

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 2 AVRIL 2024

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 2 APRIL 2024

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 10 et présidée par M. Roberto D'Amico.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.10 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 Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werkstraffen op de spoeddiensten" (55041753C)

01 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les peines de travail aux services d'urgence" (55041753C)

01.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, uw collega, minister Van Tigchelt, gaf een tijd geleden aan dat hij verkeersrecidivisten wou aanpakken door hun werkstraffen op te leggen op de spoeddiensten van ziekenhuizen. Op het eerste gezicht lijkt dat misschien een goed plan om hen inzicht in hun gedrag en de mogelijk tragische gevolgen ervan te doen krijgen, maar ik hoef u niet te vertellen dat spoeddiensten vandaag overspoeld worden en dat het daar alle hens aan dek is om de toestroom van patiënten gebolwerkt te krijgen. De wachtlijsten in de eerstelijnszorg en de uitval van personeel zijn daar niet vreemd aan. Het lijkt ons dan ook niet aangewezen precies de spoedgevallendiensten bijkomend te belasten met de begeleiding van werkgestraften.

Ondersteunt u de uitspraak van uw collega-minister Van Tigchelt?

Werd hierover overleg gepleegd met de ziekenhuissector? Zo ja, wanneer was dat? Wat was daarvan het resultaat?

01.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, ik heb de uitspraak van mijn collega, Paul Van Tigchelt ook gehoord. Zijn idee werd niet eerder besproken en er was evenmin overleg met de ziekenhuissector.

Ik vind het logisch dat mijn collega binnen zijn bevoegdheden zoekt naar de beste manier om verkeersrecidivisten aan te pakken. Een werkstraf met impact is zeker een valabele piste.

Ik betwijfel echter ook of zijn voorbeeld, een werkstraf op een spoedgevallendienst, het meest aangewezen is. U zegt terecht dat het vaak zeer druk is op een spoedgevallendienst. Per definitie gaat het daar om niet-planbare zorg waar men acuut op moet reageren. Alle energie moet er naar de zeer acute situatie gaan. Het is overigens ook niet erg realistisch dat een verkeersrecidivist in zo'n situatie aan de slag kan zonder begeleiding. Dan zal de aandacht die op dat moment acuut nodig is voor de patiënt, wel verminderen.

Er zijn ook andere redenen die pleiten voor enige terughoudendheid tegenover dat specifieke voorbeeld. Er is het aspect privacy. Een patiënt die binnengebracht wordt op een spoedgevallendienst, is niet noodzakelijkerwijs in staat toestemming te geven dat een derde persoon hem mee kan opvolgen. Het medische geheim moet ook gerespecteerd worden.

Bovendien behandelt niet elke spoedgevallendienst dagelijks grote verkeerstrauma's. Mogelijk zal de

verkeersrecidivist daar dus niet zien wat mijn collega voor ogen heeft, namelijk de gevolgen van zijn daden.

Experimenten in het verleden met een zeer harde benadering leverden niet altijd resultaat op. Dokter Luc Beaucourt heeft dat in de jaren '80 en '90 bepleit en toegepast, met zeer harde en zeer confronterende beelden. Jongeren – dat was toen de doelgroep – identificeren zich daar niet noodzakelijkerwijze mee.

Ik wil er ook op wijzen dat er vandaag vrijwilligers zorgondersteunend worden ingezet op de spoed, maar niet bij de behandeling van bijvoorbeeld slachtoffers van een verkeersongeval. Ze helpen eerder bij lichtere problemen, zogenaamde "huis-tuin-en-keukenongevallen", tussen aanhalingstekens, want die kunnen ook ernstig zijn. U begrijpt echter wat ik bedoel. Een vrijwilliger kan in zo'n lichte context wel goed werk doen. Een slachtoffer van een verkeersongeval is meestal zwaargewond en dan heeft men puur professioneel engagement nodig. Het zou niet helpen om daar een verkeersrecidivist bij te zetten.

Een zinvolle inzet van iemand die men wil confronteren met de gevolgen van een zwaar ongeval is wel denkbaar. Men zou die kunnen inzetten tijdens de revalidatie van iemand, zodat hij kan zien wat de dagelijkse strijd is, fysiek en mentaal, om er bovenop te komen, om te zien wat de impact op lange termijn is van een verkeersongeval. Inzet bij revalidatie zou dus misschien zinvoller zijn. Dan kan men ook toestemming vragen aan de patiënt.

Ik ben dus niet tegen het idee om mensen te confronteren met de gevolgen van hun daden, maar de vraag is wat een zinvolle inzet is voor het werkgedeelte van een werkstraf.

01.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft zelf al argumenten waarom het eigenlijk helemaal geen goed idee is. Ik denk dat het ook helemaal niet realistisch is en hoor nu tevens dat er totaal geen overleg was. Het is duidelijk dat het geen gedragen voorstel, maar een losse flodder is. Het kwam echter wel aan bij de sector. Het is dan ook de spoedgevallensector zelf die ons heeft aangesproken met de vraag of het voorstel er echt zal komen, omdat zij dat niet gebolwerkt zouden krijgen aangezien de situatie al heel erg is. Ik hoop dat u de minister hebt teruggefloten of op zijn minst hebt aangegeven dat het echt niet realistisch is. Uw suggestie om verkeersrecidivisten eerder te betrekken bij de revalidatie, is geen slecht idee. Misschien moet dat verder worden uitgewerkt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55041410C de Mme Caroline Taquin était reportée et devient donc sans objet.

02 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Botox als behandeling voor migraine" (55041526C)

02 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation du botox comme traitement contre la migraine" (55041526C)

02.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik kom even terug op mijn vraag van 30 januari over het in aanmerking komen van botox voor de behandeling van chronische migraine. U gaf aan dat de farmaceutische vorm beschikbaar is en sinds maart 2019 in aanmerking komt voor vergoeding bij de behandeling bij volwassen rechthebbenden. U gaf geen antwoord op de vraag over de toepasbaarheid van die vergoeding bij minderjarige patiënten. Chronische migraine treft immers niet alleen volwassenen, maar ook minderjarigen en jongeren in ons land. Daarom zou ik verduidelijking willen over de beschikbaarheid en terugbetaling van botoxbehandelingen voor minderjarigen met chronische migraine.

Zijn er specifieke voorwaarden of overwegingen die van toepassing zijn op die leeftijdsgroep? Zo ja, kunt u die nader toelichten? Zo nee, waarom niet?

Werd er een onderzoek in dat kader aangevraagd? Zo ja, wanneer verwacht u de conclusies van dat onderzoek? Zo nee, waarom niet en zou u dat alsnog overwegen?

Welke concrete stappen wil de regering nemen om ervoor te zorgen dat minderjarige patiënten die aan

chronische migraine lijden en waarbij de botoxprocedure als effectieve behandeling wordt beschouwd, ook een terugbetaling kunnen genieten zoals dat bij volwassenen gebeurt? Is er via het Bijzonder Solidariteitsfonds een uitweg voor die patiënten?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Merouw Depoorter, migraine bij kinderen en adolescenten werd recent besproken in het juryrapport van de RIZIV-consensusvergadering van 25 mei 2023 over het rationele gebruik van geneesmiddelen bij de behandeling van migraine. Dat rapport stelt onder meer dat de doeltreffendheid van onabotulinumtoxinA voor chronische migraine bij kinderen en adolescenten nog moet worden aangetoond, hoewel er al enkele veelbelovende resultaten werden gepubliceerd. Verschillende firma's hebben geneesmiddelen ontwikkeld op basis van botulinumtoxine type A, wat dus de actieve stof is in botox. De meeste firma's hebben echter vergunningen aangevraagd voor het gebruik van hun geneesmiddel voor esthetische doeleinden bij volwassenen. Enkele firma's hebben hun geneesmiddel ook ontwikkeld voor neurologische aandoeningen en daarvoor de nodige studies gedaan.

Ik zal het nu hebben over de specifieke voorwaarden om een geneesmiddel te vergunnen voor gebruik bij kinderen. Klinische data moeten aantonen dat het geneesmiddel doeltreffend en veilig is bij kinderen voor het gekozen gebruik. Die conclusie moet volgen na een analyse door de autoriteiten van de data. Onder meer de toegediende dosis is daarbij belangrijk. Een te lage dosis kan namelijk te weinig effect hebben, terwijl een te hoge dosis te veel bijwerkingen kan hebben. Ook moet nagegaan worden of de risico-batenverhouding van het gebruik van botox bij kinderen met chronische migraine positief is.

Botox werd vergund alvorens de pediatrische wetgeving in voege ging, de wetgeving die de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen ook bij kinderen oplegt. Daardoor moet in dat geval de firma bereid zijn om het geneesmiddel te ontwikkelen voor gebruik bij kinderen met chronische migraine.

Botox is daarenboven vergund voor de behandeling van chronische migraine bij volwassenen. Botox is in andere indicaties ook vergund bij kinderen, maar de bijsluiter vermeldt expliciet: "De veiligheid en werkzaamheid van botox bij de indicaties andere dan beschreven in de pediatrische sectie van rubriek 4.1 zijn niet vastgesteld. Er kan dan ook geen dosisaanbeveling gedaan worden voor die indicaties, met uitzondering van pediatrische focale spasticiteit geassocieerd met hersenverlamming". Ik verwijs dus naar de samenvatting van de productkenmerken. Dat is de stand van zaken.

U vraagt ook of er een onderzoek aangevraagd werd. De resultaten van een klinische studie bij adolescenten met chronische migraine werden ingediend bij de US FDA. Het betrof een gerandomiseerde, dubbelblinde, placebogecontroleerde studie bij 123 adolescenten.

De conclusie van de FDA was dat in dat onderzoek de werkzaamheid van botox vergeleken met een placebo voor de profylaxe van hoofdpijn bij adolescenten met chronische migraine niet vastgesteld werd. We volgen het onderzoek in dat domein op, onder meer door opvolging van wetenschappelijke literatuur en aanbevelingen van verschillende organisaties. Ik kan u wat wetenschappelijke referenties geven. U kent die echter ongetwijfeld ook.

U vraagt welke stappen ik zal nemen. Ik herhaal dat er toch nog twijfel is over het klinische nut van die medicatie bij minderjarigen. Indien er meer evidentie voor de behandeling beschikbaar zou komen, kunnen firma's een dossier bij de CTG indienen voor evaluatie van een eventuele terugbetaling.

Ten slotte vraagt u of het Bijzonder Solidariteitsfonds een uitweg biedt. Chronische migraine is geen zeldzame aandoening. Evenzo is de indicatie van botox voor de behandeling van die aandoening niet zeldzaam. Een tegemoetkoming voor die behandeling aan minderjarigen valt dus niet binnen de reikwijdte van het Bijzonder Solidariteitsfonds. De tussenkomst van het Bijzonder Solidariteitsfonds gebeurt ook altijd op basis van een individueel dossier. Daarmee een algemeen beleid ontwikkelen, kunnen we natuurlijk ook niet doen.

02.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het klopt dat u met het Bijzonder Solidariteitsfonds geen algemeen beleid kan ontwikkelen. Het kan echter wel wat soelaas bieden aan patiënten die wel geholpen zijn door een bepaalde molecule in een bepaalde indicatie. Het klopt ook dat het geen zeldzame ziekte of een zeldzame toepassing is. U verwees echter zelf naar een aantal wetenschappelijke publicaties die de werkzaamheid van botox bij chronische migraine wel kunnen aantonen. Ik volg u dat er altijd wetenschappelijke evidentie moet zijn wanneer we publieke middelen

besteden aan een of andere behandeling. Het is nog niet voldoende bewezen om in een reguliere terugbetaling voor adolescenten te voorzien. Het is wel jammer als iemand net buiten de volwassenheid valt en dus geen terugbetaling krijgt voor de botoxbehandeling bij chronische migraine. Het creëert schooluitval en schoolachterstand. Uiteraard zijn de financiële lasten voor de ouders zeer groot. Dat is toch van zeer nabij op te volgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55041563C de Mme Mieke Claes est reportée.

03 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopgezette campagne over de geestelijke gezondheidszorg" (55041589C)

03 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La suspension de la campagne sur les soins de santé mentale" (55041589C)

03.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in navolging van het protocolakkoord betreffende de gecoördineerde aanpak van de versterking van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg, goedgekeurd op 26 juli 2021, en de daaropvolgende overeenkomst tussen het verzekeringscomité en de netwerken geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot de financiering van psychologische functies in de eerste lijn, zou er een sensibiliseringscampagne in videovorm voor jongeren opgezet zijn. Een deel van die campagne zou echter stopgezet zijn, omdat die niet voldeed aan een aantal professionele vereisten.

Mijnheer de minister, wat is de kostprijs van die campagne voor het luik dat niet aangewend werd of zal worden? Klopt de stelling, zoals rondverteld wordt, dat de campagne, waarvan een aantal beelden werden verspreid, on hold werd gezet door de leden van de vergadering van het comité voor psychologen vanwege kritiek omtrent onpartijdigheid of partijdigheid? Welke gegevens, welke passage, welke boodschap stootte de critici dermate tegen de borst dat de campagne on hold werd gezet?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, voor die communicatiecampagne werd een openbare aanbesteding uitgevoerd en gegund in november 2023. De eerste golf van de campagne, aanvankelijk gepland voor december, werd uitgesteld. Het ongebruikte budget werd toegevoegd aan de twee andere golven van de campagne. De eerste golf is gestart op 11 maart en de tweede golf zal in juni 2024 plaatsvinden.

De reden voor het uitstel was een kwestie van timing. Eind december zou het verzekeringscomité een nieuwe overeenkomst goedkeuren met nieuwe maatregelen, die in februari 2024 en vervolgens in april 2024 van kracht zouden gaan. Het had dus weinig zin om de eerste communicatiegolf te handhaven op basis van een overeenkomst die op het punt stond af te lopen.

Inzake de kosten van het uitstellen van de campagne zijn er twee verschillende elementen.

Ten eerste werd de radiospot uitgesteld, waardoor de gereserveerde mediaruimte moest worden verplaatst. Met de radioregies kon een oplossing gevonden worden voor het verplaatsen van de spots, maar we ontvingen een boete van 9.000 euro van één van hen voor het niet-opnemen van de voorziene mediaruimte.

Ten tweede moesten we de website aanpassen aan de nieuwe overeenkomst en de bijkomende vragen van de stuurgroep. Dat betekende wijzigingen aan de inhoud en de functionaliteit. De wijzigingen kostten 13.886 euro meer dan het oorspronkelijke budget. De totale kosten voor het annuleren van het eerste deel van de campagne en de extra aanpassingen op vraag van de stuurgroep bedroegen in totaal 22.886 euro, exclusief btw.

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, 22.800 euro is een mooi budget dat in de vuilnisbak is gegooid. U hebt aangegeven dat een en ander on hold is gezet, omdat nog een nieuw akkoord moest worden gemaakt. Ik heb iets anders vernomen.

In elk geval, mijnheer de minister, moeten we oppassen met dergelijke zaken. Wij zijn in de

verkiezingscampagne, zowel u als de oppositie. Een bedrag van zowat 30.000 euro is in het water gegooit. Het had kunnen worden aangewend voor een sensibilisering die partijdigheid laat uitschijnen. Dat kan gevaarlijk worden. U moet dus alert zijn.

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

04 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ondersteunende geestelijke gezondheidszorgberoepen" (55041615C)

04 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les professions de support en soins de santé mentale" (55041615C)

04.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen biedt een wettelijke basis voor de erkenning van de ondersteunende GGZ-beroepen. In juni 2022 bracht de Federale Raad voor de GGZ-beroepen hierover al een positief advies uit. Ikzelf heb een voorstel in verband met de erkenning van de psychologische consultants, maar ik ben eigenlijk aan het wachten op een initiatief van de regering, dat er nog steeds niet is.

