

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 19 JANVIER 2021

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 19 JANUARI 2021

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 08 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.08 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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] Actualiteitsdebat - De onbeschikbaarheid van geneesmiddelen tegen IBD. Toegevoegde vragen van
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onbeschikbaarheid van de medicatie voor IBD-patiënten" (55012169C)

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onbeschikbaarheid van geneesmiddelen tegen IBD" (55012217C)

- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan geneesmiddelen voor patiënten met chronisch inflammatoir darmlijden" (55012231C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan medicatie voor IBD-patiënten" (55012388C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan geneesmiddelen voor de behandeling van chronische inflammatoire darmziekten" (55012714C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Chronische inflammatoire darmziekten" (55012731C)

[01] Débat d'actualité - La pénurie de médicaments pour les maladies MICI. Questions jointes de

- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de médicaments pour les patients MICI" (55012169C)

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indisponibilité de médicaments contre les MICI" (55012217C)

- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les patients atteints de MICI touchés par une pénurie de médicaments" (55012231C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de médicaments pour les patients atteints de MICI" (55012388C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de médicaments pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin" (55012714C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les maladies inflammatoires chroniques intestinales" (55012731C)

[01.01] Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Een aantal weken geleden hadden wij in onze commissie een redelijk algemeen debat over patiënten met de ziekte van Crohn. De directe aanleiding daartoe was dat een aantal van ons een dag in het leven van een patiënt met de ziekte van Crohn hadden meegemaakt. Op de specifiekere vragen van mijn collega, Laurence Hennuy, over het tekort aan een aantal geneesmiddelen bent u toen niet dieper ingegaan. Intussen krijgen we verontrustende berichten dat het tekort groter en hardnekkiger is dan we toen konden inschatten, want patiënten krijgen geregeld bij de apotheker de boodschap dat hun broodnodige medicatie niet voorradig is.

Volgens de u wellicht bekende professor Ferrante is er wel voldoende medicatie voorradig bij de Belgische

groothandels, maar toch lukt het om een of andere reden niet om die bij de juiste patiënten te krijgen. Daarom vraagt men een grondig onderzoek door het FAGG.

Kent u de reden van de onbeschikbaarheid? Hoe komt het dat de patiënten maar niet aan hun medicatie geraken? Wat kunt en wilt u daaraan doen? Kunt u ons bevestigen dat er inderdaad een onderzoek bij het FAGG gestart is? Welke timing hebt u voor ogen? Volgt er dan ook intensief overleg met de patiëntenverenigingen? Het probleem blijft immers aanslepen.

01.02 Dominiek Snelpe (VB): Het is niet nodig om de hele uitleg opnieuw te doen, aangezien mevrouw Creemers dat voortreffelijk heeft gedaan. Mijn vragen liggen in dezelfde lijn.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van de onbeschikbaarheden van de betreffende geneesmiddelen?

Bent u ook op de hoogte van de aanvraag tot onderzoek aan het FAGG?

Wat zult u ondernemen om het probleem op te lossen?

Kunnen de IBD-patiënten erop rekenen dat u de zaak ter harte zult nemen?

Zult u het onderzoek door het FAGG niet alleen ondersteunen maar ook aanmoedigen, zodat het grondig gebeurt en de mogelijke problemen bij de groothandelaars-verdelers opgelost worden in het belang van de patiënt?

01.03 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, cette situation n'est pas neuve. J'ai déposé plusieurs questions à ce sujet ces derniers mois. Il nous revient que la pénurie de médicaments fondamentaux pour les patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin se poursuit. Ces spécialités étant essentielles pour que les patients puissent vivre dans de meilleures conditions, ces pénuries peuvent avoir de lourdes conséquences sur leur vie quotidienne. Une situation très particulière alors que le Questran, médicament utilisé dans le traitement administré après certains types d'ablation de l'intestin, ne serait plus accessible depuis deux ans sur notre territoire, apparemment pour des raisons de pénuries de composants de ce produit pharmaceutique.

Par ailleurs, la commercialisation du lavement à la mésalamine (Salofalk, Pentasa) a été arrêtée. Cela signifierait qu'actuellement, seul le Colitofalk 2g est disponible sur le marché, ce qui pourrait poser des difficultés d'approvisionnement. Les associations de patients et organisations professionnelles tirent à nouveau la sonnette d'alarme. Les patients atteints de MICI ont, en effet, de plus en plus de difficultés à obtenir leurs médicaments. Selon eux, les thérapies biologiques sous-cutanées sont livrées en quantités suffisantes sur notre territoire. Toutefois, il semble que les pharmacies soient dans l'impossibilité de les délivrer aux patients, raison pour laquelle ceux-ci ont sollicité une enquête auprès de l'AFMPS.

Monsieur le ministre, confirmez-vous cette situation? Des pénuries sont-elles actuellement observées? En connaissez-vous les causes? Pourriez-vous nous faire le point de la situation, sur la disponibilité et l'accessibilité effective de ces médicaments et produits pour les patients? Observez-vous des différences entre notre pays et les autres États européens concernant ces spécialités? Dans l'affirmative, pour quelles raisons?

Quelles mesures sont-elles prises et peuvent-elles encore être prises pour remédier à ces indisponibilités et à ces arrêts de commercialisation? Compte tenu du délai obligatoire d'information par la firme qui cesse la commercialisation, quelles mesures ont-elles été prises pour y suppléer?

À la suite de la demande des associations de patients, confirmez-vous qu'une enquête a été menée au niveau de l'AFMPS? Quelles en sont les conclusions?

Enfin, de manière plus générale, en dehors de la situation des pénuries, quelles sont les pistes et mesures nouvelles qui sont envisagées par le département de la Santé en collaboration avec les experts scientifiques pour améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une MICI?

01.04 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je ne reviendrai pas sur l'ensemble de la problématique.

On sait que ce manque et cette pénurie ont des conséquences désastreuses pour les patients, tant au niveau de leurs symptômes qu'au niveau de leur qualité de vie.

Monsieur le ministre, comment peut-on expliquer cette pénurie de médicaments essentiels pour les patients atteints de ces maladies? Quelles mesures peuvent-elles être envisagées pour régler ce problème? Des solutions de substitution existent-elles?

01.05 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, je vous ai déjà interpellé sur le problème de l'accessibilité de toute une série de traitements pour les patients souffrant de RCEH ou de la maladie de Crohn. À ce moment-là, vous m'aviez répondu: "Tout va très bien, madame la marquise". Je n'étais pas du tout ravie. Je vous avais d'ailleurs dit que j'allais revenir à la charge. Entre-temps, j'ai appris que des réunions s'étaient tenues.

Je me suis donc dit qu'il valait mieux attendre, afin de voir si la situation évoluait positivement et si les contacts avec l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) allaient déboucher sur des notes positives. Force est néanmoins de constater qu'il se pose un réel problème de disponibilité de certains traitements pour les patients porteurs de ces maladies. Rappelons tout de même que ces traitements sont essentiels, car il n'existe pas de plan B pour ces patients!

Par ailleurs, je suis frappée d'entendre régulièrement vos services affirmer qu'il n'y a pas d'indisponibilité pour tel ou tel médicament, comme par exemple le Stelara, alors que des dizaines de patients ont eu des difficultés à se procurer ce médicament en 2020. Je n'ai pas de détails concernant cette dissonance entre les patients et vos services, mais vous êtes au courant de la situation depuis plusieurs mois, et il est aujourd'hui impératif de prévoir des actions particulières pour les patients concernés.

Je pourrais vous citer d'autres exemples tels que le Questran ou encore des lavements qui sont essentiels pour les patients du fait qu'ils ne sont pas commercialisés en Belgique. Je pourrais également vous renvoyer vers les professionnels qui s'occupent de ces patients, comme par exemple le professeur Ferrante de la Katholieke Universiteit Leuven (KUL).

Il est aujourd'hui capital que nous prenions des mesures efficaces. Si nécessaire, réunissez autour de la table l'ensemble des acteurs, les patients, les professionnels de la santé qui s'en occupent, les sociétés pharmaceutiques qui commercialisent ces médicaments vitaux pour les patients ainsi que l'AFMPS, afin de trouver des solutions dans les plus brefs délais, car il s'agit véritablement d'un enjeu majeur.

01.06 Nawal Farih (CD&V): *Mijnheer de voorzitter, geachte meneer de Minister, ons land kent ongeveer 40.000 patiënten die lijden aan een chronische inflammatoire darmziekte of IBD. De bekendste verschijningsvormen van deze ziekte zijn de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Voor deze patiënten is het zeer belangrijk dat zij tijdig en voldoende medicatie hebben. Deze medicatie heeft immers een enorme impact op de levenskwaliteit.*

De laatste tijd is het voor IBD-patiënten echter een stuk moeilijker om aan hun medicatie te geraken. Enerzijds zijn verschillende firma's gestopt met de productie van hun geneesmiddelen voor de Belgische markt omdat dit niet meer economisch rendabel is. Anderzijds zijn er de afgelopen maanden heel wat beschikbaarheidsproblemen met de duurdere, biologische therapieën. Het gevolg hiervan is dat veel patiënten vaak geen toegang meer hebben tot medicatie wat negatieve gevolgen heeft voor hun ziektesymptomen en ook hun levenskwaliteit.

