besteden aan de organisatie en financiering van de wachtdienst. Het personeel en het onderhouden van de beschikbare infrastructuur in privé tandartspraktijken tijdens georganiseerde wachtdiensten brengen aanzienlijke kosten met zich mee, die niet voldoende worden gecompenseerd door de honoraria die door het RIZIV voorzien zijn voor georganiseerde wachtdiensten. Daarnaast zou de organisatie van de wachtdienst zelf herzien kunnen worden, bijvoorbeeld door een samenwerking tot stand te brengen met de wachtposten in de huisartsgeneeskunde." Zo staat het dus in het dentomutakkoord.

Ik vind dat interessant, in die zin is uw vraag dus ook een interessante vraag. Ik pleit er sterk voor dat de actoren daarop voortwerken. Het idee in verband met het nummer 1733, dat u hebt geopperd, kan zeker gekopieerd worden voor de werking voor een tandarts met een wachtdienst. Ik hoef u evenwel niet te herinneren aan de vele problemen waarmee we bij de uitrol daarvan worden geconfronteerd. We moeten dus eerst de tweede fase van het project 1733 over alle huisartsenwachtposten uitrollen. Het is alleszins een interessante suggestie.

01.03 Nawal Farih (cd&v): Het is duidelijk dat alle tandartsen moeten deelnemen aan de wachtdiensten, willen zij hun erkenning behouden. Daarmee is ook de continuïteit voor de patiënt verzekerd. Ik heb het er lastig mee dat dat vandaag niet gebeurt in de ziekenhuizen. Kan er daarvoor geen wetgevend kader uitgewerkt worden, zodat de artsen, die in de instellingen mee bevoegd zijn voor de zorg, het nodige doen om de continuïteit van de zorg te garanderen?

De federale commissie handelt ook enkel na klachten. Op dat vlak is er meer nodig. Heel wat patiënten vinden immers de weg niet om een klacht in te dienen. Bovendien geraken heel wat patiënten niet eens bij een tandarts, omdat het zorgaanbod te klein is.

Ik pleit er ook voor om de algemene wachtdiensten te verbinden met de huisartswachtposten. Het is een politiek probleem dat de nomenclatuur onvoldoende geijkt is om de wachtdienst financieel aanvaardbaar te maken voor de artsen. We moeten daarvan werk maken omwille van de zorggarantie en we moeten het aantrekkelijker maken voor de artsen om daaraan deel te nemen.

Ik zal het dossier opvolgen; de nood is veel hoger dan wat de federale commissie vandaag laat uitschijnen.

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

02 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Diabetesmateriaal" (55041260C)

02 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le matériel pour patients diabétiques" (55041260C)

02.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, binnen de pompconventie kunnen patiënten met diabetes type 1 en enkele andere patiëntengroepen een beroep doen op een insulinepomp als alternatief voor insuline-inspuitingen.

Ik vind dat een heel goed alternatief. Het zorgt voor een betere levenskwaliteit omdat men de insuline niet meer zelf moet inspuiten, en de hoeveelheid gebaseerd kan worden op de nood van de patiënt aan een stabielere bloedsuikerregeling. Op lange termijn moeten we daar zeker verder op inzetten.

We kregen onlangs signalen dat er een verschil in tegemoetkoming zou zijn voor diabetesmateriaal, zoals ontsmettingsdoekjes en injectienaalden, tussen patiënten die bijgestaan worden door een thuisverpleegkundige en patiënten die geen beroep doen op een thuisverpleegkundige.

Klopt dat? Voor de eerste groep, die wel een beroep op een thuisverpleegkundige doet, zouden de ontsmettingsdoekjes en de injectienaalden gratis zijn, terwijl dat niet het geval is voor die tweede groep.

Ik wil u ook een vraag stellen over het gebruik van de insulinepomp. Hoeveel patiënten maken daar vandaag al gebruik van?

Voorlopig blijft de tegemoetkoming binnen de pompconventie voor een insulinepomp beperkt tot patiënten met diabetes type 1 en enkele andere patiëntengroepen. Is het de bedoeling de tegemoetkoming uit te breiden naar andere patiënten met diabetes type 2? Ik vind het echt noodzakelijk om ons daarover eens te buigen, daar de levenskwaliteit heel erg van belang is. Is er effectief een verschil voor de terugbetaling van ontsmettingsdoekjes en injectienaalden?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Farih, op basis van de geboekte uitgaven wordt het aantal diabetespatiënten dat in 2022 gebruikmaakte van een insulinepomp geschat op 5.501 volwassenen en 1.221 kinderen, dus in totaal 6.722 patiënten. Dat is een schatting, die beïnvloed kan worden door vertragingen of versnellingen in het facturatieproces.

In de praktijk gaat het vermoedelijk bijna uitsluitend om patiënten die lijden aan diabetes type 1. Er zijn geen plannen om de doelgroep van patiënten die in aanmerking komen voor een insulinepomp uit te breiden naar patiënten met diabetes type 2, buiten de type 2-patiënten die daar nu al voor in aanmerking komen. Het gaat vooral over diabetische vrouwen die zwanger zijn of die zwanger willen worden.

Er is ook nooit een vraag gekomen van de vertegenwoordigers van de endocrino-diabetologen. Het wordt dus vermoedelijk medisch niet zeer zinvol geacht. Ook van de type 1-patiënten wordt in de praktijk slechts 16 % met een insulinepomp behandeld, al loopt dat bij kinderen die lijden aan diabetes type 1 wel op tot bijna 32 %.

Het klopt inderdaad dat er een verschil is in de tegemoetkoming door de ziekteverzekering in de kosten van het materiaal. Dat hangt af van de vraag of de patiënt zijn insuline zelf inspuit of niet. De ziekteverzekering komt niet tussen in de kostprijs van injectienaalden en ontsmettingsdoekjes voor diabetespatiënten die zelf hun insuline inspuiten, terwijl de kostprijs van injectienaalden en ontsmettingsdoekjes wel deel uitmaakt van de verstrekking die een thuisverpleegkundige kan aanrekenen voor het inspuiten van insuline bij de patiënt.

De veronderstelling dat de injectienaald en het ontsmettingsdoekje daardoor gratis zijn voor de patiënt moet ik toch nuanceren. Voor het inspuiten van de insuline door een thuisverpleegkundige wordt de injectienaald en het ontsmettingsdoekje inderdaad niet afzonderlijk aan de patiënt aangerekend, maar op basis van de reglementering moet de patiënt zelf wel een deel van het honorarium van de verstrekking van de thuisverpleegkundige betalen. Dat is het persoonlijk aandeel of het remgeld.

Veel thuisverpleegkundigen innen dat deel van het honorarium tot nu toe niet. Dat is voor hen financieel nadelig, maar het is gunstig voor de betrokken patiënten. Dat is de reden waarom u zo uitdrukkelijk

komt tot het punt dat u maakt.

Of veel thuisverpleegkundigen ook in de toekomst het persoonlijk aandeel van de patiënt, waarin de reglementering wel voorziet, niet zullen innen, is niet zeker. Ik heb geen glazen bol, maar dat verklaart de onderliggende logica bij het verschil dat u signaleert.

02.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor de verduidelijking. De vraag kwam van de patiëntenverenigingen. Het is goed dat we daarover meer duidelijkheid kunnen scheppen. Ik denk wel dat, gezien de pompconventie, de groep die een insulinepomp heeft alsmaar groter zal worden. Het gaat over een nieuw innovatief systeem. Ik zie in de cijfers dat 32 % van de kinderen wel voor een insulinepomp kiest. Het is een gemakkelijkere manier voor de patiënt om de bloedsuikerspiegel stabiel te houden. Ik denk dat die groep steeds groter zal worden. Ik vind dat we erover moeten nadenken om patiënten met diabetes type 2 ook op te nemen in de regeling. Ik begrijp dat daarvoor momenteel geen opening is, omdat er geen wetenschappelijke evidentie is, maar weet wel dat de vraag van de patiënten wel bestaat om een insulinepomp te gebruiken, liefst ook terugbetaald.

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

03 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tegemoetkoming voor de reiskosten van kankerpatiënten en dialysepatiënten" (55041261C)

03 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'intervention dans les frais de transport des patients cancéreux ou dialysés" (55041261C)

03.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, er bestaat een tegemoetkoming in de reiskosten voor kanker- en dialysepatiënten. U hebt recent ook aangegeven dat er extra budgetten zijn vrijgemaakt voor die reiskosten. Dat is een goede zaak, omdat we in de toekomst almaar meer naar een centralisatie van de zorg zullen gaan om de kwaliteit zo hoog mogelijk te houden. Ik vraag mij wel af hoeveel patiënten effectief op de hoogte zijn van die tegemoetkoming. Ik heb daarover enkele vragen.

Hebt u zicht op het aantal mensen dat vandaag een tegemoetkoming geniet? Is er een groot verschil tussen het aantal patiënten die een oncologische behandeling krijgen en hen die een dialyse krijgen? Ik merk immers dat op de oncologieafdelingen veel zorgverstrekkers op de hoogte zijn van de tegemoetkoming en dat die informatie iets minder doorstroomt naar dialysepatiënten.

Bestaat er een groot risico op *non-take-up*, zoals we ook zien bij de verhoogde tegemoetkoming? Kunnen we niet naar een automatische toekenning van de tegemoetkoming in de reiskosten gaan, zodat de rechten van alle kanker- en dialysepatiënten worden gerespecteerd?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Farih, het RIZIV beschikt over de cijfers over het aantal trajecten, maar niet over cijfers over het aantal betrokken patiënten dat een tegemoetkoming voor reiskosten ontvangt.

Op basis van de permanente steekproef en een lijst van nomenclatuurcodes heeft het Intermutualistisch Agentschap in 2019 het totale aantal trajecten afgelegd door patiënten die lijden aan kanker geraamd op 1.329.337 en het totale aantal trajecten afgelegd door dialysepatiënten op 1.270.834. Er wordt geraamd dat 8 % van de patiënten geen tegemoetkoming voor reiskosten ontvangt. Dat stemt dan overeen met 68.437 trajecten voor kankerpatiënten en 126.057 trajecten voor dialysepatiënten. Dat klinkt heel precies, maar het is een raming van de *non-take-up*.

Om de *non-take-up* tegen te gaan, wordt onderzocht om de tegemoetkomingen voor reiskosten van dialyse- en kankerpatiënten te automatiseren. Het RIZIV bestudeert dat samen met de verzekeringsinstellingen en de ziekenhuizen. Een automatisering van de tegemoetkoming zou impliceren dat bij gebruik van het openbaar vervoer ook een tegemoetkoming op basis van de afgelegde afstand zou worden verleend in plaats van de volledige terugbetaling van de prijs van het openbaar vervoer, zoals nu het geval is. We zijn dat aan het bekijken omdat we dan eigenlijk een ander systeem van terugbetaling moeten invoeren.

Ten derde voorziet de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ook in tegemoetkomingen

voor de reiskosten van rolstoelpatiënten en kinderen die een behandeling volgen in een centrum dat een revalidatieovereenkomst met het RIZIV heeft gesloten en voor de reiskosten van de ouders van jonge kankerpatiënten die in een ziekenhuis zijn opgenomen.

Er bestaat ook een vraag naar een ruimere tegemoetkoming voor mensen die door een andere ziekte zijn getroffen. Er zijn voorbereidende gesprekken geweest met de administraties van de deelstaten. Het niet-dringend ziekenvervoer is immers een deelstaatbevoegdheid. Het Observatorium voor de chronische ziekten bekijkt of het het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg kan vragen om een studie uit te voeren naar een gerichte en rechtvaardige tussenkomst in de vervoerskosten.

03.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is een goede zaak dat er werk wordt gemaakt van de automatisering van de terugbetaling van reiskosten.

U zei dat de tegemoetkoming vandaag geldt voor het openbaar vervoer. Zou dat dan worden gewijzigd naar het aantal kilometers dat een patiënt aflegt?

03.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, om te kunnen automatiseren. Dat is wat men mij zegt. Het is misschien een dilemma. Men zegt dat er een *non-take-up* is, wat jammer is. Als men dat wil tegengaan, moet men een automatisering invoeren. Men kent de afstand en men zou dan kunnen beslissen om aan de hand van een definitie van afstand een forfait te betalen op basis van het aantal kilometers. Nadeel daarvan is dat men niet weet hoeveel het openbaar vervoer iemand feitelijk heeft gekost. Men is dat aan het bekijken en we kunnen daarop later nog terugkomen.

03.05 Nawal Farih (cd&v): Dank u. Ik heb nog twee opmerkingen. Ten eerste zijn het vaak de meest kwetsbaren die gebruikmaken van het openbaar vervoer. Een ticket Genk-Leuven kan tot 26 euro kosten. Betaal dat maar eens twee of drie keer per maand, ook voor de voogd als het om een jongere patiënt gaat. Dat is een groot bedrag.

Ten tweede, wat de afstand betreft, moet er rekening worden gehouden met het centrum waar de patiënt behandeld wordt en niet met het dichtstbijzijnde centrum. Vandaag wordt dat vaak gehanteerd voor de kilometerberekening, terwijl dat niet het reële aantal kilometers is dat de patiënt aflegt.

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

Le **président**: La question n° 55041382C de Mme Kathleen Depoorter a été retirée.

04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opslag van covidvaccins in het kader van HERA en de bouw van de nodige opslagcapaciteit" (55041383C)

04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stockage de vaccins contre le covid dans le cadre de l'HERA et la capacité de stockage" (55041383C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijn vorige vraag was schriftelijk beantwoord. Daarom werd ze ingetrokken.

Mijnheer de minister, mijn volgende vraag gaat over de opslag van de covidvaccins in het kader van HERA (Health Emergency Preparedness and Response) en de opbouw van de nodige opslagcapaciteit. Ze is eigenlijk een vervolg op een vraag die ik u op 20 februari 2024 heb gesteld.

Tijdens de covidcrisis is gebleken dat het cruciaal was de productie en de opslag van vaccins nauwgezet te volgen. Ik heb u daarover meermaals vragen gesteld hier in de commissie.

Ook tijdens de crisis zelf rijpte het idee de aanpak op een meer gecoördineerde manier te organiseren, ook op het Europese beleidsniveau.

België nam deel aan HERA. Onze bedrijven hebben de ervaring en de knowhow om de productie- en opslagcapaciteit mee te ondersteunen, teneinde op die manier nieuwe crisissen te kunnen opvangen.

Ik had graag het volgende van u vernomen.

Hoeveel covidvaccins zijn er op dit moment in de strategische stock?

Wanneer vervallen die vaccins? Graag kreeg ik ook een overzicht per vervaldatum en geclusterd bij een bepaald aantal vaccins met een bepaalde vervaldatum en een ander bepaald aantal vaccins met een andere vervaldatum.

Werden er vaccins geleverd uit de HERA-samenwerking, zoals aangegeven tijdens de presentatie van 17 januari 2023 over de *preparedness* van België? Over welke aantallen gaat het?