Vandaag volgen ongeveer 4.800 studenten de bachelor toegepaste psychologie. Dat zijn dus heel veel studenten. Het is nu eenmaal een heel populaire richting. In Limburg heeft men het afgelopen academiejaar ook een nieuwe opleiding geopend. Al die studenten hopen een helder perspectief te krijgen op de concrete toekomstmogelijkheden die hun diploma hun zal bieden, in elk geval als ze zelfstandig willen zijn. Overigens kunnen we die extra handen rond het bed goed gebruiken, zeker in de geestelijke gezondheidszorg.

Op mijn herhaalde vragen daarover kon u nooit nieuwe ontwikkelingen melden en bij de bespreking van uw beleidsnota kon u bevestigen noch ontkennen of de erkenning er deze legislatuur nog komt.

Mijnheer de minister, ik hoop in elk geval dat u vandaag – mijn vraag dateert al van februari – kunt verduidelijken waarom men nog wel of niet meer werkt aan een erkenning. Komt er nog een initiatief? Zo neen, welke hindernissen worden er ervaren?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Hoof, ik kan u nog steeds geen nieuwe ontwikkelingen melden in verband met de ondersteunende GGZ-beroepen. Ik denk dat ik de vorige keer al heb gezegd dat het een zeer complexe materie is, waarbij we niet over een dag ijs mogen gaan. Ze is verweven met de problematiek van de beoefening van de psychotherapie. De erkenning van de ondersteunende GGZ-beroepen behoeft wellicht een wetsaanpassing.

Het afgelopen jaar is er met betrekking tot de GGZ-beroepen veel aandacht naar de professionele stage gegaan. De tijd die deze legislatuur nog rest, blijft de prioriteit gaan naar de professionele stage, waarbij ik nog de nodige initiatieven wil nemen, zodat de stage vanaf het academiejaar 2025-2026 daadwerkelijk van start kan gaan.

Dat wil niet zeggen dat er geen middelen en tijd meer zijn om in andere dossiers vooruitgang te boeken, zoals dat van de ondersteunende beroepen, maar op dit ogenblik kan ik u geen nieuwe ontwikkelingen melden.

04.03 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik besluit daaruit dat het geen kwestie van onwil is, maar wel een van gebrek aan tijd die uw kabinet daaraan kan besteden.

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: En mijn administratie.

04.05 Els Van Hoof (cd&v): Dat is jammer, want dat advies dateert al van twee jaar geleden. In een volgende legislatuur kan er misschien worden bekeken wat in het Parlement kan worden gedaan. Ik herinner mij dat we voor de erkenning van de psychologen heel veel parlementair werk hebben verricht en dat een wetsvoorstel in het Parlement werd goedgekeurd.

Ik zal mijn wetsvoorstel inzake de ondersteunende GGZ-beroepen herwerken om het debat opnieuw op gang te brengen. Het aantal studenten neemt toe, net als het aantal vragen en noden en ik vind het jammer dat we de nood niet kunnen lenigen. Het dossier blijft achter, omdat er geen tijd meer is om

inzicht te krijgen in de complexe materie en om na overleg met iedereen tot een antwoord te komen. Als ik er de volgende legislatuur van de kiezer bij mag zijn, dan zal ik met een nieuw initiatief komen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n^{os} 55041712C de M. Robby De Caluwé, 55041824C de M. Steven De Vuyst et 55041825C de Mme Sofie Merckx sont sans objet.

05 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het pv van de meeting betreffende het marktonderzoek" (55041769C)**

05 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le procès-verbal de la réunion qui a porté sur l'étude de marché" (55041769C)**

05.01 **Kathleen Depoorter (N-VA)**: Mijnheer de minister, deze vraag betreft het FIA-project, het pv van de meeting betreffende het marktonderzoek.

Ik verwijs naar mijn vraag nr. 55041209C. In uw antwoord verwees u naar mails en informele gesprekken in verband met het rescEU-project op 4 maart 2022 met de firma's Movianto, DHL Pharma Logistics, Ziegler, Kuehne+Nagel en Van Moer Logistics. Ook verwijst u naar een overleg, waarvan notulen bestaan, tussen de FOD Volksgezondheid en de firma Movianto in het kader van hetzelfde project.

Ik herhaal de vraag of u mij de mails, de pv's van de meeting en het verslag kunt bezorgen?

05.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, u hebt inderdaad die aanvraag geformuleerd, met verwijzing naar de wet betreffende de openbaarheid van bestuur. Mijn beleidsorganen konden na het ontvangen van het vooronderzoeksrapport van de FIA overgaan tot een beoordeling in concreto van de door u opgevraagde bestuursdocumenten, dat in de zin van wat is bepaald in de wet van 11 april 1994. Ik heb u vandaag een brief gestuurd met de documenten die ik u kan geven. Overigens heb ik die documenten vorige week al gedeeld in de commissie.

05.03 **Kathleen Depoorter (N-VA)**: Mijnheer de minister, ik dacht dat u daarnaar zou verwijzen. Ik heb die mails bekeken. Een verslag van wat er met Movianto is gezegd, heb ik echter niet teruggevonden. We zullen daar morgen op terugkomen. Het enige wat ik heb vernomen in de *legal opinion* van AContrario, het advocatenkantoor dat u hebt aangesteld, is dat er een telefoongesprek met Movianto heeft plaatsgevonden en dat dit met de andere zogenaamde organisaties die deelnamen aan het marktonderzoek niet is gebeurd. Er is dus echt wel sprake van partijdigheid en van het miskennen van de regels inzake openbare aanbestedingen.

Mijnheer de minister, morgennamiddag zal boeiend worden, maar u valt volledig door de mand. Uw diensten vallen volledig door de mand.

Wat ik echt wil, is het rapport van het gesprek dat uw ambtenaar op 4 maart met Movianto heeft gevoerd. Zo zouden we die belangenvermenging samen eens zwart op wit kunnen doornemen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n^{os} 55041776C et 55041777C de Mme Laurence Hennuy ainsi que la question n° 55041780C de M. Daniel Senesael sont reportées.

06 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie aux enfants dont le QI est inférieur à 86" (55041805C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie aux enfants dont le QI est inférieur à 86" (55041806C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le calcul du QI" (55042011C)
- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie" (55042151C)

06 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86" (55041805C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86" (55041806C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De berekening van het IQ" (55042011C)
- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie" (55042151C)

06.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, c'est toujours délicat lorsque les collègues ne sont pas là, mais je n'ai pas eu de leurs nouvelles et je tiens à poser ma question, non seulement parce qu'elle est importante mais surtout parce que je n'ai pas pu obtenir de réponse claire et sensée en séance plénière.

Monsieur le ministre, ceci m'oblige donc à vous réinterroger sur la décision adoptée en kern le 20 mars dernier, à savoir d'enfin autoriser le remboursement des frais de logopédie pour tous les enfants, quel que soit leur QI.

Cette décision maintient une discrimination sur la base du QI puisqu'elle prévoit que les enfants qui ont un QI non plus de 86 mais de 70 n'auront droit au remboursement de leurs frais de logopédie que si ce QI a été attesté au préalable par un centre multidisciplinaire. Le délai d'obtention de rendez-vous dans ces centres peut atteindre deux ans, période d'attente durant laquelle les parents doivent y aller de leur poche pour les séances de logopédie.

Vous avez alors justifié ce maintien du critère du QI par le fait que l'accord du kern, je cite, "tient compte de l'intérêt des enfants et d'une approche basée sur l'évidence médicale, dans le cadre de la loi de 2019". Sauf que l'évidence médicale dit au contraire – et c'est ce qui ressort notamment d'une étude réalisée par l'UGent et la KU Leuven – qu'il est "scientifiquement irresponsable et donc injuste de fonder des décisions aussi importantes sur un QI ponctuel non fiable". Cette étude ajoute également que "le QI n'est pas mesurable avec précision et constitue donc une mesure relative des capacités et des compétences cognitives. Sur le plan psychométrique, il existe de nombreuses sources d'erreur de mesure et il est fortement influencé par toutes sortes de circonstances."

L'étude souligne enfin "qu'exiger un chiffre de QI spécifique pour une décision importante telle que le remboursement ou non va à l'encontre de l'utilisation et de l'interprétation correctes du résultat d'un test de QI, qui doit toujours tenir compte de l'intervalle de confiance du test utilisé".

Monsieur le ministre, pourquoi n'avez-vous pas supprimé purement et simplement ce critère de QI? Quels sont les autres dossiers qui ont fait l'objet de ce marchandage au sein du kern? On sait par exemple que la semaine précédente, un accord sur le remboursement de la logopédie avait en fait été retiré à défaut d'accord sur le dossier bpost. Confirmez-vous cette information?

Qu'en est-il également de l'étude sollicitée auprès du KCE?

Enfin, si vous persistez, pouvez-vous à tout le moins nous garantir que le délai d'attente pour les centres multidisciplinaires sera résorbé d'ici le 1^{er} juillet 2025, ou allez-vous laisser les entités fédérées s'organiser seules? Les avez-vous au moins consultées?

La Conférence interministérielle (CIM) Santé s'est-elle penchée sur cette question? Vous avez annoncé en plénière que le gouvernement fédéral vous avait chargé de saisir la CIM Santé pour examiner les

conditions et moyens nécessaires pour garantir une approche multidisciplinaire aux enfants à problèmes multidimensionnels? Qu'en est-il aujourd'hui?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, je vous ai présenté l'état de la situation jeudi dernier en séance plénière, de sorte qu'il me semble inutile de reprendre toutes les explications que j'ai données. Je vous renvoie donc à la réponse que j'ai donnée jeudi en séance plénière. J'ajouterai que le projet d'arrêté royal a été soumis au Comité de l'assurance ce lundi et qu'il va donc poursuivre son parcours administratif.

Par ailleurs, les scientifiques et les professionnels ont des opinions assez divergentes en la matière. Nombreux sont ceux qui disent qu'il faut impérativement garantir qu'un enfant qui souffre de multiples problèmes fasse l'objet de cette évaluation multidisciplinaire, qui n'exclut pas une logopédie monodisciplinaire dans le projet que nous proposons. Il est néanmoins essentiel de garantir une approche multidisciplinaire à des enfants qui ont des besoins multidimensionnels.

En outre, comme je l'ai dit en séance plénière, je vais saisir la CIM Santé en ce qui concerne l'accès aux centres de réadaptation en ambulatoire. Il s'agit là d'une responsabilité des entités fédérées, responsabilité qu'elles doivent donc assumer.

06.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie, même si je suis au regret de constater que vous ne répondez toujours pas à mes questions, alors que vous en disposiez depuis quand même un bon moment.

J'aurais souhaité vous entendre quant à cette fameuse étude de l'UGent et de la KU Leuven, qui est quand même assez implacable et qui donne raison aux parents qui ont intenté un recours contre cette discrimination. La seule réponse que vous me donnez par rapport à cela, c'est que les scientifiques et les professionnels sont divisés en la matière. Il en ressort donc que votre choix est d'aller vers les études qui vont dans votre sens. Je trouve cela assez terrible, d'autant plus que cela souligne bien que votre décision n'a pas été prise sur la base de l'évidence médicale, comme vous l'aviez affirmé jeudi dernier en séance plénière, puisque vous dites vous-même que les scientifiques et les experts ne sont pas d'accord entre eux.

Vous nous dites également que le but est de garantir une approche multidisciplinaire pour répondre à des besoins divers chez les enfants. Ma position n'a jamais été inverse. Le problème, c'est que vous soulignez sans cesse l'approche multidisciplinaire et que, ce faisant, vous niez la réponse qui est déjà donnée aujourd'hui à des enfants via la logopédie monodisciplinaire. Cela constitue déjà une réponse pour certains enfants, dont les parents ont aujourd'hui peur d'être privés à l'avenir si, par malheur, le QI venait à être évalué à moins de 70.

Enfin, sur la responsabilité des entités fédérées, là aussi, vous refilez la patate chaude aux autres niveaux de pouvoir. Vous ne me dites pas si, à tout le moins, ils ont été consultés au préalable. Vous prenez donc une décision sans tenir compte de l'avis de la science, sans tenir compte des entités fédérées. Ce faisant, on maintient les parents dans le flou le plus total. Je trouve que c'est assez terrible.

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

07 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuisperformantie" (55041822C)

07 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La performance des hôpitaux" (55041822C)

07.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, onlangs stond er een interessant artikel in *Zorgwijzer*, het blad van Zorgnet-Icuro, waarin de evolutie van de zorgkwaliteit in 99 Belgische ziekenhuizen tussen 2008 en 2018 werd onderzocht. Daarin was er een aantal opvallende vaststellingen, onder andere de stijging van het aantal heropnames tot 5,2 % en de hoge sterftegraad bij ernstige, maar behandelbare complicaties tijdens het ziekenhuisverblijf. Nog opvallender was de grote variatie tussen de ziekenhuizen onderling, wat voor meerdere parameters terugkwam. Daarbij viel op dat het mortaliteitscijfer varieert tussen 2,1 % en bijna 5 % en dat de *failure to rescue* vier keer hoger was in bepaalde ziekenhuizen dan in andere.

Het is dus duidelijk dat de prognose afhankelijk is van het ziekenhuis waar men wordt opgenomen. De onderzoekster stelde concreet dat, als de 25 slechtste presteerders inzake mortaliteit het even goed zouden doen als de mediaan, we meer dan 4.000 overlijdens per jaar zouden vermijden. Dat is toch zorgwekkend. De grootte, regio of universitaire status van het ziekenhuis zouden geen rol spelen om de verschillen te verklaren.

Ik heb die problematiek al herhaaldelijk aangekaart. Voorheen bleven die cijfers onder de radar, ook omdat de informatie nogal versnipperd is, maar ik wil toch graag enkele vragen stellen.

Wat vindt u zelf van de analyse? Welke lessen trekt u eruit en welke acties zult u ondernemen?

Onderzoeken de federale overheid of uw diensten de ziekenhuisperformantie in alle Belgische ziekenhuizen? Bent u het ermee eens dat de data te versnipperd zijn en dat er zich wat dat betreft een hervorming opdringt?

Hoe verklaart u de grote variatie tussen de ziekenhuizen? Denkt u dat de ziekenhuiscultuur of de bestaffingsgraad daarin een rol speelt? Gebeurt er bijvoorbeeld onderzoek naar de correlatie tussen de bestaffingsgraad en ziekenhuisperformantie?

De kwaliteitsverschillen blijken ook vaak organisatiebreed. Een identiek persoon met een identiek ziektebeeld zou beter af zijn in het ene ziekenhuis dan in het andere. Moet er volgens u een brede analyse gebeuren van de prestaties van ziekenhuizen voor specifieke ingrepen of procedures?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de evaluatie van de performantie van ons gezondheidszorgsysteem is niet nieuw. In februari publiceerden het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, samen met de federale partnerinstellingen, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en Sciensano het nieuw performantierapport van het Belgisch gezondheidssysteem. Toen die oefening in 2007 voor de eerste keer in ons land werd uitgevoerd, werden een vijftigtal indicatoren geïdentificeerd om de stand van zaken van het gezondheidszorgsysteem te beschrijven en op te volgen.

Nu, 15 jaar later, worden er 142 indicatoren gebruikt om ons een correct en relevant beeld te geven van de jongste evoluties met betrekking tot de toestand van het gezondheidssysteem in termen van kwaliteit en veiligheid, toegankelijkheid, duurzaamheid, efficiëntie, veerkracht en billijkheid; dimensies die bovendien ook in hun samenhang onderzocht moeten worden. Op dat vlak is er wel wat rapportering en is er ook vooruitgang.

Uit dit recent rapport van het Kenniscentrum over de performantie van het Belgisch gezondheidssysteem blijkt dat variatie tussen ziekenhuizen deels verklaard kan worden door verschillen in termen van de geografische, de demografische en de sociaal-economische kenmerken, maar ook dat vergelijkingen met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Het is immers niet altijd mogelijk om te corrigeren voor alle risicofactoren. Verder zijn er ongetwijfeld ook verschillen tussen de patiëntenpopulaties die we niet meteen capteren via die brede en belangrijke termen. Het roept inderdaad de vraag op, zelfs indien men voor al die factoren zou kunnen corrigeren, wat men moet doen met de resterende kwaliteitsverschillen die op die manier tot uiting komen.