Ikzelf heb ook een dag in de schoenen gestaan van een IBD-patiënt. De constante stress waarmee deze personen leven en de impact die medicatie kan hebben op hun levenskwaliteit, zijn mij bijgebleven van deze dag. De mensen hebben nood aan hun medicatie en wij moeten er dan ook voor zorgen dat deze te allen tijde beschikbaar is. Daarom heb ik ook enkele vragen voor u, meneer de minister:

Hoe zal u de beschikbaarheid van de medicatie garanderen?

Zal u nieuwe akkoorden sluiten met bedrijven om de bevoorradingszekerheid op de Belgische markt te garanderen?

Zal u met de patiëntenverenigingen voor IBD in overleg gaan om te zorgen voor een definitieve oplossing voor dit probleem?

Ik dank de Minister voor zijn antwoord.

01.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het probleem voor de behandeling van de IBD-patiënten is eigenlijk heel ruim, maar wordt hier nogal vernauwd naar een paar types van geneesmiddelen.

We hebben het over Stelara, dat heel duur is, maar goedkoper bij ons dan in de ons omringende landen. We hebben het over de TNF-inhibitoren, waarmee altijd al een probleem is met de contingentering, en we hebben het over de goedkopere middelen, de mesalazines, waarvan het FAGG zegt dat die problematiek niet altijd zo groot is, maar waar in de sector al jarenlang een continu probleem is om de patiënten op frequente basis hun medicijnen te geven.

Dat geldt ook voor Questran dat op dit moment wel te verkrijgen is via de derogatie die werd afgesproken. Voor één keer is de patiënt daarvan dan niet de dupe. Ik wil u eraan herinneren dat de patiënten al jaren een meerprijs betalen voor Questran omdat het door de apotheker moet worden geïmporteerd.

Een aantal collega's vraagt naar een onderzoek door het FAGG, maar ik wil u veel meer vragen. Ten eerste, op dit moment zijn meer dan duizend specialiteiten niet te verkrijgen. Wij hebben op 19 december 2020 een wet goedgekeurd die ertoe strekt de tekorten aan geneesmiddelen te beperken. Ik heb u er al vaker naar gevraagd. Het koninklijk uitvoeringsbesluit is absoluut noodzakelijk en dat geldt ook voor deze patiënten die nood hebben aan bijvoorbeeld mesalazine.

De procedure die de uitvoer van de geneesmiddelen beperkt, moet worden opgesteld via een KB. Hebt u dat al gedaan en, zo niet, wanneer zult u dat doen?

De problematiek rond Stelara, Questran en de TNF-inhibitoren heeft te maken met de contingentering en met de verplichting van de groothandelaars en de vergunninghouders om binnen drie dagen te voorzien in de levering van de noden voor de Belgische markt. Zolang daar niet aan gewerkt wordt en zolang dit uitvoeringsbesluit niet in orde komt, zullen wij geen oplossing hebben.

Een tweede element waar ik u ook al langer op heb gewezen, mijnheer de minister, is de *race to the bottom* inzake de prijzen van de medicijnen. Ik ben absoluut voorstander van orthodoxie en hygiëne rond de prijzen van geneesmiddelen, maar soms moeten wij toch ook in overleg durven te gaan met de producenten. Wat gebeurt er nu immers? Colitofalk heeft de 4 gram van de markt gehaald, maar gaat nu opnieuw een procedure indienen bij het FAGG, omdat er geen alternatieven zijn. Zo wordt er eigenlijk een beetje een spelletje gespeeld tussen de farmaproductenten, het FAGG en het RIZIV. Daar is maar één partij de dupe van, namelijk de patiënt.

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, u moet stilaan afronden.

01.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik zal afronden, maar het is echt een belangrijk gegeven.

Wij hebben de wet goedgekeurd. Het enige wat wij nodig hebben, is een uitvoeringsbesluit. Daarom treft er een zestal punten die u, mijnheer de minister, nog moet uitwerken. Dan kunnen wij vooruit en kunnen wij ervoor zorgen dat de beschikbaarheid van de medicijnen verhoogt. Daarnaast moeten wij ons beraden over de goedkope geneesmiddelen, die goedkoop moeten blijven, maar ook beschikbaar moeten blijven voor onze patiënten.

Ik heb een allerlaatste punt, mijnheer de minister, dat een beetje technisch is: patiënten met IBD breken geneesmiddelen verhoogd af.

Zij hebben meer nodig dan wat het RIZIV toelaat. Door een wetswijziging kunnen die gratis geneesmiddelen niet meer door de verpleegkundigen van de centra ter behandeling van IBD worden aangevraagd, maar moeten de artsen dat doen. Het gaat om een heel kleine, technische aanpassing. Bent u bereid om die aanpassing door te voeren opdat ook dit haalbaar is voor de artsen en verpleegkundigen?

01.09 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de collega's hebben al goed uitgelegd dat er een tekort is aan medicatie voor mensen met colitis ulcerosa. De achtergrond van dit

verhaal ruikt naar winstbejag, wat in deze commissie voor Gezondheid vaker gespreksonderwerp is. De patiënten zijn uiteindelijk de dupe van dat winstbejag terwijl er niet aan de rechten van de patiënten wordt gedacht. Zodoende komen patiënten zonder medicatie te staan. In die zin pleit ik voor concrete antwoorden in deze concrete dossiers. Aangezien het over een heel precies aantal dossiers van tekorten gaat, zit ik niet te wachten op vage antwoorden over wat er aan de hand is. Mijnheer de minister, wat doet u of het FAGG concreet om dit te proberen op te lossen?

Het middel Stelara is, zoals mevrouw Depoorter al zei, in ons land goedkoper dan in bijvoorbeeld Duitsland, maar kost toch nog wel 2.900 euro. Wordt dat middel al dan niet naar onze buurlanden geëxporteerd? Exporteurs hebben ons daarnet nog gemaïld om te melden dat het niet aan hen ligt en dat zij het middel niet hebben geëxporteerd. Echter, uit een brief van Janssen-Cilag van november 2020 blijkt wel dat aan apothekers werd voorgesteld om rechtstreeks bij de producent te bestellen.

Dit zijn praktijken om extra winst op die medicijnen te kunnen maken.

De mesalazine is in verschillende vormen in ons land beschikbaar. Hebt u dat al besproken? Het is weliswaar oudere medicatie, maar normaal gezien moet elke producent die een medicijn op de markt brengt, ervoor zorgen dat het ook op de markt is. Hoe zit het met dat onderzoek?

Dezelfde vraag geldt voor Questran.

Sommige bedrijven halen soms medicatie van de markt. Dat is bijvoorbeeld het geval met Colitofalk. Wat zult u daartegen ondernemen?

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, gelet op de veelheid van vragen hebt u 10 minuten.

01.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik geef eerst een aantal feitelijkheden die ik van het FAGG kreeg. Dat is een beetje herhaling, maar toch.

Voor de onderhuidse biologische therapieën zijn momenteel geen onbeschikbaarheden gemeld. Daar waren de afgelopen maanden ook amper tekorten, zegt het FAGG.

Er zijn inderdaad wel regelmatig problemen met de beschikbaarheid van Questran en geneesmiddelen op basis van mesalazine.

Questran is onbeschikbaar gemeld van 14 september 2020 tot en met 31 maart 2021 door de toegenomen vraag.

Ik denk dat mevrouw Depoorter er al naar verwezen heeft. Het FAGG heeft ondertussen een derogatie voor invoer uit het buitenland aan de firma verleend. De buitenlandse verpakkingen zijn momenteel beschikbaar bij de apotheker, met informatie in de drie landstalen en met dezelfde terugbetalingsmodaliteiten.

Het bedrijf heeft stappen ondernomen om de beschikbaarheid op lange termijn te verbeteren. Begin november 2020 werd de toevoeging van een nieuwe fabrikant aanvaard. Als gevolg daarvan zal de productie van de actieve stof cholestyramine hoger zijn en kan een meer continue aanvoer worden verzekerd.

In het verleden was een derogatie voor invloed door de firma vaak niet mogelijk en was de enige oplossing voor de onbeschikbaarheid invoer door de apotheker via artikel 105, op basis van een voorschrift en artsenverklaring. Deze procedure gaat meestal gepaard met extra kosten voor de patiënt, aangezien er niet in een terugbetaling is voorzien en de importkosten moeten worden betaald.

Samen met het RIZIV zal worden gewerkt aan het KB rond de compensatie van de meerkosten door de farmaceutische industrie. Het spijt mij dat ik nu niet preciezer kan zijn, maar ik heb momenteel geen preciezere informatie.

Mesalazine Teva 500 mg is onbeschikbaar gemeld van 4 mei 2020 tot en met 15 maart 2021 door een vertraging in de productie. Alternatieven zijn mogelijk.

Colitofalk 500 mg is onbeschikbaar gemeld van 24 december 2020 tot en met 31 januari 2021, en dit

eveneens door een vertraging in de productie. Colitofalk 2 g is onbeschikbaar gemeld van 16 oktober 2020 tot en met 15 februari 2021 door een toegenomen vraag. Dat is echter een gevolg van de stopzetting van de commercialisatie van Pentasa 1 g en Colitofalk 4 g. Er is een derogatie voor invoer door de firma goedgekeurd. De buitenlandse verpakkingen zijn momenteel beschikbaar op de Belgische markt.