Sinds medio 2022 participeert ons land in HERA. Kan ik een gedetailleerd overzicht krijgen van die participatie? Welke bedrijven hebben zich aangeboden in het kader van een raamcontract onder het EU FAB network?

Namen bedrijven deel aan de tender onder hun eigen naam of gebeurde dat in consortium, wat ook een mogelijkheid is? Welke consortia waren er? Uit welke bedrijven werden ze samengesteld?

Welke bedrijven namen al dan niet binnen een consortium deel? Hoe werd hun kandidatuur beoordeeld? Op basis van welke criteria gebeurde de beoordeling? Welk relatief gewicht had elk van de criteria?

Hoeveel middelen werden door de Europese Unie gealloceerd aan de bedrijven uit ons land in het kader van de vaccin-*preparedness*? Graag kreeg ik de cijfers opgesplitst per bedrijf in het consortium.

Welke rol speelde de overheid in de deelname en begeleiding?

Er is sprake van *preparedness space* in een crisisfase. In de *preparedness space* ontvangen bedrijven middelen om in de paraatheid bij de productie, opslag en verdeling van minstens 50 miljoen dosissen te voorzien. Klopt dat? Welke middelen werden toegewezen? Voor welk bedrijf en voor welke actie gebeurde dat? Welke gebouwen en infrastructuur werden met die middelen gebouwd? Waar bevinden zij zich? Hoe verliep de supervisie?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, we hebben momenteel 13 miljoen dosissen coronavaccins in strategische voorraad, waarvan 9,2 miljoen dosissen zijn verlopen.

De geldige vaccinvoorraden op 1 maart 2024 zien er als volgt uit: Comirnaty adapted XBB 1.5 adult: 757.500 dosissen die vervallen tussen november en januari 2025, waarvan een verlenging van de houdbaarheid mogelijk wordt voorgesteld door het bedrijf, dat kan aangeven dat op basis van het stabiliteitsonderzoek men deze vaccins mogelijk langer kan aanhouden, dat kan dus niet worden uitgesloten, Comirnaty adapted XBB 1.5 pediatric to dilute: 2.800 dosissen die vervallen in januari 2025, zelfde opmerking, mogelijkheid tot verlenging bestaat, Comirnaty adapted XBB 1.5 pediatric ready-to-use: 22.800 dosissen verlopen in juli 2024, zelfde opmerking, mogelijkheid tot verlenging, Comirnaty adapted XBB 1.5 baby to dilute: 3.300 dosissen die vervallen in oktober 2024, zelfde opmerking, met mogelijkheid tot verlenging, Comirnaty adapted BA 4/5 adult: 2.901.840 dosissen die vervallen in juli 2024, zelfde opmerking, met mogelijkheid tot verlenging, Comirnaty Original baby to dilute: 137.500 dosissen die vervallen in oktober 2024, zelfde opmerking met betrekking tot mogelijkheid tot verlengingen. In totaal zijn er 3.825.620 dosissen mRNA-vaccins. Daarnaast zijn er 9.800 dosissen HIPRA-eiwitvaccins vervallen in augustus 2024.

Wat uw derde vraag betreft, is de presentatie van 17 januari 2023 waarnaar u verwijst, de Belgian Health Emergency Preparedness, een strategische reflectie van de FOD Volksgezondheid die tot stand gekomen is op basis van een raadpleging van deskundigen in crisisbeheer en de leden van het interadministratieve platform voor het beheer van de gezondheidscrisis in België in het algemeen, waardoor er ook een grote betrokkenheid van de deelstaten is. Dat blijkt overigens ook uit de voorbeelden die in die presentatie worden aangehaald: de monkeypoxcrisis, de crisis in Oekraïne en CBRNe. De vaccins die geleverd werden in het kader van de HERA-samenwerking, en die vermeld zijn tijdens de presentatie van 17 januari 2023, waren geen covidvaccins. Het ging over de ontwikkeling van een uniforme strategie om apenpokken te bestrijden met een Europese aankoop van pokkenvaccins.

Ik kom tot uw vierde vraag, over EU FAB. Het gaat dus niet over de bestaande covidvaccins. We weten niet welke bedrijven deelnemen.

Wat uw vijfde vraag betreft, heeft in het kader van de genoemde werkzaamheden van de EU FAB het Europees Uitvoerend Agentschap voor gezondheid en digitaal beleid (HaDEA), dat optreedt namens de Autoriteit voor paraatheid en respons inzake noodsituaties op gezondheidsgebied, op 30 juni 2023 een kaderovereenkomst ondertekend met vier contractanten die het EU FAB-netwerk opzetten. Dat netwerk is bedoeld om een voldoende en flexibele productiecapaciteit te krijgen voor verschillende soorten vaccins. Daarmee bedoel ik op mRNA gebaseerd, op basis van vectoren en op basis van eiwitten.

Die capaciteiten blijven operationeel en kunnen snel worden geactiveerd, waardoor in het totaal 325 miljoen dosissen per jaar gegarandeerd worden in geval van een noodsituatie op het gebied van de volksgezondheid. De EU FAB zal betrekking hebben op de productiecapaciteit van mRNA-, vector- en eiwitgebaseerde vaccins. De geselecteerde vaccinfabrikanten zijn de volgende. Voor het eerste perceel vaccins, op basis van mRNA, zijn dat Pfizer Ireland Pharmaceuticals en Pfizer Manufacturing Belgium. Voor het tweede perceel, de vectorvaccins, gaat het om Biltoven Biologicals BV. Voor het derde perceel, de vaccins op basis van eiwitten werden Laboratorios HIPRA, CZ Vaccines en Laboratorio Reig Jofre geselecteerd.

Zoals hierboven vermeld, is dat een project onder leiding van de Europese Unie. HaDEA heeft dus de aanbesteding en de specifieke kenmerken van dat contract op zich genomen. Kennisgevingen zijn te vinden op de website van eTendering. De offertes werden geanalyseerd door een evaluatiecomité bestaande uit verschillende lidstaten en de Europese Commissie. De beoordelingscriteria waren 30 % prijs en 70 % kwaliteit, volgens de volgende formule: score voor tender X is gelijk aan een breuk met in de teller *cheapest reference price* en in de noemer *reference price* van die tender X maal 100 maal het prijsgewicht, namelijk 0,30, plus een *total quality score for all award criteria of tender X* maal 0,7, namelijk het gewicht voor de kwaliteit. Perceel 1, met betrekking tot een onderneming in België, Pfizer Manufacturing Belgium, heeft betrekking op een totaalbedrag van 942.849.600 euro.

Inzake uw zevende vraag speelt België speelt geen rol, aangezien de toezichthoudende en aanbestedende dienst het Europees Uitvoerend Agentschap voor gezondheid en digitaal beleid HaDEA was.

Ik kom tot uw achtste vraag. EU FAB zal als volgt werken. Er is een voorbereidingsfase. EU FAB reserveert de nodige productiecapaciteit. De FAB-faciliteiten van de EU zorgen ervoor dat zij altijd klaar staan om op een crisis te reageren door hun faciliteiten up-to-date te houden, door ervoor te zorgen dat het personeel wordt opgeleid en door hun toeleveringsketens te monitoren, zo nodig met inbegrip van het aanleggen van voorraden.

Daarnaast zijn voorbereidingen getroffen voor een crisisfase. Na de erkenning van de noodsituatie op het gebied van de volksgezondheid besluit de Commissie om vaccins aan te kopen en de EU FAB te activeren. De FAB-faciliteiten in de EU beginnen dan snel met de productie en leveren de vaccins binnen het tijdsbestek dat in de aankoopcontracten is vastgelegd. Het contract garandeert 325 miljoen dosissen vaccins per jaar in geval van nood.

Dan kom ik aan uw laatste vragen, de vragen 8a, 8b en 8c. Het contract is onderverdeeld in percelen voor het reserveren van productiecapaciteit en een voorrangrecht voor de productie van vaccins. Perceel 1 heeft een bedrag van 942.849.600 euro. Perceel 2 heeft een bedrag van 231 miljoen euro. Perceel 3 gaat over 79.052.160 euro voor Laboratorios HIPRA en 154.880.000 euro voor Laboratorio Reig Jofre en CZ Vaccines.

Op Europees niveau worden de feitelijke opslaglocaties opgevolgd. Bij het indienen van hun offertes moesten de ondernemingen hun economische, financiële, professionele en technische capaciteiten aantonen. Meer informatie is te vinden in annex 1 en is online beschikbaar in EU+ FAB, tender plus specificaties.

Le **président**: Monsieur le ministre, permettez-moi de faire une remarque. Pour une réponse de cette longueur – qui a allègrement dépassé les deux minutes –, il serait judicieux de nous envoyer les

documents. Tout le monde serait gagnant.

04.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil twee zaken aanhalen. Er zijn 9,2 miljoen vervallen vaccindosissen. Dat zijn de dosissen die u verhuisd hebt van Zaventem naar Aalst. Daarover hebt u deze week een brief ontvangen. Wij hebben die brief kunnen inkijken. Destijds werd u gewaarschuwd voor het feit dat die vaccins zouden vervallen. We hebben al vaker gediscussieerd over de verhuizing, die u minstens 4 miljoen euro gekost heeft. Die vaccins worden nu blijkbaar niet meer gestockeerd bij min 80 graden, dus hoefden ze ook niet vervoerd te worden bij min 80 graden, wat voor veel meerkosten heeft gezorgd en voor een factuur waarover u nog altijd in dispuut ligt met de betrokken firma. Dat is echt weggegooid geld, waarvan u nochtans verwittigd was. We komen daarop straks nog terug.

In het tweede deel van uw antwoord zegt u dat Pfizer Belgium een contract van 942 miljoen euro zal ontvangen of al ontvangen heeft van Europa. Ik heb u expliciet gevraagd welke gebouwen en infrastructuur daarmee gebouwd werden en ook hoe in de opslagcapaciteit voorzien en gecontroleerd wordt. U weet – of weet u het niet? – dat er nieuwe *freezers* staan op de site van Pfizer, maar op dit moment zitten die *freezers* in juridisch woelig vaarwater, waardoor ze afgesloten zijn. Ik nodig u uit om te verifiëren of voldaan wordt aan de door Europa opgelegde voorwaarden. Daarover heb ik u eerder al een vraag gesteld, maar u hebt die toen ontwijkend beantwoord. Ik zal er zeker op terugkomen, want het is al te gek dat Europa in een op zich goed plan in *preparedness* voorziet, maar dat die *preparedness* niet gecontroleerd zou worden door uw diensten of door diensten van Europa zelf.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

05 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ondersteuningsopdracht van Deloitte voor de FOD Volksgezondheid" (55041384C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van COVID-19-vaccins na de houdbaarheidsdatum" (55041495C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kwaliteit van het werk van de firma Medista met betrekking tot de logistiek van de covidvaccins" (55041496C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Deloitte" (55041583C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Medista, Movianto en Deloitte" (55041671C)
- Kathleen Depoorter aan Pierre-Yves Dermagne (VEM Economie en Werk) over "Het raamcontract voor Deloitte bij de FOD Volksgezondheid" (55041668C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De transitiekost Medista/Movianto" (55041835C)

05 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mission d'assistance de Deloitte au SPF Santé publique" (55041384C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation des vaccins périmés Covid-19" (55041495C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La qualité du travail de l'entreprise Medista concernant la logistique des vaccins Covid-19" (55041496C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Deloitte" (55041583C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Medista, Movianto et Deloitte" (55041671C)
- Kathleen Depoorter à Pierre-Yves Dermagne (VPM Économie et Travail) sur "Le contrat-cadre de Deloitte auprès du SPF Santé publique" (55041668C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coût de la transition entre Medista et Movianto" (55041835C)

05.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in de zaak Medista/Movianto werd de Belgische Staat bijgestaan door Deloitte Legal. Zo haalde u zelf aan. In een

eerdere commissievergadering vroeg ik u naar uw reactie op het schrijven naar Deloitte van de firma Medista op 2 december 2023. U gaf toen echter aan dat Deloitte Legal geen schrijven had ontvangen. Deloitte Consultancy echter wel, zo blijkt. In de hele procedure rond de switch van vaccindistributie was Deloitte Consultancy een van de partners van de FOD Volksgezondheid.

Kunt u bevestigen dat consultants van Deloitte de FOD Volksgezondheid bijstonden in de procedure rond de openbare aanbesteding voor het beheer van de strategische stock en de vaccindistributie? Wat was de precieze taak die toegewezen werd aan Deloitte?

Was de consultancy ook betrokken bij de beslissing over de terugtrekking van de tender op 2 september 2021 en de nieuwe aanbesteding die tot de all-intender leidde?

In hoeverre werd de topambtenaar die betrokken is bij deze zaak, bijgestaan door Deloitte in de procedure, alsook in het marktonderzoek dat voorafgaand aan de tender werd uitgevoerd?

Was Deloitte betrokken bij het rescEU-project of de toewijzing ervan aan de logistieke speler Movianto?

Hoeveel kostte de consultancyopdracht van Deloitte in kader van het strategisch stockbeheer en de vaccindistributie?

Werkte Deloitte mee aan de openbare aanbesteding rond de vaccindistributie? Graag had ik ook vernomen welke exacte opdrachten Deloitte uitvoerde.

Deed u een beroep op consultancy van Deloitte voor de eerste aanbesteding in 2021, die uiteindelijk werd gewonnen door Medista? Deed u een beroep op consultancy van Deloitte voor de tweede aanbesteding, die werd ingetrokken op 2 september 2022? Deed u een beroep op consultancy van Deloitte voor de derde aanbesteding, de all-intender, die gepubliceerd werd in december 2022 en uiteindelijk werd toegewezen aan Movianto? Deed u een beroep op de diensten van Deloitte Legal voor de eerste aanbesteding in 2021, die uiteindelijk werd gewonnen door Medista? Deed u een beroep op Deloitte Legal voor de tweede aanbesteding, die werd ingetrokken op 2 september 2022? Deed u een beroep op Deloitte Legal voor de derde aanbesteding, de all-intender, die gepubliceerd werd in december 2022?

Welke bedragen werden gefactureerd voor elk van bovenstaande vragen?

Werden die opdrachten uitgevoerd onder het bestaande raamcontract? Via welke exacte bepaling?

Nieuwe publicaties in de krant *L'Avenir* melden dat consultancyfirma Deloitte een bepalende rol heeft gespeeld in de zaak Medista/Movianto.

Bij eerdere vragensessies antwoordde u al hoe Deloitte aangesteld werd en of er onderaannemers mochten gecontracteerd worden, maar in een interview werden een partner van Deloitte en een zelfstandig consultant ondervraagd over hun rol door de firma Black Cube. Als antwoord op mijn interpellatie van 14 december 2023 gaf u aan dat er drie personen geïnterviewd werden door Black Cube en dat er een vierde gevraagd was, maar dat dat interview niet plaatsvond. Ondertussen zitten we aan vier gelekte interviews. Hebt u weet van nog personen die werden geïnterviewd door die firma? Zo ja, wie? Zo niet, bent u zeker van uw informatie?