Voor nogal wat aspecten zijn er al beleidsacties geïnitieerd, waarvan in het recente rapport van het Kenniscentrum ook enkele initiatieven voor de verschillende dimensies van performantie en kwaliteit worden toegelicht. Specifiek met betrekking tot de performantie van algemene ziekenhuizen werd in 2018 een Pay for Performance-programma geïntroduceerd, waarbij de ziekenhuizen een financiële beloning ontvangen op basis van de kwaliteit en de uitkomsten van de zorg die zij leveren. Dat programma is gebaseerd op kwaliteitsindicatoren waar een organisatiebrede variatie in kwaliteit wordt vastgesteld. Zo'n programma is natuurlijk een stimulans voor ziekenhuizen om de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren.

Ik ben absoluut voorstander van een meer doorgedreven analyse, rapportering en modulering van een activiteitsgebonden financiering in functie van de resultaten en dus van een versterking van dat Pay for Performance-programma. Als onderdeel van de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering die geprogrammeerd staat, versterk ik het Pay for Performance-programma door de indicatoren uit te breiden en de daaraan verbonden financiering te verhogen. Dat is een *work in*

progress. In eerste instantie wordt, mede op basis van het advies van de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, hierin nu ook de gestandaardiseerde ziekenhuisbrede mortaliteit opgenomen als een indicator voor de performantie van het ziekenhuis. Dat is overigens ook een van de performantie-indicatoren die door mevrouw Van Wilder werden bekeken.

Ik wil dat nog verder uitbreiden met andere indicatoren, zoals ziekenhuisinfecties, maar er zijn essentiële voorwaarden. Zo moeten we zeker zijn dat de cijfers waarop we ons baseren, valide zijn, zodat we ook *gaming* in hoofde van de ziekenhuizen in het opleveren van cijfers kunnen uitsluiten. Ik wil ook nog meegeven dat ik dat bij voorkeur verder uitrol in overleg met de deelstaten, in het kader van de hun toegewezen bevoegdheden.

Ik beklemtoon dus dat we zeker voorstander zijn van een meer doorgedreven analyse, rapportering en modulering van een activiteitsgebonden financiering in functie van P4P. Verder wil ik, naast de nu geïncorporeerde cijfers over de ziekenhuisbrede mortaliteit, daarin verdere parameters opnemen, wat veronderstelt dat men ze in de eerste plaats valideert. Dat is een essentieel uitgangspunt. Men moet valide indicatoren hebben, zodat *gaming* wordt uitgesloten, maar op dat punt hebben we nog heel wat werk te doen.

07.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, vandaag worden zoveel data ingegeven door ziekenhuizen. We zouden daarmee veel meer kunnen doen, zoals ook benchmarking, dus een interne vergelijking in de ziekenhuizen, zodat zij een zicht hebben op hoe andere ziekenhuizen met een vergelijkbare omvang het doen. Dat zou al heel veel kunnen verbeteren. Daardoor zouden processen ook kunnen worden aangepast. Dat is immers vaak het probleem.

Meer dan 4.000 overlijdens per jaar die zouden kunnen worden vermeden, indien de slechtst presterende ziekenhuizen alleen maar even goed zouden presteren als de mediaan, dus nog niet eens als de beste ziekenhuizen, is een cijfer dat boekdelen spreekt. Dat aantal ligt ongeveer zeven keer hoger dan het aantal verkeersdoden per jaar. Dat is dus enorm veel. Ik zou daar dus absoluut op inzetten. De *performance*, zoals ze nu is opgevat, stimuleert immers te weinig.

Ook opvallend is dat de grootte van het ziekenhuis, de regio, maar ook de universitaire status niet noodzakelijk een rol spelen. Ik zou dus willen vragen om nog tijdens de huidige legislatuur, in de mate dat het kan, want er is niet veel tijd meer, maximaal in te zetten op transparantie en op het rapporteren van data. Dat is, zoals al aangegeven, letterlijk van levensbelang.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventiegraad bij kinesitherapeuten, logopedisten en tandartsen" (55041832C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De daling van de conventiegraad van tandartsen van 60 naar 55 %" (55042100C)

08 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le taux de conventionnement des kinésithérapeutes, des logopèdes et des dentistes" (55041832C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le passage du taux de conventionnement des dentistes de 60 % à 55 %" (55042100C)

08.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, deze vragen gaan over het aantal geconventioneerde zorgverstrekkers. Onlangs ontving ik cijfers daaromtrent. Bij tandartsen werd het niveau van de conventiegraad niet gehaald. Bij de kinesitherapeuten werd het nipt gehaald, niet in Vlaanderen, maar over heel België bekeken wel.

Zijn er verschillen merkbaar per provincie of arrondissement? Ik denk immers niet dat dit al voor alle zorgverstrekkers werd gepubliceerd.

Zijn er verschillen waarneembaar per leeftijdscategorie? We zagen in het verleden immers dat de zorgverstrekkers uit de jongere leeftijdscategorieën eerder geneigd zijn om te deconventioneren.

Wat zijn de voorwaarden om als een actieve zorgverstrekker te worden beschouwd? Ik hoor daarop immers heel wat commentaar. Is het juist dat men al vanaf één verstrekking per jaar beschouwd wordt als actieve zorgverstrekker, want dan is dat niet erg representatief?

Is het juist dat alle zorgverstrekkers die pas zijn afgestudeerd, sowieso worden meegeteld als geconventioneerde zorgverstrekker?

Wat gebeurt er met zorgverstrekkers die gepensioneerd zijn? Worden zij ook meegeteld als actieve zorgverstrekker en geconventioneerd?

Wat is uw conclusie over de conventiegraad voor de verschillende arrondissementen, provincies of leeftijdscategorieën?

U zou ook een enquête uitvoeren onder zorgverstrekkers om de oorzaak van deconventie te achterhalen. We horen daarover echter heel weinig. Hoe ver staat het met die enquête? Wat is de vraagstelling exact en wanneer kunnen we de resultaten verwachten?

Mijn tweede vraag gaat over het niet halen van de conventiegraad voor de tandartsen.

Kan de bepaling dat minstens 60 % van de tandheelkundigen akkoord moeten gaan met de overeenkomst worden aangepast naar 55 %, zoals u hebt voorgesteld? Zo ja, op welke basis? We merken dat er morgen een wetsvoorstel op de agenda staat. Blijkbaar moet de meerderheid dat dus oplossen. Ik vraag mij toch af of dat zomaar kan. Gebeurt dat met opzet, om op die manier de Raad van State te omzeilen en door er een wetsvoorstel van te maken? Of hoe moeten we dat precies zien?

Wat gebeurt er met de streken waar meer dan 50 % tandartsen hebben geweigerd om tot het akkoord toe te treden?

Geldt de verlaging van 60 naar 55 % als een tijdelijke maatregel? Ik heb begrepen van wel op basis van het wetsvoorstel. Wat gaat er ondertussen gebeuren? Gaat u opnieuw in gesprek met de zorgverstrekkers, met de tandartsen? Hoe zult u dat aanpakken?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik zal ik u de cijfers over de conventiegraden bezorgen tot op het niveau van het arrondissement voor de drie zorgberoepen. Dat is een heel lange tabel, bladzijdenlang cijfers, die ik u overhandig of per e-mail zal bezorgen.

Globaal kan ik de conventiegraad als volgt samenvatten. 56,97 % van de tandartsen heeft aangegeven de conventietarieven te zullen volgen. In Vlaanderen gaat het om 48,88 %, in Brussel om 63,31 %, in Wallonië om 67,61 %.

67,38 % van de logopedisten heeft aangegeven de conventietarieven te zullen volgen. In Vlaanderen gaat het om 57,95 %, in Brussel om 73,27 %, in Wallonië om 80,16 %.

66,11 % van de kinesitherapeuten heeft aangegeven de conventietarieven te zullen volgen. In Vlaanderen gaat het om 52,93 %, in Brussel om 69,74 %, in Wallonië om 85,59 %. U krijgt de cijfers per arrondissement voor de verschillende beroepsgroepen.

U vraagt naar de leeftijdsgradiënt in dezen. Ik kan u tabellen bezorgen per leeftijdsgroep van tien jaar. Concluderend kan ik stellen dat de conventiegraad hoger ligt bij zorgverleners op oudere leeftijd, en dat geldt voor de drie door u bevraagde zorgberoepen. Dat zult u duidelijk merken in de cijfers voor die drie beroepen.

Welke zijn de voorwaarden om als een actieve zorgverstrekker te worden beschouwd? Klopt het dat men al vanaf één verstrekking per jaar beschouwd wordt als actieve zorgverstrekker? We beschouwen iemand als een actieve zorgverlener wanneer die een actief RIZIV-nummer heeft. Bij de tandartsen leggen we geen link met het aantal prestaties of verstrekkingen per jaar. Bij de kinesitherapeuten en de logopedisten houden we voor de officiële berekening van het toetredingspercentage rekening met zorgverleners die minstens één verstrekking hebben aangerekend in 2022, vermeerderd met de zorgverleners die in 2023 een RIZIV-nummer hebben gekregen.

U vroeg of het klopt dat alle zorgverleners die pas afgestudeerd zijn sowieso worden meegeteld als geconventioneerd. Alle zorgverleners met een actief RIZIV-nummer, dus ook zij die pas afgestudeerd zijn, hadden de mogelijkheid zich te deconventioneren vermits het om nieuwe nationale akkoorden of overeenkomsten ging. In de bovenvermelde cijfers worden zij dus niet steeds als geconventioneerd zorgverlener beschouwd. Buiten deze context van nieuwe akkoorden en nieuwe overeenkomsten is de mogelijkheid voor pas afgestudeerde zorgverleners om zich in het jaar van afstuderen zelf te deconventioneren inderdaad ingeperkt.

U vroeg dan naar de gepensioneerden. Gepensioneerde zorgverstrekkers met een gedeactiveerd RIZIV-nummer worden niet meegeteld als actieve zorgverleners. Ze worden dus ook niet meegeteld in de toetredingspercentages.

Ik kom dan bij mijn conclusie. De verschillen tussen de regio's en de leeftijdsgroepen zijn natuurlijk een aandachtspunt. Dat moet allemaal meegenomen worden in een reflectie die ik heb gevraagd aan de actoren in het RIZIV. Het zeer algemene beeld van jongeren dat naar voren komt, heeft misschien te maken met een bepaalde cultuur, waarbij jonge mensen het evidenter vinden om niet te werken volgens het conventiesysteem. Jonge mensen hebben misschien minder dan hun oudere collega's het gevoel dat tariefzekerheid voor hun patiënten belangrijk is. Ik durf daarover nu niet veel meer te zeggen.

U had het over de enquête. De vraag werd daar gesteld. Ik wil voor ik daartoe kom, benadrukken dat er over tariefakkoorden en overeenkomsten tussen vertegenwoordigers van de zorgverleners en de ziekenfondsen wordt onderhandeld. Die worden door hen gesloten. Ik ga ervan uit dat bij een overlegmodel de actoren rekening houden met de gevoeligheden en de verwachtingen van het terrein, dat ze die kennen en meenemen. Ik zal niet alle cijfers herhalen over de investeringen die we gedaan hebben, maar die zijn zeer aanzienlijk.

Alleen al in de begroting voor 2024 zijn er bijkomende investeringen van 142 miljoen voor tandartsen, meer dan 119 miljoen voor kinesitherapeuten en meer dan 36 miljoen voor logopedisten. Als men dat over enkele jaren bekijkt, merkt men dat de budgetten voor de tandartsen, de kinesisten en de logopedisten enorm zijn gestegen. Die sectoren werden niet in de steek gelaten, wel integendeel. De conventiecijfers weerspiegelen die enorme investeringen echter niet. Ik denk dat dit een reden is om grondiger te enquêteren waarom mensen dat niet doen.

Uw overige vragen zullen morgen aan de orde zijn bij de bespreking van het wetsvoorstel. Volgens mijn informatie wijzigt het wetsvoorstel enkel de nationale lat en niet de arrondissementele regeling en betreft het een tijdelijke maatregel.

08.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, op basis van de cijfers die u noemt en de verschillen tussen de gewesten kunnen we stellen dat er noch voor de tandartsen, noch voor de logopedisten, noch voor de kine's in Vlaanderen sprake is van een actieve conventie. Dat spreekt toch wel boekdelen. Ik had verwacht dat dit in die enquête zou worden onderzocht. Er moeten ook verklaringen worden gezocht voor de manier van attesteren.

Ik denk niet dat het toevallig is. Voor de nieuwe generatie zorgverstrekkers zijn er echt wel problemen. Er wordt niet aan hun behoeften tegemoetgekomen. U spreekt van een cultuurverschil, maar zou een praktijk vandaag gewoon niet heel veel kosten? De opleiding is ten opzichte van vroeger veranderd en er wordt veel meer gespecialiseerde zorg verstrekt die veel geld kost. Dat hoor ik alvast op het terrein.

De enige manier om hieruit te raken en van een objectieve basis te kunnen vertrekken voor een gedachtewisseling, is een kostprijsberekening. Dat wordt al lang beloofd, maar er wordt nooit werk van gemaakt. Ik dring er echt op aan om te berekenen wat een uur tandzorg, een uur kine of een uur logopedie kost. Zo kunnen we stoppen met dat welles-nietesspelletje en een echt debat voeren over wat er al dan niet mogelijk is. We zullen er anders niet uit raken.

U had het over het wetsvoorstel dat morgen op tafel komt, om voor de tandartsen de grens te verlagen om tot een akkoord te komen. Ik vind dat een heel rare manier van werken. Wat was immers het grote probleem? Waardoor hebt u, volgens mij, echt wantrouwen gecreëerd bij de tandartsen? Dat komt door het botweg afschaffen van de mogelijkheid om supplementen te vragen aan mensen met een verhoogde tegemoetkoming.

U hebt zelf gemerkt, vermoed ik, dat dat voor sommige sectoren zwaar problematisch is. Dat daarover niet op voorhand gesproken is met de beroepsgroep, heeft echt kwaad bloed gezet. U ziet nu wat het gevolg is.

Wat er nu gebeurt met de arrondissementen waar er geen 50 % toetreding is, is mij nog niet helemaal duidelijk. Daarover zullen we het wellicht morgen hebben.

08.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik wil toch nog even reageren. Er is niet over gesproken? Hoe durft u dat te zeggen? Er is gedurende anderhalf jaar over gesproken. Ik heb de vertegenwoordigers van de artsen en van de tandartsen gezegd dat, als zij een voorstel zouden doen waarover overlegd was in respectievelijk de Medicomut en de Dentomut, ik dat voorstel zou implementeren.

Eigenlijk is dat ook gebeurd. Wat we nu voorleggen bij besluit inzake de beperking van supplementen, zit in het akkoord van de Dentomut en in het akkoord van de Medicomut. Het is gepasseerd via het Verzekeringscomité. Het heeft daar nog eens advies gekregen. Natuurlijk was een aantal actoren niet gelukkig met dat initiatief. Dat is iets anders, maar dat daarover niet overlegd zou zijn, is van de pot gerukt!

Overigens, als u het nuchter bekijkt, is het feit dat we aan niet-geconventioneerde artsen en tandartsen zeggen dat ze aan patiënten die het financieel en sociaal moeilijk hebben, geen supplementen meer mogen vragen vanaf 2025, in stappen, en in 2026 volledig, eerder een reden om zich toch maar te conventioneren dan om dat niet te doen. Zij verliezen immers – gelukkig maar – de vrijheid om aan arme mensen supplementen te vragen. Gelukkig maar. Ik weet dat u daar tegen bent. U vindt dat supplementen vragen, moet kunnen. Ik vind dat dat niet moet kunnen. U zegt dan dat er daarover geen overleg gepleegd is. Er werd echter uitvoerig overleg over gepleegd. Dat men van mening verschilt, is eerbaar, maar men moet de dingen zeggen zoals ze zijn.