De vergunning voor het in de handel brengen van Colitofalk 4 g werd geschrapt op datum van 3 november 2020. De firma, Dr. Falk Pharma Benelux B.V., heeft voorgesteld de schrapping van zijn product Colitofalk 4 g te herzien. Het FAGG heeft de schrapping intussen ongedaan gemaakt. De firma zal begin 2021 opnieuw een prijs en terugbetaling aanvragen. Dit is natuurlijk zeer vervelend, want dat vraagt veel tijd.

Ze hopen het product eind 2021 weer op de markt te hebben. We zijn niet alleen, maar dat is een zeer magere troost. Enkele andere Europese landen kampen ook met beschikbaarheidsproblemen rond Questran. We hebben geen informatie over de beschikbaarheid van de geneesmiddelen op basis van mesalazine of van de onderhuidse biologische therapieën in andere landen.

Ik bevestig dat een onderzoek lopende is bij het FAGG, maar de resultaten ervan zijn nog niet bekend. We ondernemen alle stappen zoals vastgelegd in de beslissingsboom, die hier geldt. We stellen het belang van de patiënt voorop. Het FAGG zegt mij dat ze goed transversaal hebben samengewerkt met de andere diensten om tot oplossingen te komen. Het FAGG staat ook in contact met de patiëntenorganisaties. Mijn administratie heeft de open brief ontvangen en heeft dokter Ferrante geïnformeerd over de onbeschikbaarheid van deze geneesmiddelen en mogelijke oplossingen voor de patiënt.

In het algemeen probeert het FAGG in de werkgroep Onbeschikbaarheden aan preventieve maatregelen te werken om onbeschikbaarheden te vermijden. Als er een onbeschikbaarheid is, wordt gezocht naar oplossingen. Meer specifiek evalueert het FAGG elke melding van onbeschikbaarheid met behulp van een beslissingsboom. Hierbij wordt in eerste instantie rekening gehouden met de duur, het aantal beschikbare alternatieven op basis van eenzelfde werkzaam bestanddeel en eenzelfde toedieningsweg, en de indicatie. Er wordt nagegaan of beschikbare alternatieven op de verhoogde vraag kunnen anticiperen.

Indien er geen alternatieven zijn of deze kunnen de verhoogde vraag niet opvangen, wordt gekeken of een alternatieve behandeling mogelijk is, op basis van een andere actieve stof of een magistrale bereiding. Indien geen oplossing wordt gevonden, wordt nagegaan of de firma via een derogatie buitenlandse verpakkingen van het geneesmiddel op de Belgische markt kan verdelen of dat een apotheker het geneesmiddel kan invoeren via artikel 105, op basis van een voorschrift en artsverklaring. Indien er geen enkele oplossing mogelijk is, wordt een taskforce georganiseerd. Experts zoeken samen een oplossing, bijvoorbeeld het prioriteren van indicaties.

Ook in geval van stopzetting van de commercialisatie evalueert het FAGG de impact op de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor de patiënt te verzekeren. Dat is de stand van zaken.

Waarschijnlijk zult u een aantal dingen al weten. Wie een grondiger debat nodig vindt, heeft gelijk.

Om volledige duidelijkheid te krijgen over de situatie per product dat de IBD-patiënten nodig hebben, of de geneesmiddelen voor patiënten met de ziekte van Crohn zich werkelijk in de apotheek bevinden of niet, welke valabele alternatieven er concreet bestaan en de reële oorzaak van de onbeschikbaarheid, heb ik aan het FAGG en het RIZIV de opdracht gegeven om een zeer grondig onderzoek te doen dat moet leiden tot verdere acties.

Met alle betrokken administraties, in casu het FAGG en het RIZIV, werken we aan concrete oplossingen die juridisch sluitend zijn. We doen dat in overleg met de stakeholders in het kader van de werkgroep Onbeschikbaarheid van het FAGG. Het gaat dan over regelingen inzake transparantie, de omvang van voorraden bij de groothandelaars en de concrete bestemming ervan. Ook de uitbreiding van de mogelijkheden tot substitutie van geneesmiddelen door de apotheken wordt bekeken, evenals de financiering van de gevolgen van de onbeschikbaarheid, met name wanneer de invoering van een dergelijk geneesmiddel noodzakelijk is.

We luisteren naar alle stakeholders en streven daarbij naar een consensus. Ik denk dat zij die het aanklagen, gelijk hebben. Persoonlijk heb ik eerlijk gezegd de afgelopen maanden onvoldoende de tijd gehad om hard op dit prangende probleem te werken. Maar ik vind inderdaad dat ik samen met mijn agentschappen en administraties oplossingen moet proberen te vinden. Ik hoop dat dit vooruitgaat.

01.11 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord, waarin u ons meegeeft welke stappen mogelijk zijn.

U zegt dat als we met al wat het FAGG momenteel onderneemt toch niet vooruitgeraken, als het probleem blijft aanhouden, een werkgroep mogelijk is. U zult het FAGG en het RIZIV om oplossingen vragen. Misschien is dat dan al de stap van de taskforce en dan zal die stap niet werken.

U haalt een aantal redenen aan, zoals vertraging in de productie. Dat kan allemaal wel zijn, maar het helpt de patiënten die vandaag bij de apotheker komen en die een oplossing voor hun probleem zoeken, niet vooruit.

Het is tijd dat die stap naar een taskforce wordt gezet. We moeten een grondige oplossing voor het probleem vinden. Ik weet dat uw partij dezelfde mening is toegedaan als de onze. U hebt nog een ultiem redmiddel. Als het echt niet anders meer kan, dan bestaan er nog dwanglicenties. Misschien moet u dat ook eens bekijken.

01.12 Dominiek Sneye (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw nogal droge antwoord. Uw diensten hebben het goed voorbereid.

U zegt dat er geen tekorten zijn gemeld voor Stelara, de subcutane biologische therapie, maar volgens onze informatie klopt dat niet. Al tientallen patiënten ondervonden problemen om aan hun broodnodige medicijn te geraken. Ofwel klopt uw informatie of de onze niet, ofwel werkt het systeem niet waarop dat kan worden ingegeven. Misschien moet dat worden aangepakt of herbekeken.

Wat het probleem van IBD betreft, het kan niet de bedoeling zijn dat groothandelaars-verdelers een tekort op de Belgische markt veroorzaken omdat ze bijvoorbeeld hun spullen op de parallelle markt verkopen. Dat neigt naar maffiapraktijken op de kap van de patiënten. Ik vrees dat dit niet alleen het geval is voor de medicijnen voor IBD-patiënten, maar waarschijnlijk ook voor heel wat andere chronische ziekten.

Ik hoop, samen met de patiënten, dat u dit probleem aanpakt en dat u het FAGG niet alleen zult steunen in zijn onderzoek, maar dat u het ook tot een diepgaand onderzoek zult aanmoedigen, zodat dergelijke praktijken niet meer kunnen gebeuren.

Ik hoop dat u ook ziet dat het systeem niet goed werkt. Als patiënten zeggen dat ze niet aan hun medicatie geraken, zullen zij daar niet over liegen. Ik hoop dat u dit op korte termijn aanpakt, zodat de patiënten niet langer in de kou blijven staan.

01.13 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos éléments de réponse.

J'entends que vous reconnaissez l'existence d'un problème de disponibilité des médicaments. Si vous ne parlez pas de pénurie, vous parlez quand même d'indisponibilité. J'entends également que vous souhaitez qu'une enquête approfondie soit menée et que des solutions soient trouvées, en collaboration avec l'administration, en matière de disponibilité, de transparence et d'accessibilité.

Je tiens ici à attirer votre attention sur le fait qu'il y a urgence pour ces patients. En effet, ils ignoreront jusqu'en mars s'ils obtiendront le médicament le plus adapté à leur pathologie, ce qui nuit à leur moral; leur quotidien est très difficile.

Je souhaiterais pouvoir être rassurée, raison pour laquelle je continuerai à vous interroger sur les pistes et mesures que vous envisagez pour améliorer la vie des patients atteints de MICI.

01.14 Nawal Farhi (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik had een technisch probleem, maar hoop dat mijn vraag kan worden opgenomen in het verslag.

Ik heb het antwoord van de minister gehoord en ben ergens wel gerustgesteld dat het probleem door het kabinet zal worden aangepakt, nu er wordt gedacht aan een diepgaand onderzoek. We moeten daar broodnodig tijd voor maken. Die patiënten staan helaas tot mogelijk maart in de kou. Aan die ziekte houdt men psychologisch wel heel wat nadelen over. We moeten er echt wel voor zorgen dat die mensen alle medische hulp krijgen die wij hun kunnen geven. Ik dank de minister voor zijn antwoord en hoop echt op een

opvolging.

01.15 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. J'ai pris note des différentes enquêtes que vous avez demandées. Nous en attendons les résultats mais, dans l'intervalle, ces pénuries malmènent les patients, qui ne comprennent pas toujours pourquoi ils ne peuvent pas recevoir leurs médicaments, qui sont pour eux une réelle nécessité. Je prends également note de votre volonté de trouver des solutions, toujours dans l'intérêt de ces patients.