U vroeg via de pers, via brief en ook via het Parlement de video's op. Zag u ze ondertussen?

Vroeg de FIA (Federale Interne Audit), dat nu een vooronderzoek uitvoert, de video's ondertussen op bij Medista? Zo ja, heeft de FIA ze ontvangen en toegevoegd aan het dossier? Zo niet, waarom niet?

Zult u de rol van Deloitte incorporeren in het lopende vooronderzoek?

In de zaak Medista/Movianto bracht de krant *l'Avenir* onlangs nieuwe feiten aan het licht. Een partner van consultancybedrijf Deloitte en een zelfstandig consultant die factureerde aan Deloitte werden geïnterviewd. In die interviews worden een aantal opmerkelijke uitspraken gedaan waarover ik graag verduidelijking kreeg.

Deloitte werkt onder raamcontract met de FOD Volksgezondheid. Dat raamcontract werd gedurende de crisis uitgebreid, maar bleef ook lang na de crisis gelden als basis voor de samenwerking met de overheidsdienst. Nochtans sloeg het raamcontract naar mijn informatie enkel op crisisbeheer.

Meent u dat er, in het kader van de eerlijke concurrentie, een nieuwe aanbesteding had moeten uitgeschreven worden voor de diensten die Deloitte voor de FOD Volksgezondheid uitvoerde in het kader van de aanbestedingsprocedure voor de vaccindistributie en het beheer van de strategische stock in het najaar van 2021, dus wanneer het grootste crisismoment eigenlijk voorbij was?

Meent u dat de opdracht voor de vaccindistributie behoort tot het acute crisisbeheer of kadert dat eerder in de preventie van een nieuwe crisis?

De zelfstandige consultant geeft aan, volgens de krant *L'Avenir*, dat hij eigenlijk een concurrent is van Deloitte en dat hij zich zorgen maakte over het feit of Deloitte wel zou aanvaarden dat hij via hen factureerde. De FOD Volksgezondheid zou hem gerustgesteld hebben dat zij er wel voor zouden zorgen dat ze ermee akkoord gingen.

In hoeverre is de wet op de mededinging in die casus gerespecteerd? Zijn dergelijke afspraken, gedelegeerd door een overheidsdienst, conform de wet?

Vindt u het deontologisch verantwoord dat een overheidsdienst op dergelijke manier twee concurrerende entiteiten aan elkaar verbindt uit eigenbelang, namelijk om geen nieuwe tender te moeten uitschrijven? Kan die situatie ook na de eerste maanden van de crisis volgehouden worden?

De zelfstandig consulent geeft aan dat hij ook werkte op het HERA-project. Kan dat in het kader van het raamcontract? Zult u stappen ondernemen indien dat niet het geval blijkt te zijn?

Ik kom tot mijn laatste vraag. Bij de overgang en de logistieke herlocalisering van Medista naar Movianto spreken we over 53 miljoen units die overgebracht werden voor de vaccindistributie. We hebben u al meermaals ondervraagd over de prijs. Graag verneem ik van u hoeveel de globale transitiekosten van Medista naar Movianto vandaag bedragen.

05.02 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'ai déjà eu l'occasion à plusieurs reprises de vous interroger sur ces dossiers relatifs aux vaccins contre le COVID-19. Aujourd'hui, j'aimerais aborder deux volets.

Tout d'abord, un nombre important de vaccins COVID-19 sont aujourd'hui périmés. Pourriez-vous faire l'état des lieux des stocks actuels et du nombre de vaccins périmés détruits depuis le début de la crise sanitaire? De nouvelles destructions vont-elles devoir intervenir en 2024? Pour combien de vaccins?

Le courrier venant de Medista sur ce qu'on peut qualifier de gaspillage d'argent public est particulièrement interpellant. Des décisions auraient-elles pu être prises sur ces vaccins aujourd'hui périmés? Pourquoi cela n'a-t-il pas été le cas? Quand le SPF et vous-même avez-vous été informés de l'existence de ces vaccins aujourd'hui périmés?

Il s'agit d'un gaspillage car de nombreux vaccins vont devoir être détruits, et certains l'ont peut-être déjà été. Toutefois, ce gaspillage d'argent public va plus loin car, plutôt que de détruire ces vaccins périmés lorsqu'ils se trouvaient encore chez Medista, le SPF et vous-même avez pris la décision de les transférer, ce qui a impliqué non seulement des coûts de déménagement mais aussi des coûts de réception!

En outre, vous payez à Movianto le stockage permanent de vaccins périmés, puisque l'accord avec Movianto contient une disposition particulièrement préjudiciable pour le contribuable belge, à savoir qu'une compensation doit être versée, même s'il s'agit de vaccins périmés. L'estimation qui est faite donne le tournis, monsieur le ministre. En effet, il est question d'un montant de 160 millions d'euros, montant auquel il faut ajouter les autres fournisseurs que sont AstraZeneca, Johnson & Johnson et Nuvaxovid.

Pourquoi ces vaccins ont-ils été transférés? Qui a pris cette décision? Le SPF ou vous-même? Cette décision ne relève manifestement pas du bon sens et d'une bonne gestion et se paie par du gaspillage

d'argent public.

Par ailleurs, certains de ces vaccins périmés ont-ils été utilisés en Belgique et à l'étranger?

En outre, le SPF a-t-il demandé et tenté d'imposer d'envoyer des vaccins périmés dans un centre de vaccination belge? En tout cas, il semble que ce soit le cas. Avant d'en déduire une conclusion, je souhaiterais vous entendre sur ce point très particulier mais fort important.

Enfin, je voudrais revenir sur la qualité du travail de l'entreprise Medista. En effet, au cours des derniers mois, à plusieurs reprises dans vos réponses au Parlement, vous avez contesté la qualité du travail de Medista. Des procès-verbaux de l'inspection ont-ils été dressés sur Medista concernant les questions de qualité d'organisation, de travail, etc.? Combien? À quelle date? Sur quels éléments exacts portaient-ils?

Monsieur le ministre, j'aimerais obtenir des réponses précises à toutes ces questions.

Le **président**: Monsieur le ministre, votre temps de parole est de 10 minutes.

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, wat uw vraag nr. 55041384C betreft, kan ik u bevestigen dat consultants van Deloitte de FOD Volksgezondheid bijstonden in de procedure rond de openbare aanbesteding. Deloitte Consulting & Advisory heeft de FOD Volksgezondheid bijgestaan, onder meer in de procedure rond de openbare aanbesteding voor het beheer van de strategische stock en de vaccindistributie, zijnde het contract STRSTK2022.

Wat was de precieze taak die aan Deloitte werd toevertrouwd? Deloitte Consulting & Advisory bood ondersteuning op het vlak van operationeel risicobeheer in het kader van de coronapandemie, met inbegrip van de aankoop en technische ondersteuning bij de gevoerde overheidsopdrachten. Was Deloitte Consulting & Advisory ook betrokken bij de beslissing over de terugtrekking van de tender op 2 september 2021 en de nieuwe aanbesteding die tot de all-inopdracht leidde? Deloitte Consulting & Advisory was niet betrokken bij de beslissing over de terugtrekking van de tender op 2 september 2021. Er was ondersteuning van Deloitte Consulting & Advisory bij de opmaak van de technische specificaties van het bestek STRSTK2022, waarnaar u verwijst als de all-inopdracht.

In hoeverre werd de leidend ambtenaar bijgestaan door Deloitte in de procedure en het marktonderzoek? Deloitte Consulting & Advisory bood ondersteuning aan de FOD Volksgezondheid, met inbegrip van de leidend ambtenaar, bij de hierboven vermelde taken. Deloitte Consulting & Advisory was niet betrokken bij het marktonderzoek dat voorafgaand aan de tender STRSTK2022 werd uitgevoerd.

Was Deloitte betrokken bij het rescEU-project of de toewijzing ervan aan Movianto? Deloitte Consulting & Advisory heeft taken verricht in het kader van het rescEU-project, maar was niet betrokken bij de gunning van die opdracht aan Movianto. Deloitte Consulting & Advisory heeft inhoudelijke ondersteuning geboden bij het opstellen van de *standard operating procedures* (SOP) van de geneesmiddelen. De internationale verzending en ontvangst van geneesmiddelen dient te voldoen aan bepaalde kwaliteitsnormen en juridische normen en Deloitte Consulting & Advisory beschikte over de expertise om hierbij te ondersteunen.

Hoeveel kostten de consultancyopdrachten van Deloitte in het kader van het strategisch stockbeheer en de vaccindistributie? Ik verwijs in dat verband naar mijn uiteenzetting in de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen van 10 januari 2023 in antwoord op de vraag nr. 550032145C van mevrouw Depoorter, waarbij het totaalbudget voor de algemene ondersteuning van Deloitte Consulting & Advisory tijdens de covidcrisis via een overzichtstabel werd meegegeven.

Ik antwoord nu op vraag nr. 55041583C van mevrouw Depoorter. Wat uw eerste vraag betreft, verwijs ik naar onderstaande antwoorden.

Wat uw tweede vraag betreft, verwijs ik naar onderstaande antwoorden.

Wat uw vraag drie betreft, was er ondersteuning van Deloitte Consulting & Advisory bij de aanbesteding met referentie 2020STKVAC.

Wat uw vierde vraag betreft, was er ondersteuning van Deloitte Consulting & Advisory bij de aanbesteding met referentie 2020STRSTK.

Wat uw vraag vijf betreft, was er ondersteuning van Deloitte Consulting & Advisory bij de aanbesteding met referentie 2022STRSTK.

Inzake uw zesde vraag werd, zoals gebruikelijk is bij dergelijke opdrachten, een beroep gedaan op extern juridisch advies. Advocaten van Deloitte Legal gaven juridische ondersteuning bij de opdracht met de referentie 2020STKVAC.

Wat uw vraag zeven betreft, werd, zoals gebruikelijk is bij dergelijke opdrachten, een beroep gedaan op extern juridisch advies. Advocaten van Deloitte Legal gaven juridische ondersteuning bij de opdracht met de referentie 2020STRSTK.

Wat uw vraag acht betreft, werd, zoals gebruikelijk is bij dergelijke opdrachten, een beroep gedaan op extern juridisch advies. Advocaten van Deloitte Legal gaven juridische ondersteuning bij de opdracht met de referentie 2022STRSTK. Toen de gunningsbeslissing nadien door Medista werd aangevochten voor de Raad van State werd verder een beroep gedaan op die advocaten. Dat blijkt ook uit het arrest van de Raad van State. Medista wordt bijgestaan door de kantoren Simmons & Simmons, Altius en advocaat Hans Rieder.

Wat uw negende vraag betreft, zitten de geleverde diensten van Deloitte Consulting & Advisory vervat in de algemene ondersteuning aan de FOD Volksgezondheid. Ik verwijs dan ook opnieuw naar mijn uiteenzetting in de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen op 10 januari 2023, waarbij het totale budget van de algemene ondersteuning van Deloitte Consulting & Advisory, met inbegrip van *procurement* tijdens de covidcrisis, via een overzichtstabel werd meegegeven.

Op vragen over de facturatie van Deloitte Legal heb ik al geantwoord in de commissievergadering van 4 oktober 2023. Deloitte Legal is eigenlijk een kortere manier om te zeggen Deloitte Legal Lawyers.

Ik kom dan tot uw tiende vraag. Voor de ondersteuning van Deloitte Consulting & Advisory werd gebruikgemaakt van het raamcontract van Smals, Smals-BB-001.014/2017-EU. Deloitte Legal werkte niet onder de bestaande raamovereenkomst van Deloitte Consulting & Advisory.

Ik kom nu tot vraag nr. 55041668C van mevrouw Depoorter.

Omdat er nood was aan externe ondersteuning heeft de FOD Volksgezondheid gebruikgemaakt van een raamcontract voor externe ondersteuning. Het betrof meer specifiek de raamovereenkomst met de referentie Smals-BB-001.014/2017-EU die opgedeeld is in vier percelen, namelijk strategie; audit, risicobeheer en interne controle; analytische boekhouding en kostprijsberekening; het nieuwe werken.

De opdrachten met Deloitte werden onder het perceel audit, risicobeheer en interne controle afgesloten. Dit perceel werd omschreven in vijf puntjes. Het eerste punt is het ontwikkelen en implementeren van een methodologie voor strategisch en/of operationeel risicobeheer, een raamwerk voor risicobeheer, methoden en technieken, rollen en verantwoordelijkheden enzovoort. Daarbij dient bijzondere aandacht te worden besteed aan de uitbouw van een effectief systeem van opvolging en actualisering van de risico's, alsook aan de integratie van het risicomanagementsysteem, met andere managementinstrumenten van de organisatie, bijvoorbeeld strategieontwikkeling, projectbeheer, procesbeheer, interne audit enzovoort.

Het tweede punt is het uitvoeren van strategische en/of operationele risicoanalyses.

Het derde punt is het ontwikkelen en begeleiden van de implementatie van adequate en effectieve interne controlesystemen.

Het vierde punt is het voorzien en uitvoeren van begeleiding, sensibilisering en opleiding van sleutelactoren in de organisatie op het vlak van risicobeheer en interne controle. Dat betreft de verschillende *lines of defense*. Het betreft zowel de eerste lijn, management, proceseigenaars, projectbeheerders enzovoort, als de tweedelijnsactoren, bijvoorbeeld de risicobeheerder, de

conformiteitscel, PMO en de cel beheerscontrole.

Het vijfde punt is de uitvoering van maturiteitsanalyses inzake risicobeheer en interne controle. Dat zijn de opdrachten onder het perceel audit, risicobeheer en interne controle.

Volgens uw informatie zou het raamcontract enkel slaan op crisisbeheer en dat is dus onjuist. Onder voormelde raamovereenkomst met Smals staat het de opdrachtnemer vrij om te werken met een onderaannemer. Dat is conform de overheidsopdrachtenreglementering.

Wat uw vraag nr. 55041671C betreft, mevrouw Depoorter, u zegt dat we ondertussen aan vier gelekte interviews zitten en vraagt of ik weet heb van nog meer personen. Ik heb geen kennis van andere personen die werden benaderd door dat spionagebedrijf.

U vroeg via de pers en bij brief naar de video's. Tot vandaag heb ik ondanks herhaalde, heel uitdrukkelijke oproepen van mijn kant nog geen video-opnames ontvangen.

U vroeg ook nog of de FIA zelf... Dat is echter een vraag die enkel de FIA zelf kan beantwoorden.

Vervolgens vroeg u of ik de rol van Deloitte zou incorporeren in het vooronderzoek. Het autonoom vooronderzoek van de FIA heeft de volgende scope: de geschiedenis van openbare aanbestedingen en geschillen met Medista, de ontwikkeling en opstelling van de aanbesteding 2022STRSTK, de toewijzingsprocedure van de aanbesteding 2022STRSTK, met name de communicatie van de administratie met de verschillende inschrijvers en de naleving van het gelijkheidsbeginsel en tot slot relevante gebeurtenissen na de toewijzing van de openbare aanbesteding.