08.05 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, ik zeg de zaken heel graag zoals ze effectief gebeurd zijn. Wij kregen hier een wetsontwerp houdende diverse bepalingen op ons bord waarin enkele artikelen gingen over het verbod op ereloon-supplementen voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Daarover was er op dat moment totaal niet overlegd met de tandartsen. Zij wisten nergens van en vielen totaal uit de lucht. U zei daarop dat er nog overleg zou volgen met de tandartsen, maar toen was die wet al goedgekeurd. Toen was het al zover!

U zegt dat het logisch is dat men aan een paar arme patiënten geen supplementen vraagt. Mijnheer de minister, u zou eens moeten weten hoe onaangepast sommige tarieven zijn. Als we nu aangepaste tarieven zouden hebben, dan zou ik daarmee geen probleem hebben. Dan zou ik mijn patiënten met plezier zeggen dat het goed terugbetaald zal worden, omdat de overheid ervoor gezorgd heeft dat die parodontale of endodontische behandelingen of behandelingen voor mensen met bijzondere noden goed terugbetaald worden. Dat is echter niet het geval. Dat is niet zo, mijnheer de minister. We moeten dus wel supplementen vragen.

In sommige regio's bestaat tot een derde van het patiëntenbestand uit mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Wat gaat u daar doen? Zeggen dat men voor een derde van zijn patiëntenbestand dan maar onder de kostprijs moet werken? Maak een einde aan die discussie en maak een kostprijsberekening. Dan hebben we een eerlijk debat en is het gedaan met dat welles-nietesspelletje.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 **Question de Chanelle Bonaventure à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de l'oncologie pédiatrique et la situation en province de Liège" (55041852C)**

09 **Vraag van Chanelle Bonaventure aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de kinderoncologie en de situatie in de provincie Luik" (55041852C)**

09.01 **Chanelle Bonaventure (PS)**: Monsieur le président, j'ai déposé cette question il y a plusieurs semaines pour relayer les préoccupations des hôpitaux liégeois. Il apparaît qu'une décision a été prise

par le gouvernement pour centraliser le diagnostic et le plan de traitement des enfants et adolescents atteints d'un cancer. Cette concentration a été décidée dans le but d'une meilleure prise en charge.

Monsieur le ministre, je renvoie à ma question écrite tout en vous demandant comment on peut rassurer les familles de la province de Liège qui craignent de devoir faire de nombreux kilomètres pour soigner leurs enfants.

Monsieur le ministre, on diagnostique chaque année dans notre pays quelque 300 à 350 cas de cancers chez des enfants et adolescents. Ce sont souvent des cas de leucémie, ainsi qu'une proportion non négligeable de cancers du système nerveux central.

Lors de précédents échanges, vous affirmiez qu'une concentration des soins en hémato-oncologie était nécessaire. Selon vous, il faut que les patients puissent être soignés dans des établissements qui jouissent de la meilleure expertise qui soit.

Il me revient que vous souhaitez aujourd'hui centraliser ces soins oncologiques aux enfants dans les hôpitaux qui traitent plus de 100 cas par an.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous dresser les grandes lignes de la réforme envisagée? Combien de centres de référence devraient être considérés dans ce cadre?

Les hôpitaux de la province de Liège approchent des 100 cas par an. Avec cette réforme, il pourrait donc ne pas y avoir de centre de référence dans la province malgré la présence d'un hôpital universitaire sur le territoire, avec toutes les conséquences pour les enfants et adolescents ainsi que leur famille en terme d'accessibilité, de déplacements, puisqu'ils devraient se rendre à Bruxelles pour à tout le mois pour le diagnostic et le plan de traitement. Confirmez-vous cette situation?

Je vous remercie pour vos réponses.

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Bonaventure, j'ai en effet élaboré un projet d'arrêté qui adapte les normes de programmes de soins en hémato-oncologie pédiatrique à l'évolution de ces dernières années, préconisant une concentration des soins spécialisés dans des centres de référence. Je tiens à souligner que cela s'est fait à la demande expresse de la Belgian Society of Paediatric Haematology Oncology (BSPHO), donc à la demande des spécialistes en la matière. La BSPHO est d'avis qu'une concentration accrue des soins complexes pour des maladies rares – ceci est une maladie qui touche 400 nouveaux cas par an – s'impose, notamment afin de continuer à garantir l'accès de ces enfants aux médicaments innovants. La BSPHO s'appuie à cet égard sur des recommandations internationales entre autres du Réseau européen de référence pour l'oncologie pédiatrique, le *European Reference Network for Paediatric Oncology (ERN PaedCan)*.

Le projet de réglementation vise dès lors à regrouper l'expertise dans un nombre limité de centres de référence, qui vont développer des programmes de soins spécialisés en hémato-oncologie pédiatrique, centres qui organisent la mise au point diagnostique initiale, la consultation hémato-oncologique pédiatrique pluridisciplinaire ainsi que l'élaboration du plan de traitement pour tous les patients, et au sein desquels sont concentrés les transplantations de moelle épinière et la chirurgie oncologique, ainsi que certains traitements complexes bien précis. Ces centres passent également des accords entre eux en termes de modalités thérapeutiques innovantes.

Signalons que le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) soutient, lui aussi, cette concentration d'expertise et de connaissances techniques ainsi que la coordination et le suivi scientifique dans des centres de référence.

Comme vous, le CFEH attire l'attention sur la nécessité d'un équilibre entre centralisation et proximité. Une collaboration structurée avec des centres satellites qui, dans le cadre de l'exécution du plan de traitement individuel, prennent en charge une partie de celui-ci, de la rééducation, du suivi et, le cas échéant, des soins palliatifs au plus près du lieu de résidence du patient – en sachant qu'eux aussi disposent d'une expertise spécifique – contribue, selon moi, à l'accessibilité des soins.

En ce qui concerne l'établissement du diagnostic et les thérapies très complexes, je persiste toutefois à dire qu'une concentration est nécessaire. En effet, ce n'est qu'en agissant de la sorte que nous

pouvons offrir aux patients la meilleure qualité de soins possible. Selon moi, c'est ce qui est le plus important.

J'aimerais encore signaler que le projet de réglementation ne fixe aucun maximum pour les centres de référence. Ce sont les entités fédérées qui sont compétentes pour appliquer les normes et pour veiller à la répartition géographique.

Donc, madame Bonaventure, je crois qu'il faut distinguer les étapes complexes et délicates d'un traitement et les traitements de suivi qui peuvent être accomplis à proximité du domicile de l'enfant en question.

09.03 Chanelle Bonaventure (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour les précisions que vous avez apportées et pour votre réponse circonstanciée.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55041901C de Mme Barbara Creemers est reportée, tout comme la question n° 55041917C de M. Robby De Caluwé.

10 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "RescEU" (55041919C)

10 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "RescEU" (55041919C)

10.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in februari werd aangekondigd dat het rescEU-programma via ons land ten einde liep en dat de giften aan Oekraïne voortaan via een hub in Polen zou verlopen. Eerder gaf u al aan dat een tiental transporten was uitgevoerd. Het budget daarvoor was oorspronkelijk vastgelegd op 1,4 miljoen euro. Een voltijdse consultant werd via de FOD Volksgezondheid aan Movianto ter beschikking gesteld. In de communicatie stond dat er 600 paletten in kader van het project werden getransporteerd.

Mijnheer de minister, kunt u mij de finale afrekening bezorgen? Hoeveel werd er uiteindelijk gefactureerd voor het transport van de 600 paletten? In hoeverre voerde u een benchmark uit voor de prijs van de 10 transporten?

Is de consultant nog in dienst van Movianto of van de FOD Volksgezondheid? Of werkt de consultant nu via HERA?

Het transport van medisch materiaal in het kader van private donaties verloopt voortaan via Polen. Kunt u mij zeggen wie de hub uitbaat en wie de logistieke partner van het project is? Klopt mijn informatie dat de Waldengroep, de holding boven Movianto, die taak werd toebedeeld?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ten eerste, het aantal donaties uitgevoerd in het kader van het rescEU-project sinds maart 2022 tot eind december 2023, bedraagt in totaal 20, verspreid over een groter aantal transporten.

Voor het managen van de stock, het stockeren, het controleren en het voorbereiden van het transport en het aanleveren van een consultant aan de FOD Volksgezondheid heeft de FOD in het kader van het rescEU-project ongeveer 1,18 miljoen euro aan Movianto betaald, in de periode van maart 2022 tot en met december 2023. De kosten voor het transport van de goederen bedroegen 146.000 euro.

De totale kostprijs voor het rescEU-project is 1.320.000 euro.

Ten tweede, het contract met Movianto met betrekking tot de consultant werd eind 2023 beëindigd. Het originele plan was het contract tot eind februari 2024 te laten lopen. Het contract werd vroegtijdig overigens in gezamenlijke overeenstemming stopgezet, omdat de kritieke responsfase van de oorlog was afgelopen en er niet langer een noodzaak was voor een fulltime consultant tot eind februari 2024.

Wat uw derde vraag betreft, hebben mijn administratie en mijn kabinet geen informatie.

10.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, heb ik het goed begrepen dat de totale kostprijs voor de twintig transporten 146.000 euro bedroeg, terwijl er in totaal 1,18 miljoen euro werd uitgegeven?

10.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, dat is het antwoord dat ik heb gekregen.

10.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de bonus voor het rescEU-project was dus grofweg een miljoen euro voor wat stockage.

Bij mijn opzoekwerk kwam ik aan een factuur van ongeveer 135.000 euro of een factuur van 68.000 euro, afhankelijk van door welke transporteur het vervoer werd gedaan, om 600 paletten te vervoeren.

Ik zeg het u nu al zo lang dat het rescEU-project erg duur werd betaald. U geeft hier nu mee dat 1 miljoen euro de kers op de taart voor Movianto was om niks te doen. De consultant werd immers betaald door Europa. Het transport kost 146.000 euro. Het totale project kost 1,18 miljoen euro. Dat is mooi. Ik zou ook zulke vrienden willen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n° 55041927C de Mme Leslie Leoni et n° 55041934C de Mme Laurence Hennuy sont reportées.

11 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het mazelenvirus in rioolwater" (55041942C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Mazelen in het rioolwater" (55041994C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het nationaal referentiecentrum voor mazelen" (55041997C)

11 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence du virus de la rougeole dans les eaux usées" (55041942C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence du virus de la rougeole dans les eaux usées" (55041994C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le centre national de référence pour le virus de la rougeole" (55041997C)

11.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb het al eerder gehad over rioolwaterscreening. Tijdens de covidcrisis werd het rioolwater gescreend om de aanwezigheid SARS-CoV-2 te detecteren.

Welke vorderingen hebben we geboekt inzake de screening van rioolwater? De KU Leuven zou onlangs immers mazelen hebben aangetroffen in het rioolwater. Wordt het rioolwater ook op andere pathogenen gecontroleerd? Welke laboratoria staan in voor de monitoring van rioolwater en welke pathogenen sporen ze op? Wat zult u met de informatie van de KU Leuven over de aanwezigheid van het mazelenvirus in het rioolwater doen? Zult u de opdracht geven om ook op andere plaatsen te controleren op mazelen of andere pathogenen?

Ik heb ook een vraag over het Nationaal Referentiecentrum (NRC) voor mazelen, bof en rubellavirus, dat deel uitmaakt van Sciensano. Het NRC zou moeten zorgen voor de gegevensverzameling, waaronder die over het mazelenvirus. Bij nazicht van de website vind ik echter geen actuele gegevens over besmettingen met het mazelenvirus. Het laatste rapport dateert van 2022.

In andere landen echter zijn er quasi realtimegegevens te vinden, bijvoorbeeld bij het RIVM in Nederland, bij het Robert Koch Institut in Duitsland en ook in de Verenigde Staten. Bovendien was België volgens het ECDC in 2023 het vierde meest getroffen land in de EU. Het lijkt me daarom aangewezen om daar goed over te rapporteren.

Verzamelt Sciensano inderdaad de gevallen van mazelen? Hoeveel gevallen zijn er in 2023 en in 2024 gerapporteerd? Waarom publiceert Sciensano het aantal gevallen niet? Zijn ze daar niet toe gehouden? Vindt u dat ze dat moeten doen?

11.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik had hierover een extra vraag. Welke maatregelen worden genomen om de vaccinatiegraad in Brussel en Wallonië op te krikken? De verspreiding van mazelen kan enkel op die manier worden beperkt.

11.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, mevrouw Depoorter, Sciensano is verantwoordelijk voor de officiële gecoördineerde afvalwatersurveillance in België. Daarnaast kunnen ook academische instellingen afvalwatersurveillance uitvoeren. Zo kan het Rega Instituut van de KU Leuven afvalwater analyseren op onder meer SARS-CoV-2, het poliovirus en andere respiratoire virussen.

Momenteel omvat de afvalwatersurveillance de systematische monitoring van rioolwater op nationale schaal van het SARS-CoV-2-virus en zijn varianten – 1 keer per week in 30 stations –, het RSV – 1 keer per week in 30 stations –, het influenzavirus – 1 keer per week tijdens het griepseizoen in 30 stations – en het poliovirus – 1 keer per maand en er worden 6 stalen genomen.

Ter ondersteuning en uitbreiding van die routinemonitoringactiviteiten kunnen in het kader van de *pandemic preparedness* en uitbraakonderzoek ook respectievelijk monkeypox en het norovirus worden gemonitord. Ook een project rond hepatitis E-monitoring is momenteel lopend. De monitoring van het rioolwater maakt deel uit van de geïntegreerde surveillancenota in het kader van de samenwerkingsakkoorden met de federale overheid en de gefedereerde entiteiten. De analyses worden uitgevoerd door Sciensano in samenwerking met de Universiteit Antwerpen.

Om te beginnen, wil ik beklemtonen dat de bevoegde autoriteiten geïnformeerd worden. Zij blijven vanzelfsprekend de situatie monitoren. Sinds de zesde staatshervorming is dat een bevoegdheid van de deelstaten. In Brussel is dus het Brussels Hoofdstedelijk Gewest verantwoordelijk voor de opvolging.

Mevrouw Depoorter, er zijn inderdaad zorgwekkende vaststellingen met betrekking tot de vaccinatiegraad in Brussel en Wallonië. We hebben dat ook besproken. Om te beginnen, is dat voorbereidend besproken tijdens een vergadering van de Risk Management Group van 14 maart, waar de RMG heeft kennisgenomen van maatregelen die de Brusselse gezondheidsautoriteiten hebben genomen. Dat volgen we natuurlijk ook op het niveau van de IMC op, maar ik wil duidelijk beklemtonen dat de politieke verantwoordelijkheid bij de deelstaten ligt.

11.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het is goed dat er verschillende pathogenen worden opgespoord in het rioolwater, maar ik vind uw antwoord over de rapportering van het aantal besmettingen met het mazelvirus toch vreemd. Het zou kunnen dat dit deels een deelstaatbevoegdheid is, maar Sciensano ressorteert toch onder uw bevoegdheid? In haar taakbeschrijving staat duidelijk dat ze moet zorgen voor gegevensverzameling en rapportering.

11.05 Minister Frank Vandenbroucke: Ervoor zorgen dat er genoeg mensen – in dit geval kinderen – worden gevaccineerd, dat is een bevoegdheid van de deelstaten.

11.06 Frieda Gijbels (N-VA): Wat ik had willen horen, is dat er inderdaad nood is aan meer actuele gegevens. Mazelen zijn ernstig genoeg om daarrond genoeg bewustzijn te creëren. Ik merk dat er sinds de coronapandemie vaccinatiemoedigheid en wantrouwen is ontstaan bij de mensen. We moeten dat extra in de gaten houden, want als er in het afvalwater mazelen worden gedetecteerd, dan wil dat toch zeggen dat er vrij grote uitbraken zijn. Ik dring dus aan op een juiste en tijdige rapportering, zodat er snel alarm kan worden geslagen wanneer dat nodig zou zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Florence Reuter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'actualisation de l'arrêté royal relatif au titre professionnel de diététicien" (55041907C)

12 Vraag van Florence Reuter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De actualisering van het koninklijk besluit betreffende de beroepstitel van diëtist" (55041907C)

12.01 **Florence Reuter** (MR): Monsieur le ministre, je vais aborder un sujet qui m'interpelle et qui a interpellé beaucoup de professionnels diététiciens qui s'interrogent aujourd'hui sur l'arrêté royal du 19 février 1997 qui réglemente l'exercice de la profession de diététicien. Il s'agit de l'arrêté royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin. En plus de 25 ans, cette profession a bien évidemment évolué et vous serez d'accord avec moi sur le fait que cela doit se traduire dans la législation. Une révision de l'arrêté royal s'impose donc en commençant par l'adaptation du titre professionnel et la description de l'exercice de la profession dans le contexte actuel de la santé.