01.16 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, votre réponse m'étonne car je pensais que l'enquête au niveau de l'AFMPS avait déjà été lancée. Vous n'avez pas non plus communiqué de calendrier. Pourrions-nous avoir un engagement clair de votre part afin que l'Agence nous fasse savoir, dans les 15 jours, ce qu'il en est quant à ces indisponibilités? Quelles sont les pistes de solution envisagées?

Je vous ai entendu répondre de manière stoïque qu'il n'y avait pas d'indisponibilité pour le Stelara, mais je peux vous assurer que de nombreux patients ont personnellement vécu cette indisponibilité. Selon moi, vous ne devez pas être le porte-parole de l'AFMPS mais bien le ministre de la Santé pour les patients. Pas moins de 40 000 Belges souffrent de la maladie de Crohn et de rectocolite ulcéro-hémorragique. Ces patients doivent être pris en considération.

Je pense également qu'il est possible d'innover pour ce qui concerne les pistes de solution. Vous avez déclaré que, pour le Questran, l'AFMPS a prévu un plan B au moyen d'Eurocept, via une dérogation. Or, dans d'autres États membres, le Questran est disponible sous des formes génériques.

La dimension européenne est importante, certes, mais pourquoi ne pas innover en concluant, pour les médicaments en pénurie, des accords avec d'autres États membres? Cela permettrait de trouver immédiatement une solution opérationnelle pour les patients. La situation perdure depuis maintenant plusieurs mois et il est urgent d'y remédier.

Je tire en quelque sorte la sonnette d'alarme, en lien avec les soignants et, plus particulièrement, l'association BIRD, mais aussi avec les patients. J'ose espérer que vous apporterez aux patients comme aux soignants des réponses au cours des prochaines semaines et que vous établirez un calendrier précis et serré à cet égard. Les patients en ont cruellement besoin.

01.17 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dank u voor de stand van zaken. Ik ben het met u eens en ben blij dat u hierover een grondig debat zult voeren en een grondige analyse zult maken. Wel had dat KB op 2 februari klaar moeten zijn, een jaar geleden. Daar kunt u niets aan doen, maar de urgentie is er. In covidtijden mogen we vooral niet vergeten dat onze chronische patiënten recht hebben op een optimale gezondheidszorg en optimale verzorging.

Wat er in het KB nog allemaal uitgewerkt moet worden, is de uitvoerbeperking. Ook de contingentering moet worden aangepakt. Wij hebben dit goedgekeurd, dus ik pleit er echt voor om dit uit te voeren, net als de leveringsplicht van de vergunninghouder en de groothandelaars. U verwees naar het substitutierecht voor de apothekers, maar ook dat hebben we goedgekeurd. Het moet gewoon in een KB worden gegoten. Ik heb nog begrepen dat u werkt aan de prijscompensatie en dat is absoluut goed.

De collega's hebben al verwezen naar de onbeschikbaarheid. U zegt dat die er vandaag niet is en u heeft de facto gelijk vandaag, maar misschien niet vorige maand of de maand daarvoor. Het probleem is dat een gezondheidszorg als de onze de patiënt echt moet kunnen geruststellen dat hij of zij zijn medicatie zal krijgen. Dat is er vandaag niet. Patiënten met verschillende chronische aandoeningen die *biologicals* nodig hebben, moeten echt plannen wanneer naar de apotheek te gaan en hoe ervoor te zorgen dat ze hun medicatie beschikbaar hebben. Dat is echt wel een probleem.

Over de overschakeling staat in uw beleidsnota dat u meer wilt inzetten op de goedkopere versies van de *biologicals*. Voor de omschakeling van het ene naar het andere zou er moeten worden gewerkt aan minder rompslomp. Het schrappen van en de nieuwe prijsaanvraag voor Colitofalk bevestigen het pleidooi dat ik al vaker heb gehouden. Flexibiliteit en prijsaanvragen uit bewezen noodzaak zijn iets waarvan we werk moeten maken.

01.18 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, uw antwoord was vrij vaag. U bent uiteraard druk bezig met de coronacrisis, maar het probleem van de tekorten verdient eveneens aandacht. Het is eigenlijk

een schoolvoorbeeld van alles waarover we het vorig jaar gehad hebben in de hoorzittingen. Die tekorten zijn in feite een businessmodel geworden waarmee mensen geld verdienen. In sommige gevallen bracht men geen goedkope medicatie meer op de markt, maar ging men ze importeren of exporteren.

De farmaceutische industrie heeft nochtans een bepaalde maatschappelijke verantwoordelijkheid als zij medicijnen op de markt brengt waarvan mensen volledig afhankelijk zijn om een enigszins normaal leven te kunnen leiden. Zij moeten ervoor zorgen dat die medicijnen ook beschikbaar zijn op de markt. Het is aan u om die bedrijven op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te wijzen en ervoor te zorgen dat de spelregels gerespecteerd worden. Dit is een schoolvoorbeeld van deze problematiek dat aantoont dat hier snel werk van moet worden gemaakt. Het gebeurt immers niet zomaar dat al die patiënten brieven gaan schrijven en naar de pers stappen om hier ruchtbaarheid aan te geven.

Wat Stelara betreft, hebt u eigenlijk helemaal niet geantwoord. U zei immers dat er geen tekort is, maar dat is er natuurlijk wel. Het feit dat dezelfde spuit 2.900 euro kost in België en meer dan 5.000 euro in Duitsland kan uiteraard leiden tot export van het product. Dat ruikt trouwens naar het verhaal over Femara dat we twee jaar geleden meegemaakt hebben. U moet snel en kordaat optreden, dat verwachten wij en vooral de patiënten van u.

01.19 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik wil een voorstel doen over de procedure. Verschillende mensen, mevrouw Merckx, mevrouw Fonck en mevrouw Depoorter, stelden dat de informatie die ik hier gaf op gezag van het agentschap, niet juist was of dat er een probleem mee was. U stelde bepaalde onbeschikbaarheden vast die men hier ontkende. Ik zou het op prijs stellen als u mij een mail stuurt met de gegevens waaruit blijkt dat het antwoord van het agentschap niet helemaal juist is. U dient hierbij uiteraard rekening te houden met de privacy, aangezien het ongetwijfeld gaat om concrete patiënten. U kunt die mail sturen naar mevrouw Jill Schellens, mijn medewerkster, zodat ik dat verder kan laten onderzoeken.

Wat de precieze timing betreft, bij mijn weten gaat het over drie tot vier besluiten. Ik meen dat er een regeling moet komen inzake transparantie over de omvang van de voorraden bij de groothandelaars-verdelers en de concrete bestemming ervan. Aan die regeling wordt nu gewerkt door mijn administratie en ze is bijna klaar.

Vervolgens is er de mogelijkheid tot substitutie van geneesmiddelen door de apotheker.

Dat is in bespreking. Mevrouw Fonck, ik kan u dat niet beloven voor de volgende weken. Ik wil dat maximaal accelereren, maar ik vrees dat in zulke zaken eerder in maanden dan in weken geteld moet worden.

Ten derde is er de financiering van de gevolgen van de onbeschikbaarheid, met name in het geval dat de invoer van een dergelijk geneesmiddel noodzakelijk is. Tot mijn spijt vrees ik, hoewel het misschien al lang op zich laat wachten, dat ook dit niet in enkele weken geregeld is. Het kan langer duren, maar ik ga erachteraan. Wel moet ik zeggen dat een besluit met een exportverbod, waarop mevrouw Depoorter alludeert, niet zo simpel is, gelet op de Europese context. Daartoe hebben wij een debat op Europees niveau nodig.

Ik wil eraan voortwerken. U spoort mij aan, zeer terecht, want er zijn geen excuses om er geen vaart achter te zetten. We hebben dit echter niet binnen de periode van enkele weken rond, dat zeg ik er meteen bij. Ik zal u op de hoogte houden. Aangezien commissieleden mogelijk informatie hebben waarover ik niet beschik, stel ik voor dat die informatie mij wordt bezorgd op anonieme basis, maar zodanig dat wij toch geïnformeerd zijn over onbeschikbaarheden die u merkt, maar ons onbekend zijn.

01.20 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, le secrétariat pourrait-il nous fournir l'adresse électronique précise? J'ai entendu qu'il s'agissait de M. ou Mme Schellens.

Par ailleurs, monsieur le ministre, vous n'avez pas donné de calendrier pour l'enquête de l'Agence sur les médicaments précédemment évoqués. Je ne peux imaginer que cela dure des mois. Je peux comprendre que le délai soit plus long sur certains aspects d'arrêtés, mais l'enquête de l'Agence sur les médicaments évoqués aujourd'hui doit pouvoir être très rapidement bouclée.

À un moment donné, vous avez évoqué la gestion des conséquences, etc. Les conséquences sur les patients concernent avant tout leur santé. La qualité de vie est terriblement pénalisée en l'absence de

certains de ces médicaments, mais le coût pour les autorités publiques n'est pas négligeable non plus. En effet, les patients doivent parfois interrompre leur travail ou ils présentent des complications et doivent être réhospitalisés en raison de la pénurie de certains médicaments. L'un dans l'autre, je pense que, à force de vouloir toujours tendre vers le prix le plus bas, le coût final sera plus élevé.