Ik zal nu antwoorden op vraag nr. 55041835C van mevrouw Depoorter. Eind 2021 heeft de FOD Volksgezondheid een overheidsopdracht in de markt gezet rond het beheer van een strategische stock van geneesmiddelen, vaccins en medische hulpmiddelen, perceel 1, en medische middelen voor in vitrodiagnostiek, perceel 2. Bij beslissing van de FOD van 29 juni 2022 werd perceel 1 gegund aan de onderneming Movianto Belgium nv en perceel 2 aan Raes Pharmaceutical Logistics.

Medista, dat eerder instond voor de dienstverlening omtrent de strategische stock, was het met die gunningsbeslissing oneens en trok naar de Raad van State. Bij arrest van 8 augustus 2022 verwierp de Raad de vordering van Medista. Door Medista werd tegen voormelde gunningsbeslissing geen vernietigingsprocedure voor de Raad van State opgestart. De termijn hiertoe is inmiddels verstreken en de gunningsbeslissing van 29 juni 2022 is bijgevolg definitief.

Zoals gebruikelijk bij elke overheidsopdracht waarbij een zittende dienstverlener, in dit geval Medista, wordt opgevolgd door een nieuwe dienstverlener, in dit geval Movianto, is er een periode van transitie. Het vlot verloop van een dergelijke transitie is vaak afhankelijk van de houding van partijen. In dit geval weigerde Medista een vlotte medewerking aan de transitie, in die zin zelfs dat de FOD zich genoodzaakt zag een eenzijdig verzoekschrift te richten tot de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg. Bij beschikking van 16 september 2022 oordeelde de voorzitter dat: "Het blijkt dat Medista zich schijnbaar onredelijk opstelt in het kader van de betwistingen over de lopende overheidsopdrachten en deze betwistingen op disproportionele wijze koppelt aan de medewerking die ze moet verlenen aan een vaccinatiecampagne en de transitie van vaccins, de geneesmiddelen, de medische hulpmiddelen en het vaccinatiemateriaal naar de nieuwe dienstverleners." Het is dus duidelijk dat in dit geval de transitie niet vlot is verlopen en dat de houding van Medista daarin een belangrijke rol speelde.

Medista heeft voor haar prestaties in het kader van de transitie aanzienlijke bedragen gefactureerd, ongeveer 4 miljoen euro inclusief btw. Die facturen hebben niet alleen betrekking op de overbrenging van vaccins, waarover uw vraag gaat, maar op alle diensten door Medista geleverd in het kader van de transitie naar de nieuwe dienstverleners. De FOD heeft die facturen geprotesteerd en hierover zijn procedures hangend bij de rechtbank van eerste aanleg in Brussel.

Meer in detail, het totaal van de facturen voor de diensten die door Medista werden geleverd tussen augustus 2022 en december 2022 bedraagt 2.739.916,85 euro, inclusief btw. Die facturen maken het voorwerp uit van een eerste procedure voor de Nederlandstalige rechtbank van eerste aanleg te Brussel. De facturen voor de diensten die door Medista in de maanden januari en februari 2023 werden geleverd, maken het voorwerp uit van een tweede procedure voor de Nederlandstalige rechtbank van

eerste aanleg te Brussel. Die facturen bedragen in totaal 1.331.363,85 euro.

Daarbovenop heeft Medista in het verleden aangegeven dat nog niet alle facturen werden verstuurd. Het is dus in principe mogelijk dat er nog facturen zullen volgen. Gelet op het bovenstaande kan ik u momenteel dus geen globale transitiekost meedelen.

J'en viens aux questions de Mme Fonck. Nous avons détruit les premiers vaccins entre août et décembre 2023 pour un total de 3 558 560 doses. Nous avons actuellement 13,1 millions de doses de vaccin COVID-19 en stock stratégique dont 9,2 millions sont périmés. Il n'est pas légal de distribuer des vaccins périmés en Belgique et à l'étranger. Certains vaccins distribués sont périmés sur le packaging car il ne tient pas compte des dernières extensions de validité du produit. Dès lors, seuls les produits valides sont distribués.

Depuis 2020, onze inspections liées à la distribution des médicaments ont été effectuées chez Medista. Elles ont eu lieu à la suite de demandes d'autorisation ou d'inspections ciblées. Plusieurs déficiences ont été observées dans le cadre de ces inspections et ont pu être clôturées après l'examen et l'approbation du plan d'actions correctives et préventives (CAPA). Dans deux cas une réinspection a également été nécessaire. Premièrement, dans le cadre d'une demande de modification de l'autorisation uniquement pour le stockage de médicaments entre -25 et -15 C°. À la suite de cette demande, un avertissement officiel a également été émis parce que le stockage avait eu lieu avant l'octroi de l'autorisation pour cette activité. Deuxièmement, pour assurer le suivi du plan CAPA d'une inspection ciblée concernant le traitement des plaintes, la gestion des stocks, le traitement des retours, la formation, le contrôle des changements et le traitement des médicaments entrants.

Au cours de cette inspection, il a également été constaté que de nombreuses mesures correctives figurant dans le plan CAPA avaient été indiquées par Medista comme étant clôturées alors que la réinspection a montré qu'elles n'avaient pas encore été mises en œuvre. Dans un cas – il s'agit d'une inspection pour examiner une plainte – cette inspection s'est concentrée aux points suivants: la préparation des commandes de médicaments destinés au transport non conforme aux lignes directrices GDP; l'omission de l'ajout des bons de livraison conformément au GDP; le transport de médicaments non conforme au GDP; le non-respect de l'obligation de transmettre les documents relatifs au GDP dans le cadre d'une activité sous-traitée; la gestion des stocks non conforme au GDP; le refus d'audit relatif au GDP dans le cadre d'une activité sous-traitée; la gestion insuffisante des retours.

En ce qui concerne Medista, la déficience suivante a été identifiée: absence de bons de livraison lors de l'expédition des médicaments. Medista a pris des mesures correctives relatives à cette déficience.

05.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u kampt met een resem problemen in dit dossier.

Ten eerste zit u nog altijd in een juridisch geschil met uw logistieke partner uit de covidperiode. Verschillende verklaringen in de pers daarover zijn erg compromitterend en zijn het voorwerp van een vooronderzoek.

Wanneer ik u echter vraag of het rescEU-project en Deloitte zijn meegenomen in het onderzoek, antwoordt u mij ontkennend. Ik heb nochtans vernomen dat u in andere gremia aangeeft dat ze wel zouden worden meegenomen. Wat is het nu? Zal de FIA rescEU onderzoeken of niet? Dat zou ik wel eens willen weten van u. Wat merkt u echter op? Dat is de FIA daarop zal antwoorden. Echter, in andere gremia heb ik u wel horen antwoorden.

U hebt hier in het Parlement ook heel duidelijk aangegeven dat Movianto een rapport van een interne audit heeft doorgestuurd naar de FIA. Ik vraag u nu of de FIA de video's heeft opgevraagd van Black Cube. U antwoordt dat u dat niet kunt zeggen en dat u dat niet weet. Wij moeten dat aan de FIA vragen.

Mijnheer de minister, wat is echter uw relatie met de FIA? Hoe beschikt u dan over de eerstelijnsinformatie waarmee u wel zou kunnen weten dat rescEU bijvoorbeeld wel wordt onderzocht en Deloitte bijvoorbeeld niet, dan wel dat zij beide wel worden onderzocht?

Hoe komt het dat u van Movianto weet dat een intern rapport aan de FIA is gegeven? Of weet u dat van de FIA? Bent u dan zo close met de CEO van Movianto? Ik weet dat u soms met hem sms't. Bent

u zo close met Movianto of met de FIA? Of met beide? In welke mate verloopt het onderzoek dan objectief, waarbij u nergens van op de hoogte bent, waarbij u er geen eventuele inmenging in zou kunnen hebben of waarbij u geen zicht op het verloop zou kunnen hebben? Het is allemaal bijzonder.

Uw antwoorden over de facturen van Deloitte zijn ook bijzonder. U verwijst ter zake immers naar het bedrag van 7 miljoen euro dat het bedrijf heeft gefactureerd aan uw diensten. Mijnheer de minister, eigenlijk zit het bedrijf overal tussen, van de eerste tender tot de allerlaatste.

Ze zitten dus ook – dat hebt u net aangegeven – in het rescEU-verhaal. Inzake rescEU blijft het voor mij onduidelijk of daar effectief een marktonderzoek is gebeurd en of daar pv's van bestaan. Ik heb u gevraagd naar mails hieromtrent, naar verslagen van gesprekken. De tijdlijn is immers absoluut bijzonder. U geeft aan dat er een overleg was op 8 maart tussen de FOD en Movianto, en wellicht ook Deloitte, maar de officiële publicatie van Europa dat dat project wordt vrijgegeven was pas op 17 maart. Het is een kluwen waar u maar niet aan uitgeraakt.

Het is ook hallucinant dat u zegt dat u de transitiekosten nog niet kan bepalen. U laat eigenlijk uitschijnen dat de kosten wat zijn opgelopen omdat Medista niet meewerkte. Herinnert u zich nog onze discussie van begin september? Wallonië wou starten met de herfstcampagne op 5 september en Vlaanderen op 12 september. De ULT's van Movianto waren nog niet klaar. U zegt dat u een kortgeding hebt moeten aanspannen, maar wat u niet zegt, is dat u in tweede instantie ongelijk hebt gekregen. De rechtbank oordeelde immers dat die firma wel correct meewerkte, die firma werkt nu aan de herfstcampagne mee.

Mijnheer de minister, uw antwoord is zo gekleurd dat ik problemen heb met uw functie als minister van Volksgezondheid in deze zaak. U lijkt wel de woordvoerder van Movianto – mevrouw Fonck heeft dat al vaker gezegd. Ik begrijp niet goed hoe dat komt. Ik heb daar nog geen directe link gevonden, maar er moet toch iets zijn dat u doet beslissen om helemaal in het kamp van die ene firma te zitten. Hier zegt u nu in een openbare vergadering dat die transitiekosten toch wat hoger liggen omdat die ene firma niet meewerkt. U zegt dat u die facturen geprotesteerd hebt, dat klopt, maar u geeft niet aan dat u daar templates voor hebt, dat die templates gerespecteerd zijn. Het is bijzonder om te zien hoe u zich in uw antwoorden in allerlei bochten wringt.

De feiten zijn dat u minstens 4 miljoen hebt uitgegeven aan een transitie van vaccins die ondertussen vervallen zijn en bijgevolg ook niet langer aan -80°C moeten worden bewaard. Ik heb niet echt gehoord hoe u nu die betaling aan Movianto zou hebben aangepast. Als zij geen -80°-opslag meer moeten doen, zal dat contract op een compleet foute manier gehonoreerd worden.

05.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, nous avons donc plusieurs millions de vaccins périmés. Vous dépensez de l'argent public pour les transférer vers une autre entreprise logistique, alors que cela n'a aucun sens. C'est dépenser beaucoup d'argent pour le déménagement et le contrôle de qualité en interne par l'entreprise qui les réceptionne.

Votre seule réponse, c'est que vous n'êtes pas au courant. Nous vous apportons des chiffres. Nous vous présentons des faits. Et vous, vous ne savez pas! Que le ministre de la Santé semble nous expliquer ici officiellement au Parlement qu'il n'a pas d'informations à ce sujet est interpellant!

Je vois deux hypothèses: soit le SPF ne vous a pas donné les informations, soit vous choisissez de louvoyer pour ne pas répondre, et vous niez des faits que pourtant vous connaissez.

Il y a donc du gaspillage d'argent public. Il s'agit là vraiment d'une mauvaise gestion. De plus, vous payez, et vous continuez à payer la nouvelle entreprise, dont vous êtes presque le porte-parole, uniquement pour stocker des vaccins périmés. Nous y perdons encore un peu plus. Par contre, vous profitez de chaque question, qui porte pourtant sur les éléments précis que je viens de donner, pour charger Medista de manière unilatérale pour toutes ces histoires de factures en attente.

Je suis interpellée, monsieur le ministre, de devoir me rendre compte que le SPF, y compris son sommet, avait pris des engagements pour payer et avait accepté les prix à l'avance. Mais vous ne parlez jamais de tout cela!

Le temps passe vite, et mon temps de parole est limité, mais il y a encore beaucoup de choses à dire.

Vous nous expliquez aujourd'hui qu'il y a des procès-verbaux. Je n'ai rien entendu sur tout le volet *tender* de Medista. Par contre, à plusieurs reprises ces dernières années, j'ai entendu le président du SPF, Dirk Ramaekers, ainsi que les représentants des entités fédérées s'exprimer haut et fort pour saluer la réactivité et la distribution très flexible, à la carte même, sur toute la Belgique, de Medista.

J'ignore pourquoi, monsieur le ministre, vous décidez de charger une entreprise, de la mettre à mal de manière très importante et, ce qui me semble grave, de manière très gratuite, en réendossant le rôle de l'avocat et du porte-parole de la nouvelle entreprise, malgré les questions qui sont posées sur ce qui se passe et sur ce qui s'est passé.

Encore et toujours, je continue à trouver cela interpellant et problématique. En fait, vous êtes partie prenante de ces conflits. Vous ne pouvez donc plus assumer le rôle de neutralité par rapport à tout ce qui se passe entre les uns et les autres. Je vous le redis encore une fois, comme je vous l'ai déjà dit dix fois: il n'est ni sain ni normal que vous pilotiez l'audit sur ces dossiers. C'est à la justice de faire toute la clarté en totale indépendance.

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

06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gefragmenteerde aflevering van medicatie voor psychiatrische patiënten" (55041386C)

06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La délivrance fragmentée de médicaments pour les patients psychiatriques" (55041386C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Onlangs kreeg ik via een psychiatrisch verpleegkundige opnieuw een verhaal te horen van een incident met een jonge patiënt van 15 jaar die medicatie op voorschrift voor zichzelf was komen afhalen en de volledige doos medicatie meteen had ingenomen. Een opname bij de spoeddienst en grote bezorgdheid bij de ouders waren hiervan het gevolg.

Jongeren kunnen, indien zij over een geldig voorschrift beschikken, inderdaad op eigen houtje hun medicatie afhalen en dat is in veel gevallen ook terecht. Wanneer er echter een risico bestaat op overconsumptie kan dat, net zoals bij volwassen patiënten, tot problemen leiden.

U voerde tijdens de huidige regeerperiode de mogelijkheid in tot afbouw van benzodiazepines via de huisarts en de huisapotheker. Zijn er ook plannen om in een nomenclatuur te voorzien voor een gefragmenteerde afleverwijze voor medicatie wanneer de arts een risico inschat?

Bent u in het bezit van metingen van het aantal dergelijke problematische voorvallen die zich voordoen, zowel bij jongeren als bij volwassenen?