Récemment, les Académies de médecine de langues française et néerlandaise de Belgique ont été alertées par les associations professionnelles de diététiciens et par des experts dans le domaine de la nutrition et de la santé sur la diffusion d'informations non scientifiquement établies tant aux patients qu'au grand public par des personnes qui n'ont pas les compétences reconnues dans le domaine de la nutrition ou dans celui de la santé. Cela comporte des risques pour la santé publique et comme l'alimentation est un enjeu sociétal au plus haut point, j'aimerais vous poser deux questions.

Monsieur le ministre, une actualisation de l'arrêté royal du 19 février 1997 est-elle en cours ou prochainement prévue? Pourra-t-on l'avoir avant la fin de la législature? Si elle n'est pas prévue, y a-t-il des raisons précises à ce blocage? Allez-vous mener une concertation sur ce sujet avec les associations professionnelles de diététiciens? Comment allez-vous les rassurer sur la problématique que je viens d'exposer?

12.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame, en effet, l'arrêté royal réglementant l'exercice de la profession de diététicien date du 19 février 1997. Comme vous le dites, en 25 ans, la profession a évolué et cela doit nécessairement se traduire dans la législation. Une révision de l'arrêté royal s'impose par conséquent.

Pour cette raison, le Conseil fédéral des professions paramédicales et la Commission technique des professions paramédicales, à la demande de la profession, ont émis un avis commun en 2022. Concrètement, le titre professionnel, les listes des prestations techniques et les actes que le diététicien-nutritionniste est autorisé à exercer ont été mis à jour. Des pratiques qui doivent être *evidence-based* et centrées sur le patient ont été des questions cruciales dans les débats à cet égard. Les exigences minimales de qualification ont également été mises à jour, conformément aux compétences adaptées.

À ce jour, cet avis n'a pas encore été suivi en raison d'autres travaux qui ont été entrepris sur les professions paramédicales et en raison de certaines pierres d'achoppement qui doivent être discutées et clarifiées. L'une d'entre elles concerne le programme d'études. L'avis recommande d'étendre les exigences minimales de formation de 180 ECTS à 240 ECTS. Cela nécessite un examen et une discussion approfondie sur l'opportunité de cette mesure, qui a un impact très important sur l'enseignement.

En conséquence, la priorité est actuellement accordée à cet aspect, avant que d'autres mesures ne soient prises en vue de la mise en œuvre de l'avis. La priorité est donc une consultation avec les responsables de l'enseignement, ce qui explique que l'implémentation de cet avis n'a pas encore eu lieu.

12.03 **Florence Reuter** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces éclaircissements. Si je comprends bien, en ce qui concerne les actes et les pratiques, c'est fait. Par contre, en ce qui concerne les exigences minimales de qualification, il y a encore des pierres d'achoppement, notamment la durée du programme d'études. Cela signifie qu'aujourd'hui, vous n'avez pas encore trouvé d'accord, étant donné que deux Régions différentes sont compétentes pour l'Enseignement.

Monsieur le ministre, je ne peux que vous inviter à avancer très vite pour cette reconnaissance du titre

de diëteticien-nutritionniste car, comme vous le savez, on lit véritablement tout et n'importe quoi sur la nutrition et il y a un risque pour la santé publique. Que les citoyens soient malades ou en bonne santé, je pense qu'il est important qu'ils sachent à qui ils ont affaire quand ils vont chercher un conseil. Il est vraiment fondamental de pouvoir avancer dans cette matière.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n° 55041958C, n° 55041959C, n° 55041961C, n° 55042166C et n° 55041962C de Mme Dominiek Sneppe sont reportées.

13 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De IFIC-inschaling van kinesitherapeuten" (55041979C)

13 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'insertion des kinésithérapeutes dans le classement IFIC" (55041979C)

13.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, er is al lange tijd heel wat te doen rond de loonschalen van het IFIC (Instituut voor Functieclassificatie). Kinesitherapeuten die in een ziekenhuis werken onder een werknemersstatuut, worden ingeschaald in IFIC 15. Dat voelt voor hen onrechtvaardig aan. Ze argumenteren dat ze een masterdiploma hebben en dat er van hen toch ook wordt verwacht om deel te nemen aan wetenschappelijke studies of die zelf initiëren.

Er worden steeds meer kinesitherapeuten ingezet in ziekenhuizen, aangezien ze een grote meerwaarde kunnen betekenen met betrekking tot een sneller herstel en een kortere verblijfsduur. Bij de IFIC-onderhandelingen werden de kinesitherapeuten echter blijkbaar helemaal niet betrokken.

Ook bij de verpleegkundigen blijken er heel wat onbedoelde gevolgen te zijn van het IFIC-systeem, waardoor sommige afdelingen, bijvoorbeeld de geriatrie, minder aantrekkelijk worden om er te werken en er dus een risico is van een sluiting van bedden of zelfs afdelingen, wat we nu ook zien gebeuren.

Wordt er een herziening van de IFIC-inschaling gepland? Zo ja, wanneer? Welke problemen zullen dan worden onderzocht? Zult u erop aandringen dat ook de kinesitherapeuten betrokken worden wanneer de inschaling opnieuw wordt bekeken?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Gijbels, het IFIC-functiemodel, met het classificatiesysteem en de eraan gekoppelde barema's, is opgezet door de sociale partners. Het beheer ervan komt dus ook volledig toe aan de sociale partners. De redenering er achter is dat het loon de tegenprestatie is van de uitvoering van het werk en het komt alleen de partijen bij de arbeidsovereenkomst, dus werkgever en werknemer, toe om het bedrag van de beloning en de bijhorende voorwaarden vast te leggen, op individueel niveau en indien van toepassing op sectoraal niveau. De overheid is daarbij dus slechts zijdelings betrokken, als financier of, voor de publieke sector, door het sluiten van sociale akkoorden waarbij de financieringsvoorwaarden worden vastgelegd.

Het IFIC-stelsel is opgevat als een evolutief model. Ongeveer 10 % van de functies wordt jaarlijks herzien. De groep van functies die onderhouden wordt, wordt bepaald volgens de prioriteiten vastgesteld door de sociale partners bij de vzw IFIC. Zij baseren zich daarvoor op informatie verstrekt van op het terrein, met input van functiehouders, hr-diensten of beroepsorganisaties. De onderhoudsaanvraag bij de vzw IFIC kan gebeuren door de sociale partners of de beroepsorganisatie. Indien men een wijziging van categorie noodzakelijk acht, kan men zich het beste wenden tot de sociale partners of een beroepsorganisatie.

Eenmaal in onderhoud wordt de aangeleverde informatie wetenschappelijk geanalyseerd. Op basis van die wetenschappelijke analyse wordt dan besloten of er nood is aan verandering. De vzw IFIC gaat uit van de situatie zoals die daadwerkelijk bestaat op het terrein. Om dat te doen, maakt de vzw gebruik van enquêtes, gestandaardiseerde interviews met werknemers en rondetafelgesprekken met de betrokken beroepsgroep. Het onderzoek leidt niet per se tot een wijziging in een baremacategorie. De inhoud van de taken en de IFIC-functiebeschrijving worden gebruikt om een IFIC-score en -categorie te bepalen. Op basis daarvan wordt dan een barema toegewezen. U vindt de lijst met functies die nu worden onderhouden op de website van het IFIC.

13.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het probleem van de kinesisten is waarschijnlijk dat zij in het begin niet betrokken werden bij dat overleg en de inschaling en de oprichting van de IFIC-classificatie. Ik begrijp dat u zegt dat de beroepsorganisatie daartoe toegang moet vragen. Ik zal dat ook zo doorgeven.

Hun argumenten lijken me echter wel redelijk en ik zou het bijzonder jammer vinden indien de ziekenhuissector minder aantrekkelijk zou worden voor kinesisten. We kunnen hen daar namelijk echt wel gebruiken, want ze betekenen een meerwaarde in de hele zorgketen. Ze laten immers niet enkel patiënten zich sneller beter voelen, maar vormen eveneens een meerwaarde voor de financiering van het ziekenhuis.

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

14 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De P-waarden" (55041980C)

14 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les valeurs P" (55041980C)

14.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het systeem van de P-waarden in de tandheelkunde, waarbij men maxima instelt op het aantal verstrekkingen die aan de ziekteverzekering kunnen worden geattesteerd, is ontwikkeld om excessen en fraude in de tandheelkundige zorg tegen te gaan. Volgens de website van het RIZIV werden de P-waarden in de tandzorg geïntroduceerd om het aantal prestaties te beperken en zo te vermijden dat er op zorgkwaliteit wordt ingeboet of dat de nomenclatuurregels niet worden gerespecteerd. Door recente ontwikkelingen zoals de inschakeling van mondhygiënist en door de doorgedreven specialisaties zouden tandartsen wel eens de P-waarden kunnen overschrijden, zonder dat er aan zorgkwaliteit wordt ingeboet of zonder dat er sprake is van fraude.

Een van de gevolgen van dat systeem – zo is mij ter ore gekomen – is dat bijvoorbeeld kindertandartsen, die dus gespecialiseerde zorg leveren, genoodzaakt zijn om ofwel minder, ofwel deeltijds in het buitenland te werken, omdat ze anders de P-waarden zouden overschrijden. Dat is uiteraard niet bevorderlijk met het oog op de groeiende wachtlijsten.

Is het systeem van de P-waarden nog steeds het meest efficiënte systeem om bijvoorbeeld fraude tegen te gaan?

Op welke andere manieren wordt fraude in de tandzorg opgespoord? Hoeveel dossiers zijn er zo elk jaar? Over welk soort fraude gaat het dan?

Is er de voorbije jaren een evolutie waarneembaar in de zin dat meer tandartsen de P-waarden bereiken?

Hoeveel tandartsen kregen de voorbije jaren een boete voor de overschrijding van de P-waarden? Hoe groot waren die boetes? Gebeurt die overschrijding vaker door tandartsen met een bepaalde zorgfocus?

Wordt er eerst onderzocht of er inderdaad sprake is van een problematische kwaliteit of misbruik van de nomenclatuur, vooraleer er boetes worden opgelegd?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, een verantwoordingsdrempel voor zorgverleners, zoals de P-waarden bij tandartsen, is een manier om fraude en ondoelmatige zorg deels te beperken, maar voorkomt dat natuurlijk niet. De bewijslast in dergelijke controledossiers ligt bij de zorgverlener, wat het werk voor sociale inspecteurs wel minder arbeidsintensief maakt. Structurele preventieve maatregelen, zoals voorgesteld in het actieplan handhaving 2024-2026, zijn efficiënter om fraude te voorkomen.

Onterechte aanrekening, administratieve fouten, misbruik en intentionele inbreuken of fraude met prestaties door zorgverleners wordt door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV opgespoord door systematische risicoanalyses. Bovendien krijgt de dienst jaarlijks zowat

1.200 meldingen, die ook aan de oorsprong kunnen liggen van een controleonderzoek.

Sinds 2019 werden 33 ernstige fraudedossiers bij tandartsen afgesloten door de DGEK. Ernstige fraudedossiers zijn controledossiers met aanduiding van intentionele inbreuken. Bijkomend zijn er op dit moment 10 dossiers lopende in samenwerking met het openbaar ministerie, zowel bij het arbeidsauditoraat als bij het parket van de procureur des Konings. De ernstige fraudedossiers betreffen voornamelijk niet-uitgevoerde prestaties die via de derdebetalersregeling onterecht worden aangerekend aan de ziekteverzekering op naam van een verzekerde. Voorts betreft het ook de onrechtmatige uitoefening van de tandheelkunde door onbevoegden die aanrekenen op naam van een tandarts met een RIZIV-nummer.

Ten derde hebben zorgverleners de mogelijkheid om tot twee jaar na een prestatie aan te rekenen. Concreet betekent het dat de controle op de P-waarden met betrekking tot het prestatiejaar 2022 momenteel in de onderzoeksfase zit. De cijfers van de vorige jaren vindt u in een tabel, evenals de actie: een vaststelling of een waarschuwing. Die tabel zal ik niet helemaal voorlezen, maar u laten bezorgen, zodat u over al die gegevens beschikt.

Na de start in 2016 is er in de jongste jaren een stijgend aantal overschrijdingen, vaak ook voor grotere bedragen. Er moet bij de interpretatie van de cijfers ook worden meegenomen dat 2020 een covidjaar was met een verplichte lockdown voor de meerderheid van de tandheelkundigen.

De laatste kolom in de tabel, die u overhandigd krijgt, betreft door de Dienst geneeskundige evaluatie en controle of het openbaar ministerie uitgevoerde controles die niet alleen verband houden met de overschrijding van de P-waarden.

Ten vierde vindt u in de tabel een overzicht van het aantal vaststellingen per prestatiejaar. Het betreft in de eerste plaats de terugbetaling van de onterecht aangerekende bedragen, het gaat dus niet over een boete. Enkel indien er niet vrijwillig terugbetaald wordt of indien de P-waarden herhaaldelijk worden overschreden, volgt een administratieve procedure met sanctie tot maximaal 150 % van het ten laste gelegde bedrag.

Voor het prestatiejaar 2019 werd in vier dossiers een administratieve procedure opgestart, voor prestatiejaar 2020 waren dat zes dossiers, voor prestatiejaar 2021 in totaal tien dossiers. Het gaat in hoofdzaak om algemene tandartsen met kwalificatienummer 001. Vaak komt de oneigenlijke inzet van mondhygiënist aan het licht. Een aantal dossiers betreft ook tandartsen die zichzelf bestempelen als narcodonten, maar dat is geen erkende specialiteit.

Ten vijfde en tot slot valt het beoordelen van de kwaliteit van de zorg buiten de bevoegdheid van het RIZIV. In het Actieplan Handhaving 2024-2026 staat een voorstel om gegevens tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV te delen om zo een verband te kunnen duiden tussen de kwaliteit van de zorg en onterechte aanrekeningen. Het overschrijden van de P-waarden is op zich een inbreuk op de nomenclatuur.

14.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, voor mijn part kan er niet hard genoeg ingezet worden op de opsporing van fraude. Fraude kan echt niet. U gaf het zelf al aan dat de derdebetalersregeling vaak misbruikt wordt, niet het minst in de tandzorg, met name in de polyklinieken van De Voorzorg. Die stonden erom bekend dat er heel vaak onterecht zaken werden aangerekend. Ik vermoed dat het aangehaalde cijfer maar het topje van de ijsberg is.

Dat neemt niet weg dat men de P-waarden ook kan overschrijden, zonder dat men fraudeert, bijvoorbeeld omdat men een bepaalde zorgfocus heeft. Ik wil dus aandringen op iets meer onderscheid en op iets meer erkende specialiteiten in de tandzorg. Dat zou veel meer duidelijkheid brengen in het landschap.

U verwees naar de narcodonten. Dat zou beter een officiële specialiteit worden, zodat verdoving door personen die daarin gespecialiseerd zijn, wordt toegediend. De narcodonten kunnen kinderen beter opvolgen en erover waken dat ze niet elk jaar opnieuw onder narcose moeten voor de behandeling van polycariës, wat we vandaag jammer genoeg heel vaak vaststellen. We moeten mijns inziens, wat dat betreft, een beter afgebakende specialisatie, namelijk gespecialiseerde kindertandzorg of tandzorg onder narcose in het leven roepen. Dat zou een oplossing zijn voor de tandartsen die in een gewone

ambulante praktijk of in een thuispraktijk personen met een handicap of kinderen verzorgen. Op die manier zouden de extra middelen die u hebt uitgetrokken voor die bijzondere noden vaker terecht komen bij de juiste doelgroep. Ik pleit ervoor dat men daar werk van maakt.