Je me dis qu'en qualité de ministre de la Santé, vous avez un certain poids que vous devez aussi utiliser pour, à un moment donné, réunir les acteurs concernés par ces médicaments eu égard aux besoins vitaux pour les patients, autour de la table et, ensemble, trouver des solutions. Je vous remercie pour les patients.

01.21 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik stel voor dat het secretariaat het mailadres van mijn medewerkster doorgeeft.

De **voorzitter**: Dat heb ik intussen al geregeld. Dat zullen we doorgeven aan de vraagstellers en aan wie het woord heeft genomen in dit actualiteitsdebat.

01.22 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben toch wat ontgoocheld in uw antwoord over de uitvoeringsbesluiten. Uw antwoord is nogal vrijblijvend: "We zijn in overleg, we zullen het bekijken, we zullen het bespreken." Het gaat hier echter over een wet die door het Parlement werd goedgekeurd en waarin heel duidelijke richtlijnen zijn opgenomen die moeten worden gevolgd.

U hebt het over de lijst van de voorraad van de groothandelaars en hoeveel er voor België wordt gepland, maar in de wet die wij hebben goedgekeurd, is een duidelijke leveringsplicht opgenomen. Het naleven en het opvolgen daarvan, dat is wat uw diensten zouden moeten uitwerken. Dan vind ik niet dat er daarover nog veel moet worden gedebatteerd. De wet is goedgekeurd, u moet de uitvoering bepalen en controleren.

Wat u zegt over die Europese gesprekken, het gaat heel duidelijk om een limitatieve lijst van geneesmiddelen die herhaaldelijk niet beschikbaar zijn voor onze patiënten. Zo is dat in de wet gestipuleerd. Dat kan perfect. U hebt het recht om dat te doen. De eerste exportban werd inderdaad door het Grondwettelijk Hof verworpen omdat die niet in proportie was, maar hier bepalen we uitdrukkelijk dat als een geneesmiddel gedurende 12 maanden frequent ontbreekt voor de patiënten, wij de export kunnen beperken.

Substitutierecht, idem dito. Die papieren moeten klaarliggen. Wat de prijscompensatie betreft, voor de patiënten maakt dat echt wel een verschil. Toegankelijkheid van zorg is toch waarvoor wij staan. De patiënten kunnen toch de dupe niet zijn van het feit dat België op dit moment maar tot de middenmoot van toegankelijkheid van geneesmiddelen behoort? Dat is echt een werkpunt voor uw diensten.

Ik zou graag een tijdslijn krijgen, zoals ook collega Fonck heeft gevraagd. Met "enkele maanden" neem ik eigenlijk geen genoegen. Ik ben in het Parlement gekomen en binnen het halfjaar hebben we na hoorzittingen deze wet goedgekeurd omdat hij absoluut nodig was. Er zijn op dit moment meer dan duizend specialiteiten niet verkrijgbaar, waarvan er 28 echt cruciaal zijn. U weet dat en het is onze plicht om daaraan te werken.

01.23 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik ben wel een beetje verbaasd dat u vraagt om u mails door te sturen. We zijn allemaal verwittigd door de getuigenissen in de mails van de patiëntenverenigingen. Zij krijgen bijvoorbeeld steeds vaker te horen dat Stelara niet beschikbaar is. Ik weet niet welk bewijs u nog meer nodig hebt. Ik weet niet of u de mail hebt gekregen van de exporteurs, om 12.00 uur vandaag. Daarin zeggen zij dat het niet hun fout is, maar tegelijkertijd tonen zij een communicatie van het bedrijf Janssen-Cilag van november 2020. Daarin wordt voorgesteld om een aantal geneesmiddelen, waaronder Stelara, die effectief kampen met onbeschikbaarheid, rechtstreeks te bestellen bij de producent. Er is dus wel degelijk een probleem van beschikbaarheid. Ik begrijp niet goed welke extra bewijzen er nu nog aangeleverd moeten worden.

01.24 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, u hebt dat gekregen om 12.00 uur, maar ik niet. Stuur mij dat gewoon op.

01.25 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Oké, dat komt dan in orde, maar ik wilde het toch even meegeven.

Wat betreft de leveringsplicht, die is er, naast een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Als een bedrijf een geneesmiddel op de markt brengt, moet het dat ook kunnen leveren. Er zijn in de huidige wet al sancties opgenomen, maar mevrouw De Block heeft ons in de debatten gezegd dat die nooit worden toegepast. Als

ik door het rood licht rijd of een snelheidsovertreding bega en ik weet dat ik daarvoor nooit een boete zal krijgen, dan zal ik dat blijven doen.

U hebt de verantwoordelijkheid om uitvoeringsbesluiten te maken, onder andere ook van die andere wet die is goedgekeurd en waarin een aantal verbeteringen zaten. Ook moet u, als minister, de geest van de wet verdedigen ten opzichte van de industrie. Zij moet haar verantwoordelijkheid opnemen en dat begint natuurlijk met het erkennen van het probleem.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La gestion du diabète sur notre territoire" (55011672C)

02 Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De monitoring van diabetes in ons land" (55011672C)

02.01 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, en Belgique, les données chiffrées concernant le diabète semblent incomplètes. En effet, Sciensano indique qu'il n'existe pas encore d'enregistrement global sur la prévalence et le traitement de cette maladie chronique.

À cet égard, le président de l'Association du diabète s'est mobilisé en sollicitant les autorités publiques pour la création d'un registre en vue d'obtenir une cartographie précise, mais également des données permettant de mieux évaluer l'efficacité des mesures prises sur notre territoire.

Par ailleurs, il a été communiqué qu'il résulte de la 4^e enquête de santé covid-19 réalisée par Sciensano que certaines personnes diabétiques présentent davantage de risques de développer une infection sévère au covid-19.

À ce propos, monsieur le ministre, envisagez-vous de créer un système d'enregistrement plus efficace et, dès lors, une meilleure cartographie en la matière, et de mettre en place un tel registre rapidement? À combien s'élève actuellement le financement octroyé à la lutte contre le diabète en Belgique? Avez-vous déterminé, avec vos homologues des entités fédérées, les objectifs de sensibilisation de notre population pour les mois à venir? Envisagez-vous, par ailleurs, de mettre en œuvre des mesures permettant de poser davantage de diagnostics de manière plus précoce? Si oui, au travers de quelles initiatives spécifiquement fédérales ou en collaboration avec des acteurs externes? On sait, en effet, l'importance de la précocité du diagnostic à l'instar d'autres pathologies. Enfin, combien de patients diabétiques ont-ils été atteints par le covid-19? Comment l'effet du covid-19 sur les patients diabétiques a-t-il déjà pu être précisément défini et communiqué aux personnes ainsi qu'à l'Association du diabète? Dans le cadre de la crise sanitaire, quelles sont les mesures concrètes spécifiques pour ce public nécessitant davantage d'attention?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taquin, en réponse à la question relative à l'enregistrement des données de tous les patients diabétiques dans un registre, je peux dire qu'un tel registre n'existe pas à l'heure actuelle. Toutefois, la faisabilité et l'utilité d'un tel registre peuvent être examinées dans les années suivantes, dans le contexte global d'un registre qui concernerait toutes sortes de maladies. Si un tel registre devait être mis en place, il ne serait bien sûr possible que d'y inclure les patients déjà diagnostiqués. Les éventuels patients diabétiques qui n'ont pas encore été diagnostiqués ne peuvent pas être intégrés à un registre.

Toutefois, dans le cadre des conventions diabète que l'INAMI a conclues avec la plupart des hôpitaux, le contrôle de qualité est opéré depuis de nombreuses années sur la base des données des patients que Sciensano récolte auprès des hôpitaux concernés. Cependant, ces données sur les patients ne constituent pas un véritable registre mais sont basées sur des échantillons de patients suivis dans le cadre des conventions diabète. En outre, seule une partie des patients diabétiques, ceux dont le cas est le plus grave, est suivie dans le cadre de ces conventions diabète.

En ce qui concerne le financement octroyé à la lutte contre le diabète en Belgique, je ne peux que vous donner les chiffres des dépenses liées à des mesures spécifiques pour le traitement et le suivi des patients diabétiques. Dans le cadre de l'assurance maladie en Belgique, il existe trois programmes de suivi pour les patients diabétiques: le pré-trajet, le trajet de soins diabétiques de type 2 et les conventions diabète. En 2018, les dépenses de l'assurance maladie s'élevaient à 1 801 794 euros pour les pré-trajets, à

24 421 492 euros pour les trajets de soins diabète et à 163 845 446 euros pour les conventions diabète.

Pour simplifier: 1,8 million d'euros pour les pré-trajets, 24,5 millions d'euros pour les trajets de soins diabète et presque 164 millions d'euros pour les conventions diabète. Les dépenses pour les médicaments antidiabétiques s'élevaient à 199 millions d'euros – donc presque 200 millions d'euros. Par conséquent, le total des dépenses de l'assurance maladie pour ces mesures spécifiques en faveur des patients diabétiques s'élevait à 389 millions d'euros – autrement dit, presque 390 millions d'euros.