Heel wat apothekers werken nu al samen met de huisartsen om in een niet-getarifeerde gefragmenteerde aflevering te voorzien. Hebt u een idee van de prevalentie daarvan? Zult u een onderzoek starten?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Als antwoord op uw eerste vraag kan ik u vertellen dat vandaag al in de wetgeving is voorzien dat apothekers gefragmenteerd afleveren op vraag van een arts. De voorschrijver moet zulks op het voorschrift vermelden. Dat wordt omschreven in artikel 103 van het KB van 14 december 2006. Ik zal hier nu niet het volledige artikel voorlezen, maar het omvat dus de volledige procedure. In geval van twijfel kan de apotheker zelf beslissen om de verpakking slechts gedeeltelijk af te leveren, in afwachting van contact met de voorschrijvende arts, en dat is conform artikel 17, § 2, van het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers. Ook dat zal ik u niet voorlezen.

Als antwoord op uw tweede vraag kan ik u melden dat het FAGG al in kennis is gesteld van het misbruik van geneesmiddelen, zowel door volwassenen als door jongeren, zij het in beperkte mate bij die laatste groep. Bij melding van misbruik zijn er niet altijd voldoende gegevens beschikbaar om uit te maken of het om jonge mensen gaat.

In het algemeen ontvangt het FAGG meldingen van vermoeden van misbruik voornamelijk via de gezondheidszorgbeoefenaars. Conform artikel 17 van het KB van 2009 wordt de apotheker gevraagd om de bevoegde instanties te contacteren, onverminderd andere wettelijke bepalingen. Indien de apotheker misbruik van het voorschrift in hoofde van de patiënt of de verantwoordelijke van de dieren vermoedt, brengt hij de voorschrijver daarvan op de hoogte. Indien de apotheker misbruik of ongepast gebruik van het voorschrift in hoofde van de voorschrijver vermoedt, verwittigt hij de Provinciale Geneeskundige Commissie. In overeenstemming met de aanbeveling voor apothekers wordt dat ook aan andere gezondheidszorgbeoefenaars gevraagd.

Op uw derde vraag kan ik het volgende zeggen. Het FAGG is niet op de hoogte van projecten tussen apothekers en huisartsen waarbij in een gefragmenteerde aflevering wordt voorzien. Er is vandaag geen wetgeving voor het aanrekenen van geneesmiddelen per eenheid, tenzij voor de aflevering en de tarifiering per eenheid van terugbetaalde geneesmiddelen aan bewoners in rust- en verzorgingstehuizen. Er is momenteel een project lopende voor de invoering van de aflevering per eenheid van antibiotica.

06.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb deze vraag uiteraard gesteld op basis van het laatste deel van uw antwoord. Er is geen nomenclatuur. Als apotheker kan men inderdaad gefragmenteerd afleveren.

In mijn eigen apotheek hebben we nu een tiental bakjes met namen van patiënten die gefragmenteerd komen: een of twee keer in de week of elke dag. We doen dat met veel sociaal welbevinden, gratis, maar uiteraard zou daar een nomenclatuur tegenover kunnen staan. Dat zou ook overwogen kunnen worden.

Die nomenclatuur bestaat voor methadonsubstitutie. U bent nu aan het werken aan het afleveren van antibiotica per eenheid. Ook voor benzodiazepines kan het verstandig zijn, zelfs voor korte periodes, om voor jongeren of voor patiënten met een risico in een dergelijke nomenclatuur te voorzien, zodat de apotheker en de arts gerust kunnen zijn in de samenwerking. Een doosje Diazepam, een langwerkende benzodiazepine, kan immers heel wat gevolgen hebben, zeker als daarbij ook andere middelen zoals alcohol worden genomen. Ik denk dat het absoluut het overwegen waard is om dergelijke projecten op zijn minst te onderzoeken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas INAMI" (55041401C)

07 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-quota" (55041401C)

07.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, la Commission de planification de l'offre médicale a rédigé en janvier 2023 un avis dans lequel elle fixe le quota fédéral pour les années 2029-2033.

Cet avis avait servi de base à votre arrêté royal du 29 mai 2023 qui fixe les quotas pour l'année 2029. Depuis lors, de nouvelles informations capitales sont apparues, tant sur le plan de l'évolution du temps de travail des médecins que sur le plan de l'analyse de la charge de travail, de la réalité démographique ou encore du nombre effectif de médecins diplômés, qui ne sera apparemment pas modifié par rapport aux années précédentes.

Vous savez également que le contingentement ne peut produire ses effets qu'après un délai égal à la durée des études nécessaires à l'obtention des diplômes visés, conformément à la loi du 10 mai 2015. Dès lors, il faut que l'arrêté royal fixant les quotas pour 2030 soit adopté avant la rentrée de septembre 2024. Cet arrêté fera l'objet de discussions au sein du Conseil des ministres, et il s'agit d'un arrêté ministériel complexe. Or, la dissolution de la Chambre est prévue le 8 mai, après quoi il n'y aura plus de contrôle parlementaire.

Monsieur le ministre, où en est la rédaction de cet arrêté royal sur les quotas que vous comptez fixer

pour les étudiants qui commenceront leurs études en septembre 2024? Cet arrêté sera-t-il adopté avant la date du 8 mai?

Quels seront les quotas retenus compte tenu de l'évolution du nombre de pratiques, du volet démographique et de l'analyse de la charge de travail? Nous voyons bien qu'il faut bien plus qu'un médecin pour remplacer un médecin qui prend sa retraite.

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, après concertation avec les entités fédérées, l'arrêté royal qui fixe les quotas de médecins pour 2030 a déjà été signé et envoyé pour publication au Moniteur belge. Les chiffres suivants ont été déterminés. Le nombre de 929 candidats médecins tel que proposé par la Commission de planification de l'offre médicale a été retenu pour la Communauté française. Celui de 1 144 candidats médecins tel que proposé par la même Commission sera augmenté de 204 pour former le nombre de 1 348 candidats médecins en Communauté flamande. Les augmentations font suite à l'application de l'article 92/1 § 2 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015.

Par conséquent, dans le but d'accélérer la suppression progressive du déficit de candidats médecins en Communauté flamande, compte tenu de la capacité de formation et du taux d'activité souhaité et en concertation avec les ministres flamands compétents, le quota 2030 recommandé par la Commission de planification de l'offre médicale pour la Communauté flamande est augmenté.

07.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse.

Je constate que cela ne suffira pas pour la Flandre, qui bénéficie d'une augmentation du quota. C'est une bonne chose, même si je pense que ce sera insuffisant. *A contrario*, j'observe qu'aucune donnée n'a été prise en compte pour ce qui concerne l'espace francophone, malgré des pénuries avérées du côté des médecins généralistes et dans certaines spécialisations. Tant du point de vue des dernières données relatives à l'analyse de la charge de travail que des données démographiques, les patients vont donc continuer soit à se retrouver dans l'impossibilité de se rendre chez des médecins généralistes – dont un nombre non négligeable ne prennent plus de nouveaux patients – soit à devoir attendre plusieurs mois pour trouver des spécialistes.

La tentative désespérée de recruter des médecins à l'étranger, dont la qualité de la formation n'est pas toujours équivalente à la nôtre, met à mal celle des soins actuels, mais aussi futurs. Faut-il rappeler que la formation d'un médecin généraliste nécessite six plus trois années et que celle d'un spécialiste requiert six plus six années? Le choix de la majorité, puisqu'il a été validé par tous les partenaires gouvernementaux, s'oppose donc clairement à la santé publique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55041410C de Mme Caroline Taquin est reportée.

08 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage des psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens" (55041413C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage en psychologie" (55041440C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens" (55041509C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les stages des psychologues" (55041528C)
- Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage supervisé en milieu professionnel" (55041726C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens" (55041895C)

08 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stage van de klinisch psychologen en de klinisch orthopedagogen" (55041413C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stage in de psychologie" (55041440C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stage voor de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen" (55041509C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stages van de psychologen" (55041528C)
- Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gesuperviseerde professionele praktijkstage" (55041726C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stage voor de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen" (55041895C)

08.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je ne reviendrai pas sur le débat qui nous a occupés à plusieurs reprises, à savoir le manque de stages pour les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens qui seront diplômés en juin. Par ailleurs, vous n'aviez apparemment en rien pris en compte les diplômés de janvier.

J'ai procédé au relevé des stages existants et j'ai eu l'occasion d'expliquer aux parlementaires de la majorité qu'un certain nombre de problèmes ressortaient de cette analyse, d'abord des stages qui n'existent plus et ensuite une répartition sur le territoire totalement inadaptée, sans parler du fossé entre le nombre de stages et le nombre de diplômés de janvier et de futurs diplômés de l'année académique 2023-2024.

Certes la décision a récemment été prise d'un sursaut de deux ans, mais on se retrouve dans la même situation que quand vous avez pris vos fonctions de ministre. Rien n'a été fait à la juste mesure des besoins.

Comment éviter de se retrouver dans la même situation dans deux ans? Ce stage est important pour la pratique autonome des psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens. Accepterez-vous, comme je l'ai déjà suggéré, de prendre en compte un certain nombre de jeunes diplômés qui ont déjà eu l'occasion de travailler?

Comment garantir la rémunération des futurs stagiaires qui seront diplômés? Vos arrêtés royaux prévoient simplement un renvoi aux hôpitaux, aux endroits de stages et aux psychologues, ce qui n'est pas faisable en termes de capacité de stages.

Enfin, comptez-vous mettre les bouchées doubles dans les quelques semaines qui viennent, plutôt que de renvoyer ce problème au ministre suivant? Ce dernier risque en effet de se retrouver devant le même constat dans deux ans, à savoir que les mesures n'auront pas été prises et qu'il n'y aura toujours pas de stage de qualité en suffisance pour les diplômés concernés.

08.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, grâce à la mobilisation des étudiants, le stage qui était requis pour les étudiants en psychologie clinique et en orthopédagogie a finalement été reporté par la proposition de loi que nous avons votée jeudi dernier en séance plénière. C'est un immense soulagement pour ces étudiants. Il n'en demeure pas moins qu'il y a encore une question en suspens.

Qu'est-ce qui sera concrètement réalisé durant ces deux années pour veiller à ce que ce stage ne soit pas *in fine* à nouveau reporté, à défaut de services de stage, à défaut de maîtres de stage en suffisance?

Je m'interroge en outre toujours sur cette fameuse liste de maîtres de stage. Selon mes collègues de la majorité, cette liste n'est pas pertinente, mais malgré tout à jour, ce que contredisent formellement les étudiants qui l'ont consultée à leurs dépens. Qu'en est-il donc finalement? Quand cette liste sera-t-elle mise à jour pour éviter de soumettre les étudiants à un nouveau stress et s'assurer que lorsque l'on aura considéré qu'il y a suffisamment de maîtres de stage, ce sera vraiment le cas? À défaut d'avoir pu obtenir des réponses suffisantes sur ces différentes questions – que j'estime cruciales – de la part de la majorité en séance plénière, je me dois aujourd'hui de vous les adresser en commission.

08.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik zal mijn vraag wat aanpassen, want intussen hebben we over het voorstel gestemd waardoor de stage met twee jaar wordt uitgesteld. Mijn vraag luidt nu: zal de deadline van twee jaar uitstel worden gehaald of zullen we binnen nu en anderhalf jaar opnieuw voor uitstel moeten stemmen? Voorts vraag ik naar een stand van zaken. Hoe denkt u verder het probleem op te lossen?

08.04 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ook ik zal mijn vraag wat inkorten.

Wij waren niet onverdeeld gelukkig met het uitstel, maar begrijpen het wel. Dat de verplichting niet kan ingaan als alles niet volledig op de rails staat, is normaal. Zo niet, blijven de sector en vooral de studenten lijden onder de aanhoudende onduidelijkheid.

We geven het sectoroverleg graag de nodige ruimte en het nodige vertrouwen, maar vragen zowel van de sector, de FOD als de minister om constructief samen te werken en snel tot een oplossing te komen. We vinden het nog altijd belangrijk dat deze stage binnen twee jaar volwaardig ingang kan vinden. Het hoeft daarom geen twee jaar te zijn.

Voorziet u in een grondige en regelmatige evaluatie van de werkzaamheden en de voortgang in dit dossier, onder andere inzake de financieringsdiscussie en het gebrek aan stagemeesters? Zult u hier meteen mee beginnen, zodat het oplossen van die problemen een start kan nemen?

Kunnen we erop rekenen dat u daarover op regelmatige basis zult terugkoppelen naar het Parlement, zodanig dat we ook de volgende initiatieven kunnen volgen?

08.05 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Pisman, ik zal een zeer algemeen antwoord geven, maar heb heel goed geluisterd naar uw concrete bekommernissen en het dubbele gevoel dat u hebt bij onze beslissing.

Mijnheer de voorzitter, het is een week geleden dat we daarover hebben gediscussieerd. We hebben in deze commissie gesproken over het uitstel, dat ondertussen in de plenaire vergadering is goedgekeurd, waardoor de verplichting pas van toepassing zal zijn op studenten die in de loop van het academiejaar 2025-2026 of tijdens de daaropvolgende academiejaren afstuderen. Vorige week hebben we in het debat in algemene termen aangegeven wat de knelpunten zijn en wat we moeten ondernemen. Ik vind het niet zeer zinvol om dat nogmaals te herhalen.

Mevrouw Pisman, ik engageer me echt om dat dossier zo goed mogelijk op te volgen. Zelfs wanneer we in de verkiezingsperiode komen, met een regering in lopende zaken, wil ik proberen voort te werken om dat maximaal in de goede richting te krijgen. Het is een moeilijk dossier, maar we moeten proberen het tot een goed einde te brengen. Ik zal dus niet stilzitten. Ik ga ervan uit dat we het debat dat we een week geleden in deze commissie hebben gevoerd nu niet hoeven te herhalen, maar dat het wel richtinggevend is geweest voor waar de knelpunten zitten en hoe die moeten worden aangepakt.

08.06 Catherine Fonck (Les Engagés): C'est tout, monsieur le ministre? Que dire?

Monsieur le ministre, vous nous avez affirmé pendant des mois qu'il y aurait des stages en suffisance. Vous aviez affirmé en 2023 que, si des incertitudes subsistaient, aucun changement ne s'effectuerait sur le terrain. Entre-temps, vous avez pris à la va-vite deux arrêtés royaux en décembre 2023 avec un timing hyper serré et, en sus, beaucoup de carabistouilles qui ont été racontées sur la prétendue

suffisance du nombre de stages.

On a voté le report de deux ans mais votre réponse d'aujourd'hui laisse très clairement penser que vous n'allez en rien faire la part de votre boulot, parce que c'est votre responsabilité. Vous ne cessez de dire "il n'y a qu'à" aux acteurs de terrain. En attendant, les points importants que vous auriez dû résoudre ne sont pas réglés et sont reportés sur le terrain. Tout cela me donne plus que l'impression qu'on risque de se retrouver de nouveau, dans deux ans, à la dernière minute, avec le même scénario. Les étudiants sont déjà dans leur parcours! C'est maintenant qu'ils doivent voir clairement les choses.