Ten slotte hebt u geen ongelijk met uw klacht over het oneigenlijk inzetten van mondhygiënist. Tegelijk schiet de nomenclatuur wat de prestaties van mondhygiënist betreft, te kort, waardoor ze vaak in een grijze zone werken, zeker als we hun zorg voor een breed publiek toegankelijk willen maken. Nu wordt heel veel van de zorg waarvoor zij zijn opgeleid, zonder nomenclatuur verstrekt. Op die manier wordt zorg op twee snelheden gecreëerd, waarbij mondhygiënist alleen worden ingezet voor patiënten die het kunnen betalen. Dat kan zeker uw bedoeling niet zijn.

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

15 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Valse Ozempicpen" (55041993C)

15 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les faux stylos Ozempic" (55041993C)

15.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, recente rapporten, waaronder die van de Britse inspectie voor gezondheidszorg, tonen een zorgwekkende toename van valse Ozempicpen aan. Het viel enigszins te verwachten dat, wanneer er commerciële successen zijn, de namaak en het zwarte circuit volgen, maar die ontwikkeling baart mij grote zorgen vanwege de mogelijke ernstige gevolgen voor de gezondheidszorg.

Volgens de rapporten zijn nu er valse injectiepen in omloop die er hetzelfde uitzien als de echte producten, maar vaak insuline bevatten. Dat heeft al geleid tot schrijnende gevallen. Zo vernamen we dat een Belgische vrouw in een diabetische coma belandde na het vermoedelijke gebruik van een dergelijke Ozempicpen. Zij zou het product online hebben besteld. We weten dat de onlinebestellingen moeilijk door de douane te controleren zijn. Hierdoor rijst de vraag hoeveel Ozempic en vergelijkbare medicijnen er daadwerkelijk op de zwarte markt worden verhandeld en welk reëel gevaar zij voor de volksgezondheid vormen.

Hoeveel gevallen zijn u bekend waar patiënten getroffen werden door namaak-Ozempic? Hoe ernstig waren die gevallen?

Welke stappen wil en kunt u ondernemen om de aankoop van zogenaamde Ozempic in het buitenland een halt toe te roepen?

Welke specifieke maatregelen worden momenteel genomen om de illegale productie en distributie van valse Ozempicpen aan te pakken?

Hebt u een beeld van die problematiek in de ons omringende landen? Zijn de incidenten vergelijkbaar? Welke stappen werden daar genomen? Zult u die problematiek ook op Europees niveau aankaarten?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, wat u eerste vraag betreft, ontving het FAGG voor Ozempic drie meldingen van bijwerkingen met een vermoeden van gebruik van een vervalst product. Twee van de drie werden geregistreerd als ernstig, waarvan één als levensbedreigend.

Wat uw tweede vraag betreft, is Ozempic een voorschriftplichtig geneesmiddel. In België kunnen geneesmiddelen op medisch voorschrift enkel worden aangeschaft in een vergunde apotheek. Online, via de virtuele uitbreiding van de apotheek, kan Ozempic enkel worden gereserveerd. De legale context is dus in orde.

We zullen blijven waarschuwen voor de gevaren in contacten met burgers en de pers en in aanbevelingen op de website van het FAGG, zoals die van de taskforce Onbeschikbaarheden, voor de beperkte beschikbaarheid van GLP-1 analogen.

Ik verwijs natuurlijk naar FarmaStatus. Op Europees niveau wordt er op de website van het EMA al gewaarschuwd.

Wat uw derde vraag betreft, zijn er geen aanwijzingen dat Ozempic illegaal wordt geproduceerd in België. Inzake illegale distributie is sinds 2019 ook in België de Falsified Medicines Directive geïmplementeerd. Concreet betekent dit dat alle voorgeschreven en terugbetaalbare geneesmiddelen van een unieke barcode worden voorzien, die bij de aflevering van het geneesmiddel wordt vergeleken met een centrale databank. Dat systeem garandeert de authenticiteit en veiligheid van alle verstrekte geneesmiddelen.

In België mogen geneesmiddelen op voorschrift alleen in een fysieke apotheek of een ziekenhuisapotheek worden afgeleverd. De onlineverkoop is in geen geval toegestaan. Niettemin is er een breed scala aan illegale geneesmiddelen online beschikbaar. Dat zijn onder meer namaakproducten. Het gebruik ervan brengt ernstige gezondheidsrisico's met zich mee. Het is daarom belangrijk dat geneesmiddelen via de legale distributieketen worden verkregen.

Bij elke vaststelling van een geneesmiddel buiten de legale distributieketen door de inspectiedienst van het FAGG wordt er onmiddellijk contact opgenomen met de autoriteit van het land waaruit de geneesmiddelen worden verzonden en in het geval van een in het buitenland vergunde specialiteit met de autoriteit van het land waarvoor het geneesmiddel is vergund of bestemd. Dat gebeurt via de contacten van de Europese Working Group of Enforcement Officers voor verder onderzoek in hun land. Daaraan werken deelnemers van de geneesmiddelenagentschappen, douane- en politiediensten samen. Ook afgevaardigden van buiten de EU zoals Zwitserland, Turkije, het Verenigd Koninkrijk, de Wereldgezondheidsorganisatie en Europol zijn daarin vertegenwoordigd.

Ten vierde is de problematiek in België tweërlei. Enerzijds worden originele geneesmiddelen die niet bestemd zijn voor de Belgische markt ingevoerd uit derde landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, Turkije en India in België. Anderzijds zijn er vervalste en namaakgeneesmiddelen die vanuit derde landen, zoals India, worden verstuurd naar België.

Via het *alert system* van de Working Group of Enforcement Officers houden de deelnemende lidstaten en de observerende landen elkaar op de hoogte van aangetroffen namaak-Ozempic en analogen. Het betreft hier zowel namaakgeneesmiddelen, aangetroffen in het illegale circuit, als namaakgeneesmiddelen die in het legale circuit kunnen terechtkomen. Incidenten zoals ziekenhuisopnames ten gevolge van het gebruik van vervalste en namaak-Ozempic en analogen worden niet systematisch bekendgemaakt via het *alert system*. Ze worden gemeld aan de respectievelijke vigilantieorganen in de betrokken landen.

Wat uw vijfde vraag betreft, hebben we niet systematisch een duidelijk zicht op de stappen in de omringende landen. We ontvingen echter wel een melding van de Duitse autoriteiten, die een waarschuwing publiceerden in verband met de op hun markt aangetroffen vervalste Ozempic. Op operationeel vlak is onderlinge samenwerking dus steeds mogelijk via het netwerk van de Working Group of Enforcement Officers.

Om op uw laatste vraag te antwoorden, kan ik u meedelen dat het onderwerp geagendeerd staat voor de komende meeting van de Working Group of Enforcement Officers. Die bijeenkomst zal eind mei in Gent plaatshebben, onder het Belgisch voorzitterschap van de Raad. Er zal aan die vergadering eveneens een afvaardiging van de betrokken vergunninghoudende firma deelnemen. De samenwerking voor de aanpak van namaak- en vervalste Ozempic zal verder worden uitgewerkt.

15.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is essentieel dat mensen gewaarschuwd worden en dat de pakkans vergroot. De pakkans bij malafide praktijken waarbij men voorschriftplichtige medicatie aanprijst, is klein. U hebt gelijk dat de wet gerespecteerd zou moeten worden, aangezien het een geneesmiddel op voorschrift betreft. Het is echter algemeen geweten dat er online van alles en nog wat te krijgen is dat de gezondheid enorm kan schaden. Alertheid is dus geboden, zeker voor dit medicijn, dat in bepaalde kringen als wondermiddel naar voren wordt geschoven en waarvoor mensen onverantwoorde gezondheidsrisico's nemen. Dat aanpakken is dus inderdaad de boodschap.

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

16 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Artikel 29 van het Wetboek van strafvordering" (55041995C)

16 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'article 29 du Code d'instruction criminelle" (55041995C)

16.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, bij de discussie die we rond de aanbesteding van het covidistributiecontract hebben gehad, waarbij de logistieke spelers Medista, Movianto, uw kabinet en de FOD Volksgezondheid betrokken waren, kwam het artikel 29 van het Wetboek van strafvordering in de schijnwerpers te staan.

Dat artikel bepaalt dat ambtenaren of eenieder binnen de administratie en hun politieke verantwoordelijken verplicht zijn om onmiddellijk kennis te geven aan het parket wanneer zij op de hoogte zijn van strafbare feiten. Die bepaling bestaat niet zomaar. Ze is van cruciaal belang voor het handhaven van de wet en het waarborgen van de veiligheid in onze samenleving. Gezien de ernst van de incidenten, zoals het mogelijk gesjoemel bij deze openbare aanbesteding, waarbij veel geld van de belastingbetaler is verspild, moet artikel 29 worden nageleefd.

Het is duidelijk dat die kwestie niet alleen financiële gevolgen heeft, maar ook een negatieve impact kan hebben op het vertrouwen in onze overheidsinstellingen en de integriteit van het aanbestedingsproces. U gaf eerder aan dat u en de administratie waarvoor u verantwoordelijk bent zich steeds binnen het wettelijk kader moeten begeven.

Verklaart u ondubbelzinnig achter de betrokken topambtenaar en de leiding van de FOD Volksgezondheid te staan en zowel uw politieke verantwoordelijkheid te nemen als in te staan voor andere strafrechtelijke gevolgen? Wordt volgens u artikel 29 strikt nageleefd binnen uw administratie en kabinet? Geldt dat ook voor alle ambtenaren die vallen onder de FIA?

Bent u zich er ten volle van bewust dat het niet onmiddellijk doorgeven van mogelijk strafbare feiten aan het parket een vervolgbare inbreuk inhoudt? Hebt u of hebben uw diensten of de diensten van de FIA artikel 29 toegepast in deze zaak? Indien niet, was dat niet wettelijk vereist? Hebt u hierover juridische bijstand gevraagd? Hebt u hierover enige klacht of bemerking ontvangen? Indien ja, kunt u mij duiden aan welk parket de zaak overgedragen werd?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, de FIA heeft tijdens het vooronderzoek, zoals u kunt terugvinden in aanbeveling 1 en aanbeveling 3 op de pagina's 53 en 54 van het rapport van de FIA, geen concrete indicaties gevonden waardoor zij het indienen van een strafklacht of een klacht met burgerlijke partijstelling of een toepassing van artikel 29 zou aanraden. Indien ze indicaties had gevonden, had de FIA dat overigens zelf moeten doen.

Op basis van artikel 29 van het Wetboek van strafvordering is elke ambtenaar die in de uitoefening van zijn functie kennis krijgt van een misdrijf of wanbedrijf, verplicht om onmiddellijk de procureur des Konings daarover te informeren en hem of haar alle inlichtingen, processen-verbaal en aktes te bezorgen die daarop betrekking hebben.

De FIA beveelt mij wel aan een klacht in te dienen tegen de persoon of personen die de ambtenaar hebben gebracht tot het afleggen van verklaringen tegenover hen over het verloop van de plaatsing van de opdracht STRSTK2022. Er zijn volgens de FIA indicaties dat de organisatie van dat gesprek deel uitmaakte van een opgezet plan dat mogelijk kan worden gekwalificeerd als afpersing in de zin van artikel 470 van het Strafwetboek.

Ik zal de aanbevelingen van de FIA dan ook volgen.

16.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt niet geantwoord op de vraag of u ondubbelzinnig achter de betrokken topambtenaar en de leiding van de FOD Volksgezondheid staat alsook op de vraag of u zowel uw politieke verantwoordelijkheid zult nemen als voor andere strafrechtelijke gevolgen zult instaan.

Morgen hebben we daarover een debat in de commissie.

16.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik weet niet wat u wil doen, maar het

debat is gepland voor morgen. Het is al vreemd dat ik nu word gevraagd te antwoorden. We zullen het debat morgen nader voeren op basis van het rapport van de FIA.

Mevrouw Depoorter, ik hoop dat u dat rapport vooral heel grondig leest.

16.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb het hele weekend gelezen en genoteerd. We zullen morgen een heel boeiende uiteenzetting hebben samen. Daarvan ben ik overtuigd. Alleen ben ik niet zeker dat we overeen zullen komen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55042001C de Mme Mieke Claes est reportée.

La question qui suit est une question de Mme Rohonyi, qui est retenue dans une autre commission et qui a demandé à intervenir plus tard. On en vient donc à une question de Mme Gijbels.

17 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het statuut van verpleegkundige in opleiding (VIO)" (55042064C)

17 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le statut de candidat infirmier" (55042064C)

17.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het statuut van de verpleegkundige in opleiding zou studenten verpleegkunde...

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mag ik u even onderbreken, mevrouw Gijbels?

Mijnheer de voorzitter, moeten de vragen van mevrouw Rohonyi niet gewoon worden geannuleerd of is het de eerste keer dat haar vragen worden uitgesteld? Ik merk op dat mijn administratie zich te pletter werkt om antwoorden te bieden op alle vragen, maar heel veel mensen – mevrouw Gijbels is een prettige uitzondering daarop en mevrouw Depoorter is ook stipt aanwezig – stellen vragen en komen gewoon niet. Dat gaat toch niet?

Le **président**: Je suis d'accord avec vous, monsieur le ministre, et je vais répondre à votre question. Les questions de Mme Rohonyi avaient été reportées précédemment par manque de temps, comme mentionné dans le rapport.

17.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het statuut verpleegkundige in opleiding zou studenten verpleegkunde meer verantwoordelijkheid en autonomie geven. In antwoord op een eerdere vraag hierover gaf u aan dat de onderhandelingen over het VIO-statuuut nog liepen. Zoals u weet, heeft Vlaanderen de onkostenvergoeding van de vierdejaarsstudenten van de bachelor verpleegkunde telkens verlengd, hoewel dat eigenlijk niet zijn taak is.

Wat is de stand van zaken van het statuut verpleegkundige in opleiding? Waar zitten eventuele struikelblokken?

Hoe staat het met de vergoeding voor de vierdejaarsbachelor? Is er overleg met de ziekenhuissector over een vergoeding? Wat zijn daar de conclusies?

17.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, de kwestie van het statuut van verpleegkundige in opleiding voor vierdejaarsstudenten verpleegkunde is eind 2022 en begin 2023 meermaals met de gemeenschappen besproken in de interkabinettenwerkgroep Gezondheidsberoepen. Er werd daarover geen akkoord bereikt, noch over de financiering, noch over het statuut.

Vierdejaarsstudenten verpleegkunde vallen onder de bevoegdheid van Onderwijs en dus onder de bevoegdheid van de gemeenschappen. De juridische analyse is dat er geen apart statuut nodig is op het niveau van de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen om studenten meer verantwoordelijkheid en autonomie te geven tijdens hun vierde jaar.

Zorgen voor verbeteringen in het statuut, een vergoeding voor deze studenten enzovoort, is echt wel de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen.

17.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de meningen zijn daarover verdeeld. Het is natuurlijk jammer dat net de studenten daarvan het slachtoffer zijn.

17.06 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is geen kwestie van mening. Dat is een kwestie van Grondwet, bijzondere wetten, bevoegdheden en politieke verantwoordelijkheid.

17.07 Frieda Gijbels (N-VA): Ik zal de boodschap doorgeven. Ik veronderstel dat u die zelf ook al hebt gegeven. Mij is verteld dat er onduidelijkheid blijft. Men wacht nog steeds op de federale overheid. Ik zal het doorgeven en ik zal er ongetwijfeld nog eens op terugkomen.

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

17.08 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, ik begrijp de opmerking van de minister. Alles wordt voorbereid, maar als er dan een deel van de vragen wegvalt, moet men alle andere antwoorden weer opsnorren. Dat is altijd een heel gedoe. Het zou fijn zijn indien dat op voorhand wordt doorgegeven.