En plus de ce coût lié aux mesures spécifiques pour les patients diabétiques, il faut tenir compte du coût des dépenses générales des soins de santé qui ne visent pas spécifiquement les patients diabétiques et dont le coût lié au diabète n'est pas connu ou l'est difficilement. Je pense, par exemple, au coût des consultations d'un patient diabétique auprès de son médecin généraliste, au coût de l'hospitalisation des patients souffrant de cette pathologie, etc.

Afin de connaître réellement le coût global inhérent à une maladie, il y a lieu de réaliser des études scientifiques approfondies et coûteuses dont les résultats risquent d'être dépassés quelques années plus après.

Votre question suivante a trait à la mise en œuvre des mesures permettant de poser davantage de diagnostics de manière plus précoce. À ce sujet, je peux vous dire que le dépistage du diabète est une tâche primordiale du médecin généraliste et qu'il constitue l'une des priorités dans l'instauration d'un honoraire pour la gestion du dossier médical global du patient.

Suivant les chiffres de 2019, quelque 8 millions de dossiers médicaux globaux (DMG) devaient être testés, en ce compris les maisons médicales. Une grande partie de la population fait donc l'objet d'un suivi dans ce contexte et le diabète devrait être dépisté dans ce même cadre.

Combien de patients diabétiques ont-ils été touchés par le covid-19? À l'heure actuelle, il n'existe pas de données spécifiques concernant le nombre de patients diabétiques touchés par cette dernière.

Dans le cadre de sa mission de surveillance, Sciensano analyse les données sur le covid-19 recueillies lors des hospitalisations. Selon le rapport du 4 décembre 2020, 22,7 % des patients hospitalisés pour covid-19 souffraient de diabète. Il n'est pas possible d'établir une distinction entre le diabète de type I et le diabète de type II puisque le questionnaire reçu pendant l'hospitalisation ne le demande de façon explicite.

On me demande de faire cette distinction.

Depuis l'introduction des mesures de confinement, Sciensano a réalisé plusieurs enquêtes de santé évaluant l'opinion, la perception et l'expérience de la population belge sur divers sujets liés à l'épidémie du covid-19. Une quatrième enquête de santé a été menée entre le 24 septembre et le 2 octobre, dans laquelle l'impact de l'épidémie sur les personnes diabétiques a été étudié pour la première fois. L'Association du diabète et la Diabetes Liga ont distribué cette enquête, ce qui a permis la participation d'un nombre élevé de personnes atteintes de cette pathologie (6.4 % de l'échantillon total).

Les principaux résultats de cette enquête de santé sont les suivants.

Premièrement, la crise sanitaire n'a pas eu d'impact significatif sur la compliance au traitement chez les personnes diabétiques. La grande majorité (98 %) continue à prendre ses médicaments de façon stricte.

Deuxièmement, une proportion non négligeable de personnes diabétiques (8 %) ont eu moins de suivi médical depuis le début de la crise qu'auparavant. Cependant, parmi les personnes qui contrôlent leur diabète à domicile, 7 % le font plus régulièrement depuis ce même temps.

Troisièmement, depuis le début de la crise, de nombreuses personnes diabétiques ont adopté un mode de vie malsain: 11,4 % font moins attention à leur alimentation et 29 % font moins d'exercice physique. C'est plus souvent le cas pour les personnes atteintes du diabète de type II que pour celles atteintes du diabète de type I.

Quatrièmement, l'impact négatif de la crise du covid-19 sur le suivi et le mode de vie des personnes diabétiques est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Voilà les principaux résultats de cette dernière enquête de santé.

Les effets à long terme du covid-19 ne sont pas encore connus. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour étudier les divers effets à long terme de l'épidémie sur les personnes atteintes de diabète.

Vous demandez si, dans le cadre de la crise sanitaire, des mesures spécifiques ont été prises pour ce public nécessitant davantage d'attention. Sciensano n'a pas établi de lignes directrices spécifiques pour le groupe de personnes à risque atteintes de diabète. Cependant, les personnes diabétiques ont été identifiées comme un groupe à risque et des mesures génériques ont été proposées, tout comme des conseils, des lignes directrices et des procédures pour permettre aux médecins traitants de travailler au sein des organisations professionnelles existantes, des structures de soins et des trajets de soins. Dans le cadre de la crise sanitaire, tous les patients qui souffrent d'une maladie chronique ont, bien plus que d'autres citoyens, intérêt à éviter des infections. Évidemment, pour les patients diabétiques infectés par le covid-19, il y a lieu que les médecins traitants tiennent compte du diabète dans le traitement. J'entends que, dans les hôpitaux, des endocrino-diabétologues sont impliqués dans le traitement des patients diabétiques hospitalisés en raison du covid-19, si nécessaire.

La dernière question portait sur d'éventuels échanges récents avec mes homologues des entités fédérées en vue de mieux sensibiliser notre population face à cette maladie. Je n'ai pas eu d'échanges spécifiques mais je répète, madame Taquin, que la sensibilisation de la population à une maladie et la politique de prévention dans ce sens relèvent de la compétence des entités fédérées.

02.03 **Caroline Taquin** (MR): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre réponse exhaustive.

C'est un sujet qui retient toute mon attention. Comme vous l'expliquez avec transparence, j'entends qu'il n'existe pas de registre mais que ceci fait partie des priorités que vous vous fixez pour les années à venir.

Je suis quand même inquiète quand vous m'exposez les chiffres de 22,7 % de personnes hospitalisées pour covid-19 qui étaient porteuses de diabète sans pouvoir préciser le type de diabète. Je m'inquiète par rapport à la stratégie de vaccination, notamment, vu ce pourcentage de personnes diabétiques, alors qu'il n'existe aucun registre, et l'importance de la communication auprès de ces personnes qui attendent avec impatience – vous vous en doutez – de pouvoir être vaccinées. Je reviendrai donc vers vous ultérieurement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: Barbara Creemers.

Présidente: Barbara Creemers.

03 **Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le sport sur ordonnance" (55011674C)**

03 **Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bewegen op voorschrift" (55011674C)**

03.01 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Taquin, afin de vous épargner une certaine frustration, il s'agit bien de la question relative au sport sur ordonnance?

03.02 **Caroline Taquin** (MR): Oui, monsieur le ministre.

03.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: À vrai dire, les thèmes du sport, de l'exercice physique et de la prévention ne relèvent pas de ma compétence, mais de celle de mes homologues des entités fédérées. Je vais donc vous frustrer, parce que ma réponse sera limitée. Bien entendu, je ne peux pas vous empêcher de la poser, mais ma réponse sera extrêmement réduite.

03.04 **Caroline Taquin** (MR): Je souhaite malgré tout prendre la parole pour connaître votre sentiment et votre perception de ce projet de sport sur ordonnance. Bref, je vous épargnerai ma question, mais j'aimerais connaître votre sentiment à ce propos.

03.05 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taquin, c'est très gentil, mais il est quelque peu délicat que je m'exprime au sujet d'une matière qui ne relève pas de ma compétence.

C'est évidemment un sujet intéressant. Vous mentionnez des projets pilotes. L'activité physique est un aspect essentiel dans toute conception de santé publique. Seulement, je ne vais pas vous répondre précisément.

03.06 Caroline Taquin (MR): Sur notre territoire, des projets pilotes ont vu le jour en vue d'apporter des réponses concrètes à certaines maladies chroniques. Je suppose que vous ne serez pas opposé à cet état de fait. Il me semble que la mise en pratique reste difficile par manque de coordination entre les acteurs, les médecins généralistes, l'INAMI, les mutuelles et les associations sportives. Envisagez-vous, dès lors, d'avoir un échange avec les entités fédérées à ce propos?

03.07 Frank Vandenbroucke, ministre: Je vous ai dit que cela ne relevait pas de ma compétence et que cela ne figurait pas dans mon agenda.

03.08 Caroline Taquin (MR): Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het ziekenvervoer" (55011790C)

04 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le transport de malades" (55011790C)

04.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, kankerpatiënten maken geregeld gebruik van ziekenvervoer van en naar het ziekenhuis. Kom op tegen Kanker lanceerde daarom begin dit jaar een meldcampagne waarin het voormalige of huidige kankerpatiënten, andere langdurig zieken, hun naasten en het verplegend personeel opriep hun ervaringen over het ziekenvervoer te delen. Op basis van 206 getuigenissen werd er een rapport opgesteld dat de pijnpunten van het ziekenvervoer in Vlaanderen blootlegt.

Het eerste grote probleem is het kluwen aan aanbieders en prijzen, waardoor ziekenvervoer op maat vinden veel inspanning vergt.

Een tweede en derde probleem die in het rapport naar voren komen, zijn de betaalbaarheid en kwaliteit van het ziekenvervoer. Het rapport legt problemen bloot die slaan op de behandeling van de patiënt tijdens het vervoer, de wachttijden en de manier waarop patiënten vervoerd worden. Ook de kostprijs is vaak erg hoog en wordt niet volledig gedekt door de ziekteverzekering of de mutualiteiten.

Kom op tegen Kanker stelt dan ook dat de kosten zouden moeten worden afgestemd op het inkomen van de patiënt en op één centrale plaats samengebracht, waar mensen gemakkelijk informatie kunnen vinden over de verschillende aanbieders en de prijzen.

Ik heb hierover de volgende vragen, mijnheer de minister.