Je prends acte d'une réponse creuse. C'est le moins que l'on puisse dire. Cela m'inquiète évidemment pour l'avenir et pour ces étudiants. C'est votre choix, monsieur le ministre! Dont acte.

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

Lorsque vous nous assurez que vous vous engagez à suivre le dossier et à essayer de trouver des solutions, je dois dire que j'ai rarement entendu une réponse aussi vague et aussi peu volontariste. C'est à croire que vous vous en foutez. J'y vois un manque total de respect envers nous, mais aussi envers les étudiants qui poursuivent déjà un cursus et que vous maintenez dans le flou intégral. Vous donnez l'impression d'être en affaires courantes et, par conséquent, d'avoir fait le job. Or vous ne l'avez absolument pas rempli. Du reste, c'est même la raison pour laquelle nous avons été contraints de reporter ce stage.

Aujourd'hui, il nous reste encore quelques semaines de travail parlementaire et il vous en reste encore plusieurs pour trouver des solutions. Au lieu de cela, vous refilez la patate chaude au prochain gouvernement, quitte à ce que les étudiants ne puissent pas entrevoir leur avenir avec sérénité. Cela va compromettre leurs études, mais aussi la qualité des soins qu'ils prodigueront à leurs futurs patients. C'est tout bonnement aberrant de la part d'un ministre de la Santé, qui devrait donc s'occuper de ces questions cruciales.

08.08 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik neem akte van uw antwoord, dat eigenlijk niet veel zegt. U zult het dossier blijven opvolgen, ook in lopende zaken. Ik mag het hopen, want de studenten willen zekerheid. U vindt het zelf een belangrijk dossier, maar uw antwoord getuigt daar niet echt van. We zullen het samen met u in de gaten houden.

08.09 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik ben wel blij met uw antwoord. Ik aanvaard uw engagement. Ik geloof er nog altijd in, net zoals in uw vaste wil om zorg te dragen voor de studenten. Persoonlijk denk ik ook dat het mogelijk moet zijn dat we het dossier weer op de rails krijgen, zodat studenten niet in die onzekerheid hoeven te blijven leven.

Groen is er sterk van overtuigd dat we zorg moeten dragen voor alle patiënten in onze gezondheidszorg in België, maar evenzeer voor alle jonge mensen die in de gezondheidszorg willen werken. We moeten erover waken dat er geen zorgverstrekkers afhaken en we moeten hen ten volle ondersteunen. We geloven wel nog in uw aanpak. Dat neemt niet weg dat we het dossier eveneens blijven volgen.

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

09 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vergoeding voor de stagiairs van het vierde jaar van de bachelor verpleegkunde" (55041446C)

09 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indemnisation pour les stagiaires de 4^{ième} année du bachelier en art infirmier" (55041446C)

09.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, les stages sont une part importante de la formation d'infirmier. Si l'accompagnement des stagiaires est une question importante qui mériterait davantage d'attention et d'investissement, la question de l'indemnisation des étudiants infirmiers durant leur stage de 4^{ème} année mérite également notre attention. Cette indemnisation est défendue par différents acteurs de la santé parce qu'elle contribuerait à améliorer l'attractivité de la formation en art infirmier.*

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes:

Est-ce que cette question a été discutée au sein de la CIM Santé?

Si oui, à l'initiative de qui? Quelles sont les conclusions de cette discussion? Quel est le montant de rémunération envisagé?

Si non, pourquoi ne l'avez-vous pas mise à l'agenda? Comptez-vous encore le faire dans les quelques mois qui vous restent?

Est-ce que le budget de cette mesure a déjà été évalué? Si oui, quel est-il? Si non, comptez-vous procéder à cette évaluation budgétaire?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: La question du statut d'infirmier en formation et celle d'une indemnisation pour les étudiants infirmiers en 4^{ème} année ont été discutées à plusieurs reprises au sein du groupe intercabinet Professions de santé avec les Communautés fin de l'année 2022 et début 2023. Aucun accord n'a été trouvé tant sur la question du financement que sur celle du statut.

L'étudiant infirmier de 4^{ème} année relève de la compétence de l'enseignement et donc des Communautés. Si un statut spécifique rémunéré est accordé aux étudiants infirmiers, les étudiants d'autres filières en soin de santé le revendiqueront également. La Flandre a, toutefois, décidé d'accorder une allocation à ses étudiants de 4^{ème} année.

09.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous considérez donc que c'est une compétence exclusive des Communautés. Dans les discussions intercabinet, le coût budgétaire a-t-il été évalué soit au total sur l'ensemble de la Belgique soit par Communauté et sur quelle base, c'est-à-dire sur quel montant de rémunération? Pouvez-vous me dire cela?

09.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Non je ne peux pas! Tout d'abord le coût dépend du schéma que l'on veut déployer. Mais il réside un problème au niveau du principe: les entités fédérées veulent-elles prendre au sérieux leur compétence en la matière au lieu de demander une solution au fédéral.

09.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Ne vous énervez pas sur moi! Si cela a été discuté en groupe intercabinet entre les différents niveaux de pouvoir, c'est que la discussion devait pouvoir s'y ouvrir et que la compétence n'était pas exclusive.

Je ne sais pas comment vous fonctionnez! Mais à partir du moment où il y a discussions, j'imagine que certaines compétences sont partagées.

J'en resterai là, monsieur le président, avec peu d'informations. La situation des élèves infirmiers n'avance pas beaucoup. J'y reviendrai dans une autre vie.

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

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inzet van basisartsen" (55041455C)

10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recours aux médecins de base" (55041455C)

10.01 Frieda Gijbels (N-VA): Verschillende spoedgevallendiensten melden problemen van *crowding* en lange wachttijden. Blijkbaar zetten sommige spoedgevallendiensten basisartsen in om de toestroom de baas te kunnen. Eerder stelde ik u al vragen rond de basisartsen, die met zo'n 2.400 zouden zijn. In 2015 gaf de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België een advies rond de basisartsen, omdat men vreesde dat de kwaliteit van de zorg in het gedrang zou kunnen komen. Zo adviseerde men om specifieke RIZIV-nummers toe te kennen aan de verschillende types van basisartsen, zodat ze ook beter konden worden opgevolgd, zoals de instellingsartsen, jeugdartsen, arbeidsgeneesheren en schoolartsen, en zodat er een degelijk systeem van permanente vorming zou kunnen worden georganiseerd.

Wanneer basisartsen nu op spoedgevallendiensten worden ingezet, dreigt er mogelijk een tweesporenbeleid te ontstaan met verschillende types artsen, als het ware A- en B-artsen, met ook een

verschillende omkadering, loonvoorwaarden, opleidingsvereisten en dergelijke, wat ook voor de patiënt niet transparant is en voor de artsen in kwestie mogelijk problemen schept.

Op hoeveel spoedgevallendiensten worden dergelijke artsen ingezet? Wordt er actief onderzocht en bijgehouden op welke manier basisartsen worden ingezet of waar ze werken? Kunt u daarvan een verdeling geven?

Bent u van plan, zoals het advies van de Koninklijke Academie luidt, in aparte RIZIV-nummers te voorzien voor de verschillende types van basisartsen? Zijn de basisartsen verplicht om permanente bijscholing te volgen? Indien niet, acht u dat wenselijk?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Basisartsen op spoed die de permanentie verzekeren, moeten een bijkomend certificaat hebben. Gaat het enkel over bijvoorbeeld een triagefunctie is er geen bijkomend attest vereist. We hebben geen gegevens over het aantal spoedgevallendiensten waar dergelijke artsen worden ingezet. Er wordt niet actief onderzocht op welke manier basisartsen worden ingezet of waar ze werken.

Er zijn actueel geen onderscheiden erkenningscriteria voor verschillende types van basisartsen. Het advies om er gedifferentieerde RIZIV-nummers aan toe te kennen, kan dan ook niet worden geïmplementeerd. Momenteel is er geen verplichting voor die artsen om permanente bijscholing te volgen. In toepassing van de kwaliteitswet geldt wel, zoals voor alle artsen, dat de relevante bekwaamheid en ervaring moeten gestaafd worden in een portfolio. Arbeidsgeneeskunde valt niet onder basisarts. Dat is een beroepskwalificatie van niveau 2 op zichzelf.

10.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de arbeidsartsen hebben dus een apart RIZIV-nummer.

Ik begrijp dat de spoedgevallendiensten zoeken naar oplossingen om de toestroom de baas te kunnen en dat zij basisartsen inzetten voor de triage. U geeft zelf echter aan dat voor hen geen bijscholing verplicht is, terwijl de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België dat wel noodzakelijk acht, omdat we geen verschillende soorten artsen mogen creëren of in stand houden. Voor de patiënt creëert dat immers onduidelijkheid. Er zijn wel de kwaliteitswet en de portfolio, maar dat is allemaal niet erg transparant. Ik dring er dus op aan om dat beter in kaart te brengen. Nu hebben we er immers helemaal geen zicht op.

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

11 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verankering van de PIT's" (55041456C)**

- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het PIT en de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening voor 2024-2025" (55041828C)**

11 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'ancrage des PIT" (55041456C)**

- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le PIT et la réforme de l'aide médicale urgente pour la période 2024-2025" (55041828C)**

11.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, er is ongerustheid op het terrein over de paramedische interventieteams (PIT) die niet verplicht verbonden zouden moeten zijn aan een ziekenhuis of een spoedgevallendienst. Men vreest dat er daardoor minder getraind personeel actief zal zijn in de PIT's en dat er in de ziekenhuizen een uitstroom zal zijn van spoedverpleegkundigen, wat natuurlijk helemaal niet wenselijk is.

Ik krijg daarover graag wat verduidelijking. Klopt het dat een PIT niet verbonden moet zijn aan een spoedgevallendienst? Bent u op de hoogte van de bezorgdheden met betrekking tot de ontkoppeling van die PIT's en de spoedgevallendiensten? Wat is uw reactie daarop?

11.02 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, ma question datant de quelque temps, je vais me permettre de l'actualiser rapidement.

Le Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers a rendu récemment un avis d'initiative concernant le PIT, équipe d'intervention paramédicale. J'ai pris connaissance de cet avis qui est largement et solidement argumenté.

Il insiste fortement sur l'importance d'ancrer le PIT comme fonction hospitalière. Aujourd'hui, il y a une pénurie d'infirmières dans les services d'urgences et, précisément d'ailleurs, une pénurie d'infirmières avec un TPP en Urgences. C'est un argument majeur. Si on veut déployer le plus efficacement possible ces infirmières, qui ont cette expertise supplémentaire, il faut qu'elles puissent effectuer des activités aussi bien dans le cadre du PIT que dans les salles d'urgences, au cours d'un même *shift*.

Selon ce qui a circulé à propos des options prises par le gouvernement, s'il y avait une permanence à un autre endroit que l'hôpital, cette permanence ne serait pas assurée au niveau de la fonction hospitalière, mais bien par les services des pompiers. Cela conduirait alors très clairement à une utilisation inefficace d'un personnel qui est rare et hautement qualifié, et donc fondamental pour la qualité des soins.

J'ai entendu que, sur la base notamment de l'avis du Conseil national des secours médicaux d'urgence, et plus particulièrement d'une note minoritaire, il y avait une volonté de ne plus ancrer le PIT comme fonction hospitalière. Cependant, selon mes toutes dernières informations, il semble que les choses ont évolué positivement.

Monsieur le ministre, pouvez-vous confirmer que le PIT sera ancré comme fonction hospitalière, en maintenant la compétence et la force de travail en priorité à l'hôpital, ce qui me semble particulièrement important?

11.03 Minister Frank Vandenbroucke: Er is al veel over dit onderwerp gediscussieerd. Ik baseer mij ook op de adviezen die daarover worden gegeven, die van verschillende kanten komen. Binnen de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening is er in het kader van de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening een werkgroep PIT opgestart. Die werkgroep heeft in consensus een conceptnota opgeleverd. Dat concept hield in dat er een uitdrukkelijke, sterke band moest zijn tussen een PIT en de gespecialiseerde spoedgevallendienst van een ziekenhuis. Dat stond daar heel erg centraal in.

De werkgroep beval ook een minimum en een hoog percentage van tewerkstelling van de PIT-verpleegkundigen op een gespecialiseerde spoedgevallendienst aan en de medische ondersteuning en supervisie van die verpleegkundigen door artsen actief binnen de gespecialiseerde spoedgevallendienst. De urgentiearts van de gespecialiseerde spoedgevallendienst is verantwoordelijk voor de staande orders van de PIT-verpleegkundigen. Een PIT-liaisonarts van de gespecialiseerde spoedgevallendienst is permanent beschikbaar voor ondersteuning.

Dat zijn de inhoudelijke eisen. Dat gaat echt over de kwaliteit die men moet bieden. Daarin is de nauwe band met de gespecialiseerde spoedgevallendienst essentieel.

Men moet aan de hele bevolking een goede *service level agreement* kunnen bieden en dus een PIT binnen een snelle interventietijd. Hoewel een PIT met een standplaats binnen een spoedgevallendienst de voorkeur geniet, is de werkgroep zich ervan bewust dat we het hele Belgische grondgebied niet kunnen afdekken met uitsluitend PIT's met een standplaats binnen een spoedgevallendienst. Er zullen ook buiten de muren van de spoedgevallendienst een aantal PIT-diensten moeten worden gelokaliseerd. Dat is iets waar de werkgroep Programmatie van de Nationale Raad zich over buigt.

Voor die PIT-diensten buiten de muren van een ziekenhuis bepaalt de conceptnota dat ze best georganiseerd worden met de satellietdienst van een spoedgevallendienst, met onder meer een rotatie van de verpleegkundigen van de spoedgevallendiensten of de PIT- en de spoedgevallendienst.

De werkgroep heeft ook in regels voorzien voor die eventualiteiten waarbij geen ziekenhuis zou kunnen worden gevonden ter exploitatie van een gelokaliseerde PIT-dienst. Ondanks het feit dat de spoedgevallendienst niet de exploitant van de PIT-functie zou zijn, verzekeren die regels wel een zeer

nauwe band met de spoedgevallendienst.

Ik heb overigens de eisen nog een beetje opgekrikt door te stellen dat de PIT-verpleegkundige 80 % in een spoedgevallendienst moet werken, wat toch veel is, maar ik ben op de hoogte van de bezorgdheid die er leeft. Ik denk dat we wel dezelfde doelstelling moeten hebben en dat we die ook hebben, namelijk een sterke, hoogstaande dienstverlening, tijdig voor alle Belgen. Dat het PIT daarom een nauwe en zelfs exclusieve band met een gespecialiseerde spoedgevallendienst moet hebben, daarover bestaat consensus. Dat is geen discussiepunt.

De doelstelling kan via twee juridische wegen worden bewandeld, ofwel door het PIT in te schrijven in de ziekenhuiswet, ofwel via de wetgeving op de dringende geneeskundige hulp. De meningen daarover verschillen. Als het PIT ingeschreven wordt in de ziekenhuiswetgeving, resulteert dat in een zeer gecompliceerde constructie, omdat dringende geneeskundige hulpverlening voor een stuk als middel in de federale regelgeving dringende geneeskundige hulp blijft, terwijl in de ziekenhuiswetgeving de deelstaten voor een stuk betrokken zijn. Zo ontstaat een doublure van erkenningsprocedures, buitengewoon gecompliceerd en eigenlijk niet nodig voor een organisatie ten gronde van die nauwe band.