Ik begrijp uiteraard dat niet iedereen altijd aanwezig kan zijn. In geval van overmacht is dat zeker te begrijpen, maar in andere situaties zou het goed zijn om dat op voorhand door te geven.

17.09 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik stel voor dat we de vergadering hier stoppen. Ik vind dat ook moeilijk. We slagen er immers niet in om alle antwoorden voor te bereiden, maar men komt niet eens luisteren naar wat we wel hebben kunnen voorbereiden.

Le président: Monsieur le ministre, je comprends votre agacement. Vous avez raison.

Voici madame Rohonyi qui arrive, monsieur le ministre, si vous êtes disposé à répondre.

17.10 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, je propose donc de reprendre les questions de Mme Rohonyi.

17.11 Kathleen Depoorter (N-VA): U hebt geen antwoorden meer op de volgende vragen, mijnheer de minister?

17.12 Minister Frank Vandenbroucke: Nee, dat klopt. Dat komt mede doordat er vragen zijn ingediend die voor een stuk ook te maken hebben met het debat over het verslag van de FIA dat morgen geagendeerd staat. Daarnaast heb ik voor vragen verder op de agenda van vandaag nog geen voorbereide antwoorden.

17.13 Kathleen Depoorter (N-VA): Enkele van mijn vragen gaan vooral over inspectieverslagen van het FAGG, maar die zal ik dan in een volgende vergadering stellen.

18 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture des urgences à Dinant" (55041893C)

18 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van de spoeddienst in Dinant" (55041893C)

18.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Merci, monsieur le ministre.

Du dimanche 3 mars dernier jusqu'au lundi 4 mars à 8 h, le service des urgences du CHU Dinant était fermé à l'exception des urgences pédiatriques et du SMUR. Cette question date mais elle n'en garde pas moins sa pertinence, raison pour laquelle je tenais vraiment à vous interroger aujourd'hui, au regard de la cause qui entourait cette fermeture, à savoir le manque de personnel soignant nécessaire pour faire tourner ces urgences. Cela fait maintenant quelques années que les services d'urgence – que ce soit celui de Dinant ou ailleurs en Belgique – doivent faire face à une augmentation de la pénurie de

soignants, tant dans les hôpitaux qu'à domicile.

Si ce n'est pas la première fois que je vous interroge sur le sujet, force est de constater que rien n'est mis en place par votre gouvernement pour venir en aide aux soignants, qui sont aujourd'hui sur les rotules et continuent de quitter le métier. Cette situation inquiète fortement le secteur, qui craint une rupture de notre système de soins de santé, alors qu'il est un des plus qualitatifs d'Europe, mais également la population, qui voit ces services d'urgence fermer du jour au lendemain.

Monsieur le ministre, quel suivi apportez-vous à la fermeture des urgences de Dinant qui a eu lieu du 3 au 4 mars dernier?

Quand allez-vous enfin mettre en place un véritable plan de revalorisation et de rétention du personnel soignant, en ce compris les médecins spécialistes, tel qu'attendu par le secteur depuis des années?

Selon la directrice du site hospitalier dinantais, Mme Dewez, ils auraient tenté d'avoir de l'aide d'autres hôpitaux pour éviter cette fermeture de 24 heures, mais ils n'y sont pas parvenus. Comment l'expliquez-vous?

Une aide fédérale ne pourrait-elle pas intervenir à l'avenir dans de telles situations d'urgence pour éviter des fermetures comme celle qu'on a pu observer à Dinant? Pour remédier au manque d'effectifs, le CHU espère pouvoir recruter à court et moyen terme de nouveaux urgentistes, quitte à prospecter au-delà des frontières belges. Qu'en pensez-vous? N'y a-t-il pas plutôt lieu de s'attaquer aux quotas INAMI afin de favoriser la formation d'urgentiste en Belgique plutôt que d'aller en chercher à l'étranger? Enfin, que répondez-vous aux inquiétudes légitimes des Dinantais qui redoutent que cette situation inédite se répète à l'avenir?

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, à propos du suivi, je me dois de vous informer que c'est le Département de la Santé de l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ) et son service d'inspection générale qui sont compétents pour l'inspection des services hospitaliers, et non mon administration. La compétence de celle-ci se limite à l'aide médicale urgente, pré-hospitalière. Afin de garantir un minimum d'aide médicale urgente à la population devant l'absence de déclenchement du plan d'urgence hospitalière, prérogative de l'hôpital, avec l'affirmation d'être dans l'incapacité totale de couvrir les plages horaires pour la fonction "service d'urgence" sous couvert de la force majeure, nous avons dérogé à la loi en permettant que les ambulances 112 soient dirigées vers d'autres services d'urgence spécialisés que le SUS le plus proche.

Vous me demandez quand je vais élaborer un véritable plan de revalorisation. Comme je l'ai déjà expliqué à plusieurs reprises, sous cette législature, nous avons investi massivement dans le secteur, car c'était bien nécessaire. En même temps, nous avons entrepris plusieurs réformes importantes. Comme vous avez pu le lire dans le rapport sur l'Agenda pour l'avenir du travail dans les soins, que j'ai transmis au Parlement voici quelques semaines et qui est le fruit d'un dialogue approfondi avec les partenaires sociaux et les organisations professionnelles du secteur, la question de l'attrait du travail dans les soins est complexe, tout comme les réponses. Le rapport met clairement en avant qu'il faudra poursuivre les investissements, ainsi que les réformes – notamment celle de la profession infirmière. Des mesures importantes ont déjà été prises, des investissements ont été réalisés, plusieurs réformes sont en cours et les ajustements nécessaires sont mis en œuvre.

Nous vivons une décennie extrêmement difficile, j'en suis profondément convaincu pour des raisons démographiques. Il faut continuer à investir et à réformer. Madame Rohonyi, jusqu'à présent, vous vous êtes opposée à toutes les réformes que j'ai proposées, mais vous ne pouvez pas dire qu'il n'y a pas de réformes ou de plan. En général, vous êtes contre, mais il y a des réformes, il y a des propositions.

Selon la directrice du site hospitalier, Marielle Dewez, l'hôpital aurait tenté d'obtenir de l'aide d'autres hôpitaux pour éviter cette fermeture. Assurer les conditions d'agrément d'un service hospitalier est une prérogative de l'hôpital: le SPF Santé publique n'a pas de contingent de personnel qui permettrait de mettre à disposition du personnel compétent lors de telles situations. Par ailleurs, je ne pense pas que constituer un tel contingent au sein de l'administration soit prioritaire ou voulu, si telle est la portée de la démarche.

Les quotas de places de stage donnant accès à une spécialité médicale ont été sensiblement révisés

ces dernières années. Ils sont passés de 1 230 pour l'accord 2021 à 2 073 pour l'accord 2029 et à 2 277 pour l'accord de 2030, soit une hausse de 85 % en moins de dix ans. Je vous rappelle que depuis la sixième réforme de l'État, le gouvernement fédéral est compétent pour fixer le quota global pour l'ensemble du pays et par Communauté, et qu'il appartient aux Communautés de fixer la répartition des sous-quotas, par exemple le nombre d'urgentistes. Les deux Communautés disposent par ailleurs de leur propre commission de planification à cet effet.

Enfin, je peux vous assurer que la direction du site hospitalier de Dinant met tout en œuvre pour résoudre les difficultés auxquelles le site est actuellement confronté. À défaut, mon administration et l'AVIQ seraient contraintes de constater qu'il ne répond plus aux normes d'agrément et de dresser un procès-verbal.

18.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse même si celle-ci ne me rassure pas du tout. C'était pourtant bien le but de rassurer les patients actuels ou potentiels du CHU de Dinant ou de la région et de tirer les leçons pour que cela ne se reproduise plus tant à Dinant qu'ailleurs en Belgique.

Vous commencez votre réponse en bottant en touche, en renvoyant la balle vers les entités fédérées, comme vous adorez le faire, en nous disant que l'AVIQ est compétente pour contrôler les services hospitaliers. Mais, dans le même temps, le fédéral reste compétent pour l'amélioration des conditions de travail et pour la prise de mesures visant à pallier le manque de médecins et de soignants notamment par le biais de ces fameux quotas, comme vous l'avez vous-même rappelé.

Par ailleurs, tout comme les soignants, je reste en attente d'un vrai plan de revalorisation des soignants. Vous nous dites qu'il s'agit d'une question complexe qui nécessite des solutions qui le seront tout autant. Je vous suis tout à fait sur ce raisonnement mais, pour cela, il faudrait peut-être commencer par ne plus prendre des mesures qui dévalorisent la profession, comme c'est typiquement le cas du texte pour lequel vous nous demandez d'aller au finish, à savoir la création de ce statut d'assistant en soins infirmiers. Vous dites vous-même qu'on est face à une explosion de la démographie qui va entraîner une augmentation des maladies chroniques et des besoins accrus de soignants. Or vous créez un statut qui va faire fuir les vocations d'infirmiers, de jeunes qui voudraient embrasser cette profession mais qui voient que tout est fait pour les décourager.

Mon travail au sein de cette commission n'est pas de dire non à tout ce que vous proposez mais de dire non à ce qui n'est pas acceptable et à ce qui n'est pas accepté par les premiers concernés.

Pour moi, ce n'est pas de l'opposition bête et méchante, mais de l'opposition constructive.

Sur la question des urgentistes qui viendraient de l'étranger, vous ne répondez absolument pas. On est face à un énorme paradoxe et à une énorme hypocrisie. Il faudrait faire venir des urgentistes de l'étranger alors que dans le même temps, on casserait, ici, la vocation de jeunes médecins. J'aimerais qu'à défaut de le faire pour moi, vous puissiez, par respect envers les patients de la région, répondre clairement à cette question.

Enfin, vous nous dites que le site de Dinant fait le nécessaire. C'est toujours le règne de la débrouille pour ces hôpitaux! Ce qu'ils attendent, ce n'est pas d'être confrontés à cette débrouille, mais d'être soutenus par le ministre qui est censé les représenter et les défendre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle convention INAMI pour les kinésithérapeutes" (55041986C)

19 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe RIZIV-overeenkomst voor de kinesisten" (55041986C)

19.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, le 11 mars dernier, la nouvelle convention INAMI 2024 qui s'applique aux kinésithérapeutes a été adoptée. Pour en avoir longuement discuté avec les premiers concernés, je me dois de vous dire que cette convention est très loin de faire l'unanimité! D'ailleurs, si l'adhésion à cette convention est en principe faite sur base volontaire, puisqu'un

kinésithérapeute n'est aucunement obligé d'y adhérer s'il ne perçoit pas le besoin de le faire, force est de constater que de nombreux kinésithérapeutes n'ont tout simplement pas eu d'autre choix que de se conventionner. Je pense par exemple aux kinésithérapeutes qui travaillent partiellement dans les hôpitaux ou dans d'autres structures et ce, en plus de leur pratique libérale.

Malgré cela, il faut reconnaître que les kinésithérapeutes ont été 33 % à s'être déconventionnés en marge de l'adoption de cette convention pour manifester leur mécontentement. Il s'agit d'un déconventionnement de masse que l'on peut également retrouver chez les dentistes. Ma collègue vous a d'ailleurs interpellé sur ce sujet. La situation des kinésithérapeutes est vraiment particulière notamment parce que le coût de la consultation passe de 28,60 à 30 euros seulement, ce qui ne couvre absolument pas l'augmentation sensible des frais à honorer comme l'énergie, le loyer, le matériel, les formations continues, l'administratif, la comptabilité. Selon une étude réalisée en 2023 par Axxon, ce coût devait être au minimum de 40 euros et non pas de 30 euros comme c'est le cas aujourd'hui!

Le deuxième point qui pose problème, c'est le maintien de la différence de remboursement entre kinésithérapeutes conventionnés et non conventionnés. Les patients des kinésithérapeutes non conventionnés sont remboursés 25 % en moins que s'ils se dirigeaient vers des kinésithérapeutes conventionnés. Nous sommes donc face à une discrimination – il faut appeler un chat un chat – qui concerne également les consultations chez le logopède ou encore la sage-femme. Cette discrimination est même encouragée par l'INAMI qui déclare sur son site internet que le patient sera mieux remboursé. J'ai d'ailleurs entendu l'autre jour à la radio un spot publicitaire qui incitait également à se tourner vers les psychologues conventionnés et pas vers les autres pour la même raison.

Je trouve, monsieur le ministre, que c'est tout à fait inacceptable, parce que si ces professionnels se déconventionnent, c'est parce qu'ils n'ont pas le choix; s'ils ne le font pas, ils peinent à gagner correctement leur vie.

Monsieur le ministre, que proposez-vous aujourd'hui aux kinésithérapeutes qui travaillent en milieu hospitalier et qui ne souhaitent pas adhérer à la convention, qui sont donc coincés de par leur situation particulière?

Quand allez-vous enfin mettre en application la circulaire adoptée en 2017 qui vous demande de mettre fin à la discrimination dont sont aujourd'hui victimes les kinésithérapeutes, mais également les logopèdes et les sages-femmes non conventionnés?

Le **président**: Je rappelle que le temps de parole est de deux minutes.

19.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Rohonyi, d'abord, pour les kinésithérapeutes comme pour l'ensemble des prestataires de soins, il existe d'une part le libre choix du dispensateur de soins d'adhérer ou non à la convention – et donc le libre choix du dispensateur de soins de fixer ses honoraires – et d'autre part, la liberté contractuelle en vertu de laquelle les parties peuvent librement déterminer le contenu des contrats qui les lient.

Le premier principe trouve ses sources dans l'article 35 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, qui rappelle notamment le principe de la libre fixation des honoraires et la possibilité de limiter cette liberté par, entre autres, des statuts ou des conventions.

Pour le second, on peut se référer à la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, qui indique que des accords financiers peuvent être conclus entre les dispensateurs de soins et l'hôpital.

Cette même loi du 10 juillet 2008 prévoit également l'obligation qui incombe aux hôpitaux d'assurer aux patients des soins au tarif de la convention et l'interdiction, pour les dispensateurs de soins, de facturer des suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits.

Il découle de ces deux principes que les hôpitaux et les dispensateurs de soins, en l'occurrence ici les kinésithérapeutes, peuvent conclure des conventions dans lesquelles les dispensateurs de soins s'engagent à être conventionnés ou à respecter les tarifs de la convention. Le conventionnement partiel n'existant pas pour les kinésithérapeutes, on peut donc considérer que c'est en connaissance de cause et que c'est le fruit de leur libre choix si les kinésithérapeutes décident, en concluant un contrat de

travail avec une institution hospitalière, de se conventionner pour l'intégralité de leur activité professionnelle.

Madame Rohonyi, je résiste vraiment à l'expression "discrimination". C'est un non-sens, je m'excuse. Ces gens font un choix, celui de se conventionner oui ou non. On ne peut pas dire "je suis discriminé parce que j'ai fait un choix". Non, ils ont fait un choix en connaissance de cause. Être discriminé, c'est être discriminé sur la base d'un facteur qu'on ne contrôle pas. Mais un traitement que l'on choisit parce qu'on ne veut pas être conventionné n'est pas une discrimination. C'est un non-sens de le dire. Évidemment, c'est une politique qu'il faut examiner pour son impact. C'est ce qui a été convenu. J'ai donc demandé aux acteurs concernés et à l'INAMI d'étudier toute la problématique du conventionnement, du degré de conventionnement, et ceci entre dans cette étude. Mais entre-temps, il me semble que vouloir supprimer cette règle de moins 25 %, c'est lancer une dépense supplémentaire importante. Moi, je veux focaliser et concentrer les investissements que l'on fait – et ceux-ci sont très conséquents – sur ceux qui sont conventionnés parce qu'ils font ce choix.

Voorzitter: Gitta Vanpeborgh.

Présidente: Gitta Vanpeborgh.

Je me dois aussi de dire, quand je vous écoute, qu'il ne sert à rien de courir derrière tout mécontentement. Vous courez toujours derrière tout mécontentement. De temps en temps, il faut faire un choix en politique: nous avons investi massivement dans les soins de santé. Les budgets des kinés, des logopèdes et des dentistes ont fait l'objet d'une revalorisation historique, mais il y a toujours des mécontents, c'est vrai.