U ontving het rapport op 15 december. Wat hebt u er al mee gedaan of wat zult u er nog mee doen?

Zult u met de sector in dialoog gaan en zijn verzuchtingen ook ter harte nemen?

Zult u samenzitten met uw collega's van de deelstaten om samen tot een oplossing te komen?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, ik las inderdaad met belangstelling de resultaten van de bevraging van Kom op tegen Kanker. Ik heb dat ook al aan het Vlaams Patiëntenplatform en de betrokkenen kunnen zeggen. Ik hoor, zoals u zegt, een grote bezorgdheid bij patiënten over de soms hoge en onvoorspelbare factuur voor vervoer naar het ziekenhuis of tussen ziekenhuizen. Een van de patiënten heeft dat heel treffend gezegd: "De rekening die ik kreeg omdat mijn ziekenhuis besliste mij door te sturen naar een ander ziekenhuis, was echt wel een koude douche."

Ik heb ook al een persoonlijke reactie gegeven aan Kom op tegen Kanker en daarbij de klemtoon gelegd op twee elementen die de betaalbaarheid van het patiëntenvervoer moeten verbeteren.

Het gaat, ten eerste, om het zogenaamde "reeksvervoer". Er bestaat een federale terugbetaling voor sommige patiëntengroepen die structureel en langdurig een beroep moeten doen op patiëntenvervoer, vanwege hun chronische aandoening. Het gaat om dialyse- en kankerpatiëntenvervoer in het kader van specifieke revalidatieovereenkomsten, of om prematuren en pasgeborenen. De terugbetaling bedraagt in de meeste gevallen 0,25 euro per kilometer.

Ik zie hier twee problemen. Ten eerste is de 0,25 euro per kilometer reeds lang niet meer geïndexeerd. Ten tweede vallen andere patiëntengroepen, die ook regelmatig en langdurig een beroep doen op patiëntenvervoer, uit de boot, net als bijvoorbeeld de nieuwe kankerbehandelingen, de immunotherapie.

Ten tweede, ik wil specifiek het interhospitaalvervoer onder de loep nemen.

Vandaag is er een federale terugbetaling via het Budget van Financiële Middelen indien vervoer tussen verschillende campussen van hetzelfde ziekenhuis gebeurt of indien de patiënt binnen een tijdspanne van 24 uur terugkeert naar het ziekenhuis van doorverwijzing.

In de andere gevallen is de factuur volledig ten laste van de patiënt. Ik hoor verhalen over oplopende facturen tot 2.000 euro. Dat kan uiteraard niet de bedoeling zijn. Wij willen dat ziekenhuizen meer samenwerken, ook in het kader van de netwerkvorming. Het kan dan ook niet de bedoeling zijn dat patiënten daar financieel de dupe van worden.

Ook vanuit andere organisaties, zoals het Vlaams Patiëntenplatform, het Observatorium voor de Chronische Ziekten en de mutualiteiten, bereikten mij reeds gelijkaardige signalen.

Mijn medewerkers hebben een overleg gepland midden januari 2021 met al die stakeholders, om te bekijken op welke manier wij de toegankelijkheid van het patiëntenvervoer kunnen verbeteren. Met de deelstaten zal eveneens overleg moeten worden gepleegd, aangezien het niet-dringende ziekenvervoer onder hun bevoegdheid valt.

04.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

U zegt dat er midden januari een overleg is gepland. We zijn 19 januari. Heeft dat overleg al plaatsgevonden?

Het is immers heel erg nodig. Er zijn al bepaalde toelagen, maar er zijn nog veel patiënten die nu jammer genoeg door de mazen van het net glijpen en met een grote factuur achterblijven.

Ik ben blij dat u daaraan iets zult doen en dat u daarover zult overleggen. Ik vermoed dat dit nog niet is gebeurd. Midden januari is deze week. Ik hoop dus dat dit deze week of ten laatste nog deze maand zal gebeuren en dat er iets vruchtbaars uit komt.

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

05 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het sociaal akkoord voor paritair comité 330" (55011706C)

05 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord social pour la commission paritaire 330" (55011706C)

05.01 Nawal Farih (CD&V): In juli 2020 werd er een sociaal akkoord gesloten voor de werknemers in de zorg, meer bepaald voor het paritair comité 330. Na signalen uit het veld stel ik vast dat de ambulanciers van private ziekenwagendiensten niet mee genieten van het sociaal akkoord. Dat is de subcategorie 330.04. Die ambulanciers hebben zich natuurlijk ook volop ingezet tijdens de coronacrisis en werken bijna allemaal voor een minimumloon.

Hebt u enig idee waarom de ambulanciers onder de subcategorie 330.04 niet zijn opgenomen in het sociaal

akkoord?

Zult u hierover nieuwe gesprekken voeren opdat ook die ambulanciers mee kunnen profiteren van het sociaal akkoord?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het sociaal akkoord dat op 12 november 2020 werd ondertekend, is van toepassing op de federale gezondheidssectoren die door de collectieve arbeidsovereenkomst van 11 december 2017 betreffende de invoering van een nieuw loonmodel voor de federale gezondheidsdiensten betrokken zijn. Die sectoren zijn de inrichtingen die aan de wet op de ziekenhuizen onderworpen zijn, met uitzondering van de autonome categorale ziekenhuizen, de forensisch-psychiatrische centra, de federale revalidatiecentra, de diensten voor het bloed van het Rode Kruis van België, de thuisverpleging, de medisch-pediatrie centra en de wijkgezondheidscentra. De privéambulancediensten worden dus nog niet betrokken bij de invoering van het nieuwe loonmodel, maar de sociale partners van paritair comité 330 onderzoeken mogelijkheden tot een oplossing voor de zogenaamde restsectoren, waaronder de ambulancediensten.

05.03 **Nawal Farih** (CD&V): Ik noteer dat zo. Ik hoop dat wij spoedig goed nieuws kunnen leveren aan een toch wel grote groep werknemers. Het is alvast een positief signaal dat de kwestie onder de loep wordt genomen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 **Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le scandale des médicaments Avastin et Lucentis prescrits en cas de DMLA" (55011798C)**

06 **Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het schandaal inzake de geneesmiddelen Avastin en Lucentis tegen ouderdomsblindheid" (55011798C)**

06.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het Avastin-Lucentisschandaal dat in Europa al een aantal jaar aan de gang is en dat ook hier in het Parlement reeds besproken werd in verschillende debatten met uw voorganger.

In september 2020 besliste ook de Franse mededingingsautoriteit om Roche, Novartis en Genentech een boete op te leggen van niet minder dan 444 miljoen euro, wegens een inbreuk op de mededingingsregels. In Italië was dat het jaar daarvoor al gebeurd, met een boete van 182 miljoen euro. Zij werden veroordeeld omdat zij onder één hoedje hebben gespeeld om het veel goedkopere, maar evenwaardige geneesmiddel voor natte maculadegeneratie Avastin van de markt te houden ten voordele van het veel duurdere Lucentis. Zo hielden zij het marktaandeel van Lucentis kunstmatig hoog. Oogartsen werden aangemoedigd vooral Lucentis te gebruiken, ondanks het wetenschappelijke bewijs dat de twee geneesmiddelen evenwaardig zijn.

Ook in ons land diende *Test Aankoop* reeds in 2014 een klacht in bij de Belgische Mededingingsautoriteit. *Test Aankoop* hekelt dan ook dat er in ons land na zes jaar nog steeds geen uitspraak in het dossier is. Vorig jaar is er nogal wat ophef ontstaan, want er werd berekend dat sinds 2014 ongeveer een half miljard verloren gegaan zou zijn door het voorschrijven van Lucentis in de plaats van Avastin, ook in ons land.

Mevrouw De Block heeft dat toen tegengesproken. Er is daarover een parlementair debat met hoorzittingen gehouden, gespreid over verschillende dagen. Het besluit daarvan was dat Lucentis onder een geheim contract valt. Wij kennen dus de prijskorting niet die Lucentis eventueel geeft, maar het prijsverschil tussen Lucentis en Avastin is echt enorm. Zo berekenden wij zelf bijvoorbeeld dat wij voor 7 miljoen euro alle patiënten met Avastin zouden kunnen behandelen in plaats van met Lucentis. Vandaag gaat het over ongeveer 94 miljoen euro.

De **voorzitster**: Mevrouw Merckx, ik verzoek u af te ronden.

06.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Ik heb hierover de volgende vragen, mijnheer de minister.

Wat is de stand van zaken van het onderzoek bij de Belgische Mededingingsautoriteit? Waarom sleept het zo lang aan? Zult u er aandacht aan besteden om tot een snelle uitspraak te komen?

Het is zo dat er een geheime deal met Lucentis loopt tot 31 maart. Zult u dat contract verlengen? Zult u ervoor zorgen – dat is een belangrijke vraag – dat in België ook het goedkopere geneesmiddel Avastin kan worden gebruikt en terugbetaald voor maculadegeneratie in plaats van de veel duurdere variant Lucentis?

06.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, de Belgische Mededingingsautoriteit behoort tot de bevoegdheid van de minister van Economie, dus ik zal op de vragen daarover niet kunnen antwoorden.