Na veel wikken en wegen heb ik daarom de voorkeur gegeven aan een oplossing waarbij het PIT georganiseerd wordt op basis van de federale regelgeving dringende geneeskundige hulp, maar altijd in zeer sterke samenwerking met een spoedgevallendienst met het oog op de kwaliteit. Ik weet dat daarover discussie blijft bestaan. Zo willen de ziekenhuisdirecties natuurlijk graag dat een PIT door het ziekenhuis wordt geëxploiteerd.

Ik heb mij daarom voorgenomen om een zeer grondige evaluatie te maken van de oplossing die we nu voor ogen hebben en die administratief gezien en qua governance veruit de meest eenvoudige oplossing is. De oplossing die we nu voorstellen, wil ik dus wel grondig evalueren.

Madame Fonck, non, il n'y a pas d'intention de concevoir le PIT comme une fonction simple de l'hôpital. À vrai dire, c'est très compliqué.

11.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik begrijp dat het plan nog niet helemaal op punt staat.

11.05 Minister Frank Vandenbroucke: Het plan staat wel op punt, maar ik moet het koninklijk besluit nog nemen. Ik wil de bezorgdheden daarover wegnemen door te zeggen dat we die weg nu inslaan, maar alles ook op korte termijn zeer grondig zullen evalueren. Dat lijkt me het gemakkelijkste. Ik ben echt bezorgd. Als je die PIT als ziekenhuisfunctie wilt omschrijven, moet je alles op twee niveaus doen, federaal en op het niveau van de deelstaten, met dubbele procedures en dubbele erkenningen. Laten we ervoor kiezen om dat binnen de federale wetgeving uit te bouwen, in zeer nauw overleg met de ziekenhuizen, en laten we dat binnen een tweetal jaar evalueren.

11.06 Frieda Gijbels (N-VA): We zullen het dan grondig bekijken eens het zover is. Een snelle evaluatie is inderdaad belangrijk. Een permanente werkervaring op de werkvloer van de spoeddiensten is ook belangrijk om kwaliteit te kunnen blijven garanderen. Als het als dusdanig kan worden geïmplementeerd en uitgevoerd, dan denk ik dat dit wel een goede zaak is. Die 80 % werkervaring in de spoeddienst moet er zijn. Ik ben alleen benieuwd hoe alles concreet in zijn werk zal gaan. Wat we immers niet willen, is een uitstroom van spoedverpleegkundigen naar extramurale omgevingen waar mogelijk betere arbeidsvoorwaarden gelden. Dat is dus iets om goed op te volgen.

11.07 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'avoue que votre réponse me rend un tout petit peu perplexe. Cela n'est pas clair. Vous dites qu'il y aura un lien fort avec les hôpitaux, ce qui laisse penser que des PIT pourraient être totalement en dehors des hôpitaux. Vous savez, l'évolution de la médecine, de la prise en charge des patients en urgence, c'est la pratique de plus en plus répandue de réaliser des prestations dans les rues, dans des situations extrêmement gravissimes et aiguës, alors qu'avant ces interventions n'étaient réalisées qu'au sein de l'hôpital.

Avoir un personnel infirmier avec des compétences et une expertise particulières sur tout ce qui concerne les soins urgents, et qui continue à acquérir et développer ces compétences en parallèle de sa fonction du PIT, est extrêmement important pour continuer à être au maximum de ce qui peut être

réalisé en urgence, au sein et en dehors de l'hôpital. Ce boom, qui s'observe beaucoup plus dans d'autres pays que chez nous, va très certainement être constaté dans notre pays. Je me permets donc d'insister par rapport à cela, autrement nous risquons une course à l'échalote au niveau des différents postes et une concurrence qui ne sera pas saine.

J'ajoute que, pour les PIT, une série d'enjeux restent à résoudre: la programmation, l'extension à terme, le nombre de PIT envisagés, la disponibilité d'infirmiers spécialisés en soins d'urgence, sans oublier le volet des financements. S'il n'y a plus de financement via le budget des moyens financiers, à charge de quel budget les PIT seront-ils financés et selon quelles modalités, notamment en ce qui concerne la médecine d'urgence? J'ose espérer que ces questions trouveront une solution assez rapidement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n° 55041522C de Mme Farih et n° 55041526C de Mme Depoorter sont reportées. Les questions n° 55041560C et n° 55041561C de Mme Farih sont retirées. La question n° 55041563C de Mme Claes est reportée. Nous arrivons ainsi à la question n° 55041565C de Mme Fonck.

11.08 Catherine Fonck (Les Engagés): Puis-je la mettre en suspens?

Le **président**: Oui.

11.09 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, on ne veut pas de débat aujourd'hui, puis on me pose une question avec tous les éléments du débat! Je ne répondrai donc pas.

Le **président**: Je n'avais pas lu l'intitulé, monsieur le ministre.

La question n° 55041589C de Mme Depoorter est reportée.

12 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verderzetting van de bevrozing van de maximale ereloonsupplementen" (55041614C)

12 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La poursuite du gel des suppléments d'honoraires maximums" (55041614C)

12.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de bevrozing van de maximale ereloonsupplementen voor eenpersoonkamers in ziekenhuizen zal opnieuw worden verlengd tot einde 2024. Ook de bevrozing van de afdrachten zou worden verlengd. Bepaalde ziekenhuizen zouden wel hun maximale supplementen mogen verhogen. U zou ook extra geld zoeken voor de ziekenhuizen, maar als dat niet zou volstaan, zou een einde worden gemaakt aan de bevrozing van de afdrachten.

Hoeveel ziekenhuizen mogen hun maximale supplementen optrekken en tot op welk niveau? Is dat tot op het niveau van de collega's die de hoogste maximale supplementen heffen? Over welke ziekenhuizen gaat het?

Waarom mag niet elk ziekenhuis zijn tarieven optrekken tot het hoogste tarief dat wordt gehanteerd? Waarom krijgen sommige ziekenhuizen met andere woorden een voorkeursbehandeling?

Waar zult u extra geld zoeken? Hoeveel extra geld hebt u nodig?

Klopt het dat de bevrozing van de afdrachten van de artsen zal worden opgeheven als u onvoldoende geld vindt? Hoe groot is het bedrag dat via afdrachten naar de ziekenhuizen vloeit? Hoe controleert u dat er vandaag al geen hogere afdrachten worden gevraagd aan de artsen?

Onderzoekt u waarom er zulke grote verschillen in ereloonsupplementen zijn tussen ziekenhuizen? Hoe wordt dat onderzocht? Indien niet, waarom doet u dat niet?

Op welke manier moeten ziekenhuizen verantwoording afleggen over de besteding van hun budgetten?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, er is inderdaad een afspraak om opnieuw

een rem te zetten op de stijging van de ereloonsupplementen. Dat doen we door een afspraak te maken over wat de maximumpercentages zijn die op ziekenhuisniveau kunnen worden afgesproken. We bevriezen die in principe tot 31 december 2024. Tegelijkertijd is er ook een standstill op de afdrachten van de artsen om ook hen te beschermen. Die standstill gebeurt op een manier waardoor medische innovatie in samenspraak met ziekenhuizen en artsen mogelijk blijft, maar zo wordt vermeden dat artsen de bevroering van de supplementen zouden moeten betalen via verboden afdrachten.

Het akkoord bevat twee elementen van flexibiliteit. Ten eerste wordt rekening gehouden met de duidelijke verschillen in maximumtarieven die momenteel bestaan tussen de ziekenhuizen en die door de standstill worden verlengd. Uit het gevoerde overleg bleek dat het niet mogelijk is die verschillen te blijven bevroren. Vandaar dat wordt toegestaan dat de beperkte groep van 24 ziekenhuizen, die momenteel voor de artsen een maximum hanteren dat minder dan 150 % bedraagt, dat maximum tot op dat niveau mogen optrekken vanaf 1 juli 2024 als ze dat zouden wensen.

Het verbaast me enigszins dat u daar zo kritisch op wijst, omdat dat tegemoetkomt aan de opmerking die u in het verleden vaak hebt gemaakt dat er misschien vooral in Vlaanderen ziekenhuizen zijn waar die maxima niet zo hoog liggen. U verklaart dat die ook worden bevroren, wat neerkomt op een bevroering van een scheve situatie. Dat is precies ook wat ik tijdens het gevoerde overleg heb gehoord. Vandaar dat iedereen, als men dat wenst, vanaf 1 juli 2024 tot 150 % kan gaan.

Ten tweede heb ik inderdaad beloofd om te bekijken of ik binnen het huidige budget bijkomende steun kan vinden voor de ziekenhuiswerking. Ik ben niet zo hard overtuigd door het argument dat supplementen vooral te maken hebben met een tekort aan middelen, want dat is zo verschillend van ziekenhuis tot ziekenhuis dat dit moeilijk te verklaren is. Desalniettemin heb ik mij ervoor geëngageerd om te bekijken of we bijkomende middelen kunnen vrijmaken binnen het door de federale regering ter beschikking gesteld budget. Indien het engagement dat ik beloof niet genoeg oplevert naar hun mening, willen de ziekenhuizen zich vrij voelen om het akkoord over de standstill op te zeggen, maar niet met effectieve ingang voor 1 juli. Dat is de afspraak.

Het is belangrijk dat we die periode gebruiken om ondertussen een overleg op te starten over heel die problematiek van de supplementen bij ziekenhuisopnames met het oog op duurzame oplossingen. Ik deel uw mening dat we meer analyse nodig hebben over de hoogte van de supplementen en de mate waarin die supplementen dienen om ziekenhuizen te financieren.

Voorzitster: Gitta Vanpeborgh.

Présidente: Gitta Vanpeborgh.

12.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik blijf het vreemd vinden dat sommige ziekenhuizen hogere supplementen mogen aanrekenen dan andere. Trouwens, waarom tot 150 % en niet tot 300 %?

U zegt dat u niet begrijpt hoe het komt dat er zulke grote verschillen bestaan en dat het niet ligt aan onderfinanciering, maar wat is dan wel de reden? U gaat daar niet echt op in. U zegt dat u vindt dat dit verder moet worden onderzocht. Het wordt inderdaad hoog tijd dat wordt onderzocht hoe het komt dat de financiële gezondheid van de ziekenhuizen zo kan verschillen. Die (...) studie toont dat elke keer opnieuw aan.

U zegt dat, indien we niet genoeg budget vinden, er opnieuw zal worden geraakt aan de standstill op de afdrachten van de artsen. Eigenlijk zegt u dus dat de artsen het moeten betalen, als u geen oplossing vindt. Ik vind dat dit niet kan, zeker niet zolang er niet goed wordt onderzocht op welke manier ziekenhuizen hun middelen al dan niet op een correcte manier aanwenden.

Président: Roberto D'Amico

Voorzitter: Roberto D'Amico.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55041615C de Mme Els Van Hoof est reportée.

13 Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Rare Disease Day" (55041625C)

13 Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La Journée des maladies rares" (55041625C)

13.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, ik zal mijn vraag een beetje inkorten. Ik stel ze naar aanleiding van de jaarlijkse Rare Disease Day of zeldzameziektendag die op de laatste dag van februari plaatsheeft. In België lijden er 500.000 mensen aan dergelijke zeldzame ziekte.

De Belgische koepelorganisatie RaDiOrg heeft naar aanleiding van die dag en naar aanleiding van de verkiezingen een memorandum op tafel gelegd met tien concrete beleidsvoorstellen. De organisatie schoof twee beleidsvoorstellen naar voren als absolute prioriteiten.

De eerste prioriteit is de implementatie van een volledig en operationeel centraal register voor zeldzame ziekten. Momenteel is immers ongeveer 1,2 % van de geschatte Belgen met een zeldzame ziekte geregistreerd. Dat is te weinig om daaraan echt zichtbaarheid te geven, om klinisch onderzoek goed te doen en een beleid hieromtrent uit te stippelen.

De tweede prioriteit betreft de creatie van een nationaal informatiepunt voor zeldzame ziekten. Al te vaak blijken de kennis over en ervaring met zeldzame ziekten te versnipperd. Door de creatie van een nationaal informatiepunt hoopt men de samenwerking tussen alle actoren te verbeteren en patiënten op weg te helpen.

Ik heb hierover de volgende vragen, mijnheer de minister.

Mijn eerste vraag zal ik laten vallen, omdat u ze in de plenaire vergadering al uitvoerig hebt beantwoord. U hebt immers al een flink aantal verbeterpunten gerealiseerd.

Hoe staat u tegenover de realisatie van de nationale hulplijn die RaDiOrg voorstelt?

Ik weet dat er wat het centraal register voor zeldzame ziekten betreft knelpunten zijn en dat dat momenteel nog niet echt optimaal is. Ziet u daar een toekomstperspectief?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Vanpeborgh, ik begrijp dat u niet zozeer wilt inzoomen op zaken die al vermeld zijn, bijvoorbeeld op onze wil om een generieke conventie tot stand brengen voor geïntegreerde zorg voor zeldzame ziektes. Daarover heb ik het inderdaad al gehad. Dat is dus niet zozeer het punt dat u opnieuw wilt horen, evenmin als het belang van de internationale samenwerking en ons engagement in de Europese referentienetwerken. Wel wilt u nog eens beklemtonen dat de registratie essentieel is. Ik ben het daarmee helemaal eens. Sciensano werkt actief aan de verbetering van het centrale register voor zeldzame ziekten. Het opzetten van een volledig en operationeel register is een doel dat we willen bereiken, zonder te vergeten dat het werk moet worden gedaan met inachtneming van alle technische beperkingen en dat we het moeten doen in samenwerking met de centra die verantwoordelijk zijn voor het aanleveren van de gegevens.

Sinds het nationale actieplan voor zeldzame ziekten, dat dateert van 2013, is de situatie geëvolueerd, met het ingaan van de zesde staatshervorming, maar ook met de vooruitgang op wetenschappelijk vlak, de vooruitgang inzake de internationale samenwerking en de Europese referentienetwerken. Dat zijn allemaal redenen waarom ik aan de FOD Volksgezondheid heb gevraagd om de voorbereiding van een nieuw nationaal actieplan voor zeldzame ziekten te starten. Dat moet vanzelfsprekend gebeuren in nauw overleg met de patiëntenverenigingen, de deelstaten en de actoren op het terrein. Het memorandum van RaDiOrg is daarbij zeker belangrijk.

Wat het eerste concrete pijnpunt betreft, namelijk de registratie, heb ik het gevoel dat we daarop inderdaad veel harder zullen moeten inzetten en dat we effectief in de betrokken centra het engagement moeten krijgen dat de registratie gebeurt. Dat is een punt waarop we hands-on moeten werken.