Je dois dire que je comprends mieux les kinés qui disent qu'il reste du travail à faire que les logopèdes qui, après une hausse réelle de leurs honoraires – une hausse de 30 % au-delà de l'index pendant cette législature – disent que c'est insuffisant et que cela ne va pas. À vrai dire, je ne les comprends pas. Je comprends que les kinés disent que les honoraires doivent être revalorisés, c'est exact qu'il reste du travail sur ce plan, mais nous avons malgré tout réalisé des investissements énormes en la matière. La minorité de kinés qui décident de ne pas être conventionnés font donc un choix délibéré individuel, avec toutes les conséquences qui y sont liées.

[19.03] Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, vous nous expliquez que les kinésithérapeutes ont une liberté de choix totale quant au fait de se conventionner ou pas. Je vais vous redire dans ma réplique ce que j'ai expliqué dans ma question.

À un moment donné, il faut que vous vous rendiez compte que cette liberté est totalement biaisée et qu'elle est impossible en pratique pour toute une série de raisons. Tout d'abord, pour des raisons financières. De nombreux kinés se rendent en effet compte, en faisant le calcul, qu'en restant conventionnés, ils ne s'y retrouvent pas par rapport à leurs frais, à leur charge de travail, à l'aspect administratif. Vous nous dites – j'en suis très heureuse – qu'on peut encore travailler sur la question des honoraires. Mais reconnaissez qu'avec une augmentation de la consultation qui passe de 28,60 à 30 euros, on est quand même loin de ce qui est juste pour les kinés et qui a été objectivé par l'organisation professionnelle Axxon.

Il y a aussi des raisons liées à la jeune expérience de certains kinés. Vous imaginez bien que les jeunes kinés qui n'ont pas encore une grande clientèle, une clientèle fidèle, ne peuvent pas voir une clientèle accepter de payer plus cher pour des kinés qui se lancent à peine dans la profession. Finalement, ce sont ces jeunes kinés que l'on met en difficulté avec cette impossibilité de se déconventionner s'ils le souhaitent. Ils sont pieds et poings liés par cette convention. C'est quelque part une soupe de sécurité pour eux.

Et puis, il y a les raisons pratiques. J'évoquais dans ma question le cas des kinés qui travaillent en hôpital mais vous ne m'avez absolument pas répondu à cet égard.

Enfin, il y a aussi des problèmes informatiques. On sait que certains kinés n'ont pas pu se déconventionner à temps en raison de problèmes techniques liés aux sites internet, au site de ProSanté. J'aimerais que vous vous en rendiez compte.

Monsieur le ministre, vous nous dites aujourd'hui qu'il n'y a pas de discrimination entre les kinés

conventionnés et non conventionnés. À partir du moment où certains n'ont pas le choix, oui, il y a un problème de discrimination.

Président: Roberto D'Amico.
Voorzitter: Roberto D'Amico.

En l'occurrence, mon but n'est absolument pas de courir après le mécontentement de qui que ce soit, mais de pouvoir servir de relai aux kinés qui me contactent et qui contactent également d'autres députés. Il n'y a pas que moi, monsieur le ministre! Je suis ici aujourd'hui parce que je fais mon job en contrôlant l'action du gouvernement et donc la vôtre. Force est de constater que, oui, il existe une injustice criante.

Pour vous prouver, monsieur le ministre, que je suis constructive, je voulais vous proposer de mettre en place une nouvelle période de choix d'adhésion à la convention afin de répondre justement aux problèmes ne fût-ce qu'informatiques qui se sont posés deux jours à peine avant la fameuse *deadline*. À vous à présent de faire preuve d'un travail constructif. Sincèrement, c'est ce que nous essayons de faire avec vous, monsieur le ministre, et ce n'est pas toujours évident!

19.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, c'est un débat intéressant. Mais enfin! Nous investissons massivement dans ces conventions. Les montants sont historiques. Ma priorité est la convention. Vous, vous défendez surtout la liberté de ne pas se conventionner. C'est votre choix de toujours vouloir défendre cette liberté. Pour ma part, je défends la nécessité de se conventionner. Voilà toute la différence, parce que je défends aussi les patients. Pour vous, c'est la liberté qui prime, tous les mécontents ont raison, ce n'est jamais suffisant. Il y a des limites.

Je répète que les logopèdes ont bénéficié d'une revalorisation, au-delà de l'index, de 30 %. Vous connaissez d'autres indépendants et salariés qui ont reçu quelque chose de pareil? Non. Bref, à un certain moment, il faut reconnaître que des investissements massifs ont été réalisés et admettre qu'il faut se conventionner. Si l'on ne veut pas se conventionner, c'est un choix, mais la défense des non-conventionnés n'est pas ma priorité.

Moi, je défends les conventionnés et les patients. Voilà où se situe la différence!

19.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, si vous voulez que davantage de kinés restent conventionnés, il faut les convaincre par une convention INAMI dans laquelle ils peuvent se retrouver. Or ce n'est absolument pas le cas. Vous nous dites que la convention a augmenté la consultation des logopèdes de 30 %, mais nous ne parlons pas de 30 %. Nous parlons d'une consultation qui est passée de 28,60 à 30 euros. Nous sommes tout de même très loin du compte, par rapport à leur réalité, aux charges administratives et à tout ce que j'ai mis en exergue.

Quelque part, vous niez leur réalité, vous niez le soutien à une profession qui est en souffrance et dont nous avons besoin. Durant la crise sanitaire, heureusement que des kinés étaient sur le pont et travaillaient. Est-ce ainsi que vous les remerciez?

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

20 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le boom des travailleurs étrangers dans le secteur des soins de santé" (55041987C)

20 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De exponentiële toename van het aantal buitenlanders in de gezondheidszorg" (55041987C)

20.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le ministre, un salarié sur dix travaillant dans la santé est de nationalité étrangère, soit une hausse de 29,4 % en cinq ans et de 63 % en dix ans : c'est ce qu'il ressort d'une étude du spécialiste RH Acerta.*

Alors que les soins de santé avaient depuis des années une proportion plus faible de travailleurs de nationalité étrangère, la pénurie de soignants, à laquelle le secteur fait face depuis maintenant un certain temps, ne leur laisse pas d'autres choix que de se tourner de plus en plus vers les travailleurs

non belges pour combler les postes vacants.

Le problème est que ce boom pose de sérieuses questions : non seulement du point de vue de la connaissance des langues nationales - et donc la communication entre le praticien et le patient - mais également en ce qui concerne la qualité du recrutement.

En effet, selon le directeur général d'Unessa, "plusieurs filières de recrutement de personnel infirmier et médical ont été lancées avec des pays en dehors de l'Union européenne, et puis finalement abandonnées car le niveau requis n'était pas atteint".

Par ailleurs, "il faut aussi veiller à ce que ces recrutements ne déforcent pas gravement le pays d'origine de ces travailleurs qui, comme nous, fait face également à une pénurie de personnel importante" et ainsi à éviter "une fuite des cerveaux".

D'où mes questions, monsieur le ministre:

Confirmez-vous le fait que nos soins de santé connaissent aujourd'hui un boom de travailleurs étrangers? Comment l'expliquez-vous et quelle est votre position à cet égard?

Ce serait les travailleurs provenant de pays en dehors de l'UE qui sont les plus nombreux dans les soins de santé (6,4 % contre 3,8 % de personnes issues de l'UE). Comment garantisseriez-vous une qualité de soins optimale aux patients face à cette réalité?

Ne serait-ce pas préférable d'aujourd'hui éliminer l'obstacle que sont les quotas INAMI et ce, dans le but de recruter plus de personnel national et non étranger?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Il est vrai que nous assistons à une augmentation lente et progressive, depuis le début du siècle, du nombre de travailleurs étrangers dans les soins de santé. Mais cette mobilité européenne est une réalité qui se rencontre dans tous les secteurs. La commission de planification assure le monitoring de la force de travail et comptabilise les travailleurs en fonction de l'origine de leur diplôme et de leur nationalité. Le registre de pratique, quand il sera opérationnel, nous permettra de réaliser ces analyses de manière transversale sur l'ensemble des professionnels de santé.

En ce qui concerne votre deuxième question, vous affirmez que les travailleurs provenant de pays en dehors de l'Union européenne sont les plus nombreux dans les soins de santé – 6,4 % contre 3,8 % de personnes issues de l'Union européenne –, mais ce n'est pourtant pas ce qui est observé. Si je m'arrête sur la profession d'infirmier pour laquelle la commission de planification vient de publier le rapport sur l'activité en Belgique en 2021, il apparaît clairement que les 134 413 infirmiers actifs dans les soins de santé sont pour 93,1 % de nationalité belge, 4,6 % de nationalité européenne, et à peine 1,1 % de nationalité non européenne. Si on s'attarde à la profession d'aide-soignant pour 2021, sur les 73 857 aides-soignants actifs dans les soins de santé en Belgique, 89,2 % possèdent la nationalité belge, 7,9 % une nationalité européenne et 2,3 % une nationalité non européenne. Et si on s'intéresse aux médecins, toutes spécialités confondues, sur les 35 061 médecins actifs dans les soins de santé en Belgique en 2021, 93,3 % des médecins possèdent une nationalité belge, 6,2 % une nationalité d'un pays européen et 0,5 % une nationalité non européenne.

Il faut être bien attentif à l'interprétation des données. Si on regarde les professionnels en droit de prester, donc ceux qui ont un visa, on constate de nombreux étrangers mais si on s'intéresse à ceux qui sont effectivement actifs sur le marché du travail belge, leur proportion diminue fortement. Ce phénomène est clairement observable dans les différents rapports de la commission de planification. Concernant la garantie de la qualité de soins optimale aux patients, celle-ci est garantie dans les mêmes termes que pour les professionnels de santé nationaux.

Aux termes de la directive européenne 2005/36 qui régit le cadre de la mobilité intra-européenne des professionnels, dont ceux de la santé, les professionnels de santé ressortissants d'un État membre de l'Union européenne venant s'établir en Belgique doivent obtenir préalablement la reconnaissance par les autorités belges de leurs qualifications professionnelles obtenues dans un autre État membre. Pour plus d'informations, je vous renvoie aux autorités des trois Communautés qui sont responsables de ce processus.

De même, les professionnels de santé migrants venant s'établir en Belgique sont soumis aux mêmes exigences que les professionnels nationaux, en particulier en termes d'inscription aux ordres, d'aptitudes et de respect des critères de qualité visés par la loi de 2019. Ces mêmes obligations (équivalence de formation, inscription, aptitudes, qualité) sont également valables pour les professionnels de santé migrants qui proviennent d'États situés en dehors de l'Union européenne.

Certains professionnels de santé qui viennent pratiquer en Belgique dans le cadre de formations spécifiques sont dispensés de certaines de ces obligations mais ils ne peuvent pratiquer que sous une supervision stricte. J'ai également proposé un système de contrôle des connaissances linguistiques des professionnels de santé venant s'établir en Belgique, qui était une problématique récurrente jusqu'ici. Un projet de loi à ce sujet a été soumis au Conseil d'État et j'espère le soumettre à la Chambre des représentants avant la fin de cette législature.

En ce qui concerne votre troisième et dernière question sur les quotas, la limitation de l'accès à une place de stage ne concerne que les médecins et les dentistes.

Les quotas sont déterminés en tenant compte des différents flux de professionnels qui arrivent en Belgique. Les quotas ont d'ailleurs été revus à la hausse, comme vous le savez.

De plus, la Fédération Wallonie-Bruxelles a diminué le nombre d'étudiants non-résidents dans les études de médecine à 15 %, au lieu des 30 % antérieurs. Voilà quelques chiffres en réponse à votre question.

20.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Je pense qu'il était important d'avoir connaissance des chiffres de la commission de planification, qui relativisent les constats émis par l'étude d'Acerta, selon laquelle un salarié sur dix travaillant dans la santé serait de nationalité étrangère. On n'est pas loin de cela, mais en tout cas, les chiffres que vous avez évoqués sont plus faibles.

Je pense qu'il aurait été intéressant de connaître plutôt l'évolution de ces chiffres par rapport aux dernières années, pour pouvoir objectiver une tendance qui nous revient du terrain. Sans doute cette tendance est-elle moins importante que ce qui ressortirait de cette étude, mais je pense que cette tendance existe. Il serait vraiment important et intéressant de l'objectiver. C'est la raison pour laquelle je me permettrai de vous adresser une question écrite pour en savoir davantage.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 **Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un médicament faisant baisser le taux de PFAS dans le sang" (55042012C)**

21 **Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een geneesmiddel dat het PFAS-gehalte van het bloed doet dalen" (55042012C)**

21.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, fin d'année dernière, nous apprenions la présence de PFAS dans l'eau de distribution de plusieurs villages wallons.*

Un des problèmes principaux de la présence de ces polluants éternels, on le sait, est la conséquence néfaste qu'ils ont sur la santé.

Cependant, un récent essai clinique danois aurait permis de mettre en lumière un médicament, la cholestyramine - utilisé initialement dans le traitement du cholestérol -, qui pourrait faire chuter la présence de ces polluants dans le sang de personnes exposées.

En effet, selon Morten Lindhart, médecin à l'hôpital d'Holbaek et responsable du projet, ce médicament aurait ainsi réduit la quantité de PFAS de 60 % en trois mois dans le sang d'une vingtaine de sujets: "l'effet du traitement se traduit par une baisse du taux dans le plasma de 63 %, ce qui correspond à une baisse de 3 % liée au temps qui passe et de 60 % grâce au traitement".

S'il n'est pas conseillé de prendre le traitement en continu, les chercheurs estiment toutefois qu'il

constitue une piste prometteuse pour toutes les personnes exposées régulièrement à ces polluants.

D'où mes questions, monsieur le ministre:

Aviez-vous connaissance des résultats de cet essai clinique? Qu'en pensez-vous?

De telles études sont-elles terminées, en cours ou prévues dans notre pays? Dans l'affirmative, quels en sont les résultats? Dans la négative, quelles sont vos ambitions à cet égard? Pensez-vous qu'une telle recherche puisse nous être utile au vu de la récente pollution des eaux wallonnes?

Je vous remercie.

21.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Rohonyi, l'étude EudraCT 2021/0033393712 a pris fin en juin 2023. Les résultats de cette étude ont été publiés et sont donc connus. Cette étude est certainement intéressante, mais d'autres recherches sont nécessaires pour mieux évaluer l'analyse bénéfice-risque de ce médicament dans cette indication. En outre, l'usage de ce médicament n'est probablement approprié que dans le traitement des personnes exposées à de fortes concentrations de PFAS. Les mesures prises pour éliminer les PFAS de l'environnement restent donc bien évidemment d'actualité.

Vous savez que je me suis engagé à promouvoir des mesures à la source dans le cadre de REACH, tandis que le traitement de l'eau et la dépollution des sols relèvent de la compétence des Régions. Néanmoins, il se fait qu'il y a quelques jours, M. Clarinval et moi-même avons pris notre responsabilité en ce qui concerne les types d'eau dont nous sommes responsables.

21.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Merci, monsieur le ministre. J'entends que des études ont été réalisées et que des études complémentaires vont l'être. Toutefois, vous renvoyez une fois de plus vers les autres niveaux de pouvoir, alors que l'une de mes questions était précisément de mettre en exergue le rôle de la CIM Santé à cet égard. Certes, votre collègue David Clarinval et vous-même avez des rôles complémentaires, mais je pense que c'est justement une question sur laquelle l'autorité fédérale et les entités fédérées ont tout intérêt à collaborer, ne fût-ce que pour ce qui concerne les échanges d'informations, qui sont cruciaux.

J'ose donc espérer que ce travail de collaboration pourra être concrétisé aux côtés du travail qui doit être effectué au niveau européen et qui vise l'élimination progressive des PFAS. En attendant, j'en appelle vraiment à une meilleure collaboration.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 38.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.38 uur.