Een nationaal contactpunt is iets dat ik wil onderzoeken. Ik ben niet zeker wat de beste methode daarvoor is. Ik hoop dat het u niet teleurstelt of frustreert, maar ik durf vandaag niet zomaar te zeggen wat de beste oplossing is, wie het moet doen, hoe het gedaan moet worden en welke verantwoordelijkheden daarbij opgenomen moeten worden. Ik vind dat niet zo evident. RaDiOrg wil dat.

Ik begrijp dat, maar als men een soort van infolijn organiseert voor medische kwesties, dan creëert dat een gevoelig probleem op het vlak van de verantwoordelijkheid. Daarop durf ik vandaag dus geen definitief antwoord te geven.

13.03 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik denk dat RaDiOrg blij zal zijn te vernemen dat er werk wordt gemaakt van een nieuw nationaal actieplan, want dat is inderdaad nodig. Ik ben ook blij u te horen zeggen dat we meer moeten inzetten op die registratie. Die is essentieel om een goed beleid te kunnen voeren met betrekking tot de zeldzame ziektes.

Wat het nationale informatiepunt betreft, volg ik u. Het is vooral belangrijk om te kijken welke methodologie daarvoor tot stand moet komen, zodat dat nationaal informatiepunt zinvol is. Ik geloof ook in die tweestapsaanpak en hoop dat daar verder op wordt ingezet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het budget voor vroedvrouwen" (55041723C)

14 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget prévu pour les sages-femmes" (55041723C)

14.01 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, je vois que M. Piedboeuf est présent. Pour éviter la répétition d'une frustration précédente, je rappelle qu'il y a plusieurs questions de Mme Pisman, qui sont déjà dans une longue liste d'attente. Or, pour des raisons personnelles, je dois partir dans 13 minutes.

Le **président**: J'allais le signaler, monsieur le ministre, pour que M. Piedboeuf n'attende pas inutilement.

14.02 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, zoals u weet, waarschuwde de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, de VBOV, eind oktober vorig jaar voor een golf van deconventioneringen, toen bekend werd dat zij een aanzienlijke budgetverhoging zouden mislopen. In de begroting voor 2024 die het Verzekeringscomité had goedgekeurd, na een lang voorbereidend traject, was echter 7 miljoen extra uitgetrokken voor die beroepsgroep om hen opnieuw de nodige zuurstof te geven. De regering en de Algemene raad van het RIZIV konden het voorstel van het Verzekeringscomité niet aanvaarden doordat het buiten de budgettair afgesproken kaders viel. Dat is jammer, want andere beroepsgroepen, zoals tandartsen en logopedisten, kregen wel hun beloofde budgetverhoging.

De Algemene raad motiveerde zijn beslissing onder meer door te verwijzen naar de investering van meer dan 11 miljoen euro in het multidisciplinair perinataal zorgtraject, met het accent op kwetsbare gezinnen, als zijnde een tegemoetkoming voor de vroedvrouwen. In dat traject zijn echter ook vele andere actoren betrokken, zoals gynaecologen, huisartsen, sociale diensten en Kind en Gezin. In die zin vormt die investering geen voldoende compensatie voor de nood aan een correcte verloning voor de dagelijkse zorg van vroedvrouwen, des te meer gezien de screening van kwetsbare gezinnen en de coördinatietaak extra zorgen zullen inhouden voor vroedvrouwen en andere zorgpartners.

Uiteraard is Groen voorstander van investeringen in multidisciplinaire samenwerking, maar daarbij mogen we niet vergeten dat ook de vergoeding voor individuele prestaties er wel degelijk toe doet. Ook voor vroedvrouwen is het leven duurder geworden. De budgetverhoging van 19 miljoen euro in 2024 ten opzichte van het budget in 2019 en de beloofde indexering van 6 % volstaan helaas niet om de laagdrempelige toegang tot die essentiële eerstelijnszorg te garanderen.

Hebt u ondertussen opnieuw samengezeten met de VBOV? Wat werd daar beslist?

Uw beleidsceel ontving een lijst met tegenargumenten van de VBOV om alsnog een minimale budgetverhoging voor 2024 te bekomen die zouden teruggekoppeld worden naar de bevoegde instanties. Is die evaluatie ondertussen gebeurd? Wat is daarbij de conclusie?

Weet u ondertussen of er bijkomende tegemoetkomingen voor vroedvrouwen zullen volgen? Zo ja,

welke? Zo neen, waarom niet?

Hoe staat het met de werkzaamheden van het multidisciplinair perinataal zorgtraject en het overleg daarover met de deelstaten? Zal de uitrol vanaf 1 april 2024 op het terrein kunnen doorgaan?

14.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Pisman, u weet dat ik op 10 november 2023 de vertegenwoordigers van de vroedvrouwen heb ontmoet. Ik heb mij tijdens die ontmoeting geëngageerd.

Die engagementen zijn via een zogenaamde recente wijzigingsclausule onder de vorm van een voorwoord toegevoegd aan de nationale overeenkomst tussen de vroedvrouwen en de verzekeringsinstellingen, waardoor meer perspectief en garantie voor de sector wordt gecreëerd.

Een van de engagementen had betrekking op de uitzonderlijke verlenging van de conventiepremie van 975 euro per geconventioneerde vroedvrouw die aan de voorwaarden voldoet. Dat gaat toch over 2.586.000 euro, weliswaar afhankelijk van het aantal geconventioneerde vroedvrouwen.

Het ontwerp van koninklijk besluit tot uitvoering daarvan is inmiddels goedgekeurd door de Overeenkomstencommissie vroedvrouwen-verzekeringsinstellingen. Ik zal het ontwerp binnenkort voorleggen aan het Verzekeringscomité van het RIZIV. Ik hoop het zo snel mogelijk te kunnen implementeren. Dat is toch een element van tegemoetkoming in het compromis dat we hebben besproken met de vroedvrouwen.

Mevrouw Pisman, omdat ik dit op papier had gezet, heb ik inderdaad nog een brief ontvangen van de VBOV met een aantal tegenargumenten en bezorgdheden. Een aantal aspecten die in de brief van de VBOV zijn aangehaald, zijn ook als leidraad voor de nadere uitwerking van de engagementen opgenomen in het voorwoord bij de overeenkomst.

De unanieme goedkeuring van de wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst door de vertegenwoordigers van de sector en de mutualiteiten is een bevestiging dat nuttig overleg heeft plaatsgevonden tussen alle betrokkenen.

In het voorwoord wordt gesteld dat wij verder aan de slag gaan met de engagementen en dat wij tegen september 2024 een voorstel zullen uitwerken voor een herziening van de financiering van de sector. De eerste werkzaamheden ter zake zijn al van start gegaan. Daarover zijn al verschillende overlegmomenten geweest tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en de sector.

U verwijst ook naar het zorgtraject prenatale zorg voor kwetsbare moeders en kinderen. We werken dat nu uit met de deelstaten. Ik heb aan de vroedvrouwen in het overleg altijd aangegeven dat zij daarin interessante opportuniteiten zouden vinden.

Mevrouw Pisman, ik moet wel enigszins voorzichtig zijn. We willen dat zorgtraject vooral doen, omdat het goed is voor de kwetsbare moeders en hun kinderen. We doen dat niet voor het budget van de vroedvrouwen. Ik ga er echter van uit dat in het traject mooie opportuniteiten zullen zitten voor de vroedvrouwen.

Ik hoop dat we dit met Wallonië, Vlaanderen en de Duitstalige Gemeenschap zullen kunnen opstarten op 1 mei. Het overleg loopt nog. Het is geen eenvoudig overleg, maar het loopt nog.

Dit zijn elementen van antwoord. Ik beseft dat daarmee het debat niet uitgeput is. Ik ben overigens vorige week maandag op bezoek geweest bij een praktijk van zelfstandige vroedvrouwen in Hoeilaart. Ik vond het uiterst interessant. Ik ben daar ook mee geweest op huisbezoek. Dat illustreert hoe intens de begeleiding soms is, en hoeveel tijd men er moet insteken.

Ik vermoed echter dat de toekomst van de vroedvrouwen in een belangrijke mate zal zitten in geïntegreerde zorgprogramma's, zoals het perinatale zorgprogramma dat we nu uitwerken, eerder dan louter in het verbeteren van individuele vergoedingen voor individuele sessies.

Dit is een stuk van het debat dat loopt.

14.04 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord. Bepaalde

vroedvrouwen zeggen wel tegen ons dat zij simpelweg niet rondkomen met het inkomen dat zij nu hebben. Dat inkomen is vrij laag.

Dat is ook belangrijk. Ik heb daarnet gezegd dat we zorg moeten dragen voor de jonge mensen die in de zorg willen werken, maar we moeten ook zorg dragen voor de mensen die daar nu al in werken. We moeten hen waarderen. Dat doen we onder andere door hen fatsoenlijk te betalen.

We nemen uw antwoorden zeker mee en hopen dat we erop kunnen rekenen dat dat meegenomen wordt in de begroting en in het toekomstige regeerakkoord, indien u over dat regeerakkoord mee zult onderhandelen, in de eerste plaats ten voordele van die mensen die nu al een zeer mooi werk doen. Zij hebben een heel grote invloed hebben op het mentale welbevinden van jonge moeders en we moeten voorkomen dat daar slachtoffers vallen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van gehoorbescherming" (55041725C)

15 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des protections auditives" (55041725C)

15.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, mijn vraag is net als die van mevrouw Vanpeborgh enigszins achterhaald, omdat ze was opgesteld naar aanleiding van de Internationale Dag van het Gehoor, maar ze blijft toch relevant. We stellen vast dat er op het terrein actie is ondernomen. In de provincie Antwerpen heeft een groepsaankoop van op maat gemaakte oordoppen plaatsgevonden. Die had een zeer groot draagvlak en kreeg steun van de klanten, hoewel zo'n stel oordoppen niet weinig kost.

De maatschappelijke kostprijs en de sociale gevolgen van daadwerkelijke gehoorschade zijn enorm. We zouden dus beter voorkomen dan genezen. Het zou dan ook jammer zijn als bepaalde groepen door de hoge kostprijs geen toegang tot die beschermingsmaterialen kunnen krijgen.

We merken dat de terugbetaling van gehoorbescherming erg versnipperd is en uiteenloopt tussen de verschillende ziekenfondsen. Dat is niet wenselijk, want op maat gemaakte gehoorbescherming is duur, maar wel de beste garantie voor het vermijden van gehoorschade. Die versnippering tegengaan, lijkt ons noodzakelijk, net omdat het huidige terugbetalingsbeleid van het RIZIV niet uitgaat van het voorkomen van gehoorschade en de extra kosten die daarmee gepaard gaan. Eerder keurden we in deze legislatuur al een wetsvoorstel goed om de prijzen van de hoorapparaten te verlagen, maar is het niet beter om het probleem aan de bron aan te pakken?

Hebt u al iets ondernomen om gehoorschade zo veel mogelijk te beperken bij onze bevolking? Hoe staat u tegenover de terugbetaling van gehoorbescherming, met bijvoorbeeld een maximumbedrag per jaar, zoals het geval is voor brillen? Hoe zorgen we volgens u voor meer coherentie en terugbetaling van evidencebased aanbod in de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen? Wat is uw visie op de behandeling van tinnitus of oorsuizen, die nu niet terugbetaald wordt?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Pisman, ik ben het eigenlijk heel erg met u eens. Het voorkomen van gehoorschade is een heel belangrijk topic. Het probleem is dat ik in mijn antwoord zorgvuldig moet letten op de bevoegdheidsverdeling.

Preventie in dezen is een bevoegdheid van de deelstaten. Ik kan hen alleen maar aanmoedigen. Op federaal niveau zijn we bezig met maatregelen die gehoorverlies proberen te remediëren. Op dat vlak zijn we wel actief. U verwees zelf naar initiatieven met betrekking tot de prijs van de toestellen. We proberen de hoge supplementen voor hoortoestellen ook goed in kaart te brengen, om beter te begrijpen wat de kostenstructuur is en wat dat betekent voor de patiënt. We hebben ook beslist om de decibeldrempel die bepaalt of men in aanmerking komt voor een terugbetaald hoortoestel, medio 2024 te verlagen naar 35 decibel. Dat is natuurlijk remediëring, achteraf. Het voorkomen is echt een deelstaatbevoegdheid.

Hetzelfde geldt voor de terugbetaling voor tinnitus of oorsuizen. Ik kreeg vanuit Vlaanderen bericht dat

de doelgroep chronische tinnitus opgenomen is in het voorstel van aangepaste CAR-conventie 2019. Om verschillende redenen heeft de Vlaamse overheid in 2022 beslist om geen uitgebreide aanpassing van die conventies te doen, maar zij heeft te kennen gegeven dat zij nog altijd geëngageerd is om de doelgroep van tinnituspatiënten in toekomstige hervormingen verder mee te nemen. Misschien moet u daarvoor verder actievoeren via uw fractie in het Vlaams Parlement.

Er is natuurlijk nog een derde actor, meer bepaald de ziekenfondsen. Daar kan het nogal verschillend zijn. Er zijn ziekenfondsen die bijdragen voor hoorapparaten en voor gehoorbescherming. Dat verschilt van ziekenfonds tot ziekenfonds, omdat dat allemaal in de aanvullende regelingen zit, waar de besluitvormers de algemene vergaderingen van de ziekenfondsen zijn. Zij kunnen daar zeer verschillend in optreden.

Dit is misschien een ietwat frustrerend antwoord, gezien de limieten van mijn bevoegdheden, maar ik deel wel uw mening dat alles wat te maken heeft met geluid en erge geluidsoverlast die leidt tot gehoorschade een zwaar onderschat probleem in de samenleving vormt. Echt initiatief neem ik op dit moment echter vooral rond het beter terugbetalen van hoorapparaten.

15.03 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik voel inderdaad enige teleurstelling. Wij denken dat er wel een mogelijkheid is als men de oordoppen als een medisch hulpmiddel zou beschouwen. Er bestaat discussie over, maar voor sommige beroeps categorieën is het een medisch hulpmiddel om te voorkomen dat zij in de toekomst gehoorschade zullen lijden als gevolg van de eigenheid van hun beroep. Ik denk bijvoorbeeld aan leerkrachten lichamelijke opvoeding, die steeds meer hoorapparaten dragen omdat zij voortdurend in hoge decibels zitten. Het is ook niet gemakkelijk om de decibels van een groep spelende kinderen te verlagen als men LO-lessen geeft. Uit onderzoek is gebleken dat dat geluidsniveau echt heel hoog is.

Wij vinden dat het de moeite loont om na te gaan wat er op federaal vlak mogelijk is. In de toekomst moeten er toch mogelijkheden zijn. We moeten het niet alleen van de regio's laten afhangen. Het gaat niet echt om preventie, het gaat eerder om een hulpmiddel om te voorkomen dat er schade is. Ik hoop dat u die problematiek een beetje ruimer wilt bekijken en dat u zult nagaan of er op federaal niveau iets mogelijk is.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 33.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.33 uur.