Met betrekking tot de contracten met het RIZIV die u vermeldt, weet u dat wij de artikel 111-procedure willen hervormen en dat het Parlement op initiatief van de heer Bertels en mevrouw Depoorter met een ruime meerderheid een wet heeft goedgekeurd in dat verband. U zult zich echter ook de juridische adviezen van toen herinneren, namelijk dat de vertrouwelijkheidsclausules niet toelaten om de bestaande contracten openbaar te maken, ook niet onder toepassing van de wet die hier besproken werd. De bestaande contracten openbaar maken is dus niet mogelijk en ik zal mij aan de toepassing van die wet, die democratisch tot stand is gekomen, moeten houden.

U vraagt of ik het contract zal herbekijken. Alle contracten worden geregeld herbekeken. Ik ben het met u eens dat contracten niet misbruikt mogen worden om de ziekteverzekering op kosten te jagen. Het omgekeerde is natuurlijk de bedoeling: snelle toegang geven en ondertussen therapeutische onzekerheden wegwerken en budgettaire problemen en onzekerheden vermijden. Dat is de filosofie achter de artikel 111-procedure, waarover wij moeten waken bij elk contract dat gesloten wordt.

U vraagt ook informatie over Avastin en Lucentis. Momenteel loopt er een procedure voor Lucentis. Omdat ze lopende is, is het jammer genoeg niet mogelijk u meer gedetailleerde informatie te verschaffen. Ik zal u daarover te gepasten tijde informeren.

06.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik zal ook bij de minister van Economie een vraag over de Mededingingsautoriteit indienen.

Voor het overige ben ik enigszins teleurgesteld in uw antwoord. U geeft immers niet aan of u het contract voor Lucentis zult verlengen.

Is de lopende aanvraag een aanvraag voor een geheim contract of voor een gewone terugbetaling? Kunt u daarop antwoorden?

06.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: (...).

06.06 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Het is niet duidelijk.

Het contract loopt binnenkort ten einde. Normaal gezien worden zulke contracten enkel afgesloten indien er therapeutische onzekerheden zijn. Dat is natuurlijk hier met Lucentis totaal niet meer het geval.

Ik hoop ook dat u het dossier meer ter harte zult nemen.

Zowel in Nederland als in het Verenigd Koninkrijk en in Frankrijk wordt vandaag Avastin als eerste keuze voorgeschreven voor maculadegeneratie. Avastin is tien keer goedkoper dan Lucentis. Ik begrijp dus niet waarom u daar geen verandering in zou brengen.

Ik zal u opnieuw over de kwestie ondervragen. Het zou mij immers ten zeerste choqueren van u.

Ik wil gewoon ook nog even meegeven dat nu effectief een aanvraag kan worden ingediend om de contracten in te kijken. Die regel is echter niet voor de bestaande contracten ingevoerd. Het is echter niet juist dat het niet kon. Wij konden de wet wel op die manier goedkeuren. Ik heb toen echter vastgesteld dat de door de N-VA en de sp.a beloofde transparantie precies in het bewuste dossier er niet is gekomen en zij uiteindelijk het potje op dat vlak mooi hebben dicht gehouden.

De **voorzitter**: Mevrouw Merckx, ik wil u er heel even op wijzen dat u telkens uw spreektijd met de helft overschreed. Ik besef dat u de klok niet ziet, maar 2 minuten werd 3 minuten en 1 minuut werd er anderhalve. Als we dat allemaal doen, dan zitten we hier nog heel lang.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De KCE-studie naar medicinale cannabis" (55011700C)

07 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude du KCE sur le cannabis thérapeutique" (55011700C)

07.01 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, u hebt al duidelijk laten uitschijnen, wat een goede zaak is, dat u niet principieel tegen een medicinale aanwending van cannabis gekant bent. Het beleid moet volgens u wel gestoeld zijn op wetenschappelijk onderzoek en rekening houden met wat men in het buitenland doet.

Ik ga volledig akkoord dat het medicinaal gebruik van cannabinoïden op wetenschappelijke evidentie gestoeld moet zijn, maar dan moet het wetenschappelijk onderzoek wel gestimuleerd worden. Het is dan ook jammer te vernemen dat het studieontwerp dat bij het KCE voor het werkprogramma voor 2021 werd ingediend over medicinale cannabis voor pijn en spasmen bij ALS, niet werd goedgekeurd.

Ik heb contact met de ALS Liga en heel wat van hun leden en patiënten nemen medicinale cannabis. Zij halen dat over de grens. Dat moeten wij in de toekomst proberen te vermijden. Dat moet inderdaad gestoeld zijn op klinische studies en wetenschappelijk onderzoek.

Vooraf frappant is dat in de argumentatie voor deze beslissing werd aangehaald dat klinische studies van neurodegeneratieve ziekten geen bewijs leveren van de werkzaamheid van medische cannabis.

Er zijn al wat studies gebeurd in het buitenland. Ik denk onder meer aan de CANALS-studie, waarnaar ook door de ALS Liga wordt verwezen. Daaruit blijkt dat cannabis toch wel werkzaam is bij heel wat symptomen.

Mijnheer de minister, op welke manier zult u onderzoek naar de medicinale werking van cannabinoïden stimuleren?

Hoe zult u, in afwachting van de resultaten van een dergelijk onderzoek, het in 2019 goedgekeurde wetgevend kader van het beleid inzake de legale verstrekking van medicinale cannabis en de oprichting van het Belgisch cannabisbureau praktisch uitrollen? Ik heb begrepen dat u daarvan wel werk wilt maken.

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Hoof, onderzoek naar de schadelijke en/of beoogde effecten van medicinaal cannabisgebruik vind ik belangrijk. Verschillende elementen maken een dergelijk onderzoek belangrijk.

Vooreerst beslisten de Verenigde Naties dat cannabis en cannabischors van lijst IV bij het Verdrag inzake verdovende middelen zullen worden geschrapt. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie moeten cannabis en cannabischors worden geplaatst op een lijst met een controleniveau dat schade door het gebruik van cannabis verhindert en tegelijkertijd geen belemmering vormt voor de toegang tot, het onderzoek naar en de ontwikkeling van cannabisgerelateerde preparaten voor medisch gebruik. Het schappen van cannabis en cannabischors van lijst IV bij het Verdrag inzake verdovende middelen kan gunstig zijn voor de bevordering van de collectieve kennis van het therapeutisch nut van cannabis, evenals van mogelijk ermee samenhangende schadelijke gevolgen.

Ten tweede ben ik van mening dat de recente wetwijziging omtrent de oprichting van het cannabisbureau het onderzoeksklimaat voor klinisch onderzoek naar cannabisgerelateerde preparaten voor medisch gebruik in België zou kunnen bevorderen.

Tot slot vraag ik mijn diensten om permanent de vinger aan de pols te houden van de lopende wetenschappelijke kennis daaromtrent en het beleid in andere Europese landen.

Op dit moment zijn er inzake het cannabisbureau nog geen uitvoeringsbesluiten. Ik zal aan mijn diensten vragen om daarvan werk te maken, nog dit jaar. Met dit bureau krijgt de overheid het monopolie op de productie, de handel en de in- en uitvoer van cannabis voor medische doeleinden. Daardoor moet het gemakkelijker worden om degelijk onderzoek te voeren naar de medicinale toepassingen van cannabinoïden. Bovendien stelt die ontwikkeling ons in staat om een meer objectief debat te voeren over medicinale cannabis, dat losgekoppeld kan worden van de discussie over het gebruik van cannabis als

roesmiddel.

07.03 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, ik voel de intentie om werk te maken van de uitvoering van de wetgeving, waarvan ik nog mede-initiatiefnemer was. Er bestaat op het terrein bij verschillende patiëntengroepen duidelijk een nood. Nu wordt het genomen onder het mom: schaadt het niet, dan baat het ook niet. In geval van ernstig zieke mensen moeten wij dat echter voorkomen.

Daarom is het erg dat bij het KCE het belang van dergelijke studies nog niet is doorgedrongen. Men kan onafhankelijk van het cannabisbureau inderdaad reeds wetenschappelijk onderzoek doen. Misschien is het belangrijk dat u eens contact hebt met de diverse patiëntengroepen die hiervan actief gebruikmaken, om hen een hart onder de riem te steken en te melden dat u vooruitgang wilt boeken. Ik zal hun in elk geval ook deze boodschap overmaken.

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

08 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie naar genitale verminking" (55011849C)

08 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude sur les mutilations génitales" (55011849C)

08.01 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, in antwoord op een schriftelijke vraag over genitale verminking en de wet waarover werd gestemd tijdens de vorige legislatuur, haalde u de prevalentiestudie *Genitale verminking* van de FOD Volksgezondheid aan. De recentste gegevens dateren van 2016. U gaf ook aan dat er geen evaluatie van de uitvoering van de wet betreffende de registratie van vrouwelijke genitale verminkingen in het medisch dossier van de patiënt wordt uitgevoerd. Omdat we weten dat deze praktijk wordt geïmporteerd, samen met de asielaanvragen, moeten we de vinger aan de pols houden. Meten is weten. We kunnen de vrouwen en de kinderen van deze gezinnen preventief helpen. Vandaar ook mijn vragen.

Mijnheer de minister, zult u een nieuwe studie aanvragen om meer actuele gegevens inzake de prevalentie van genitale verminking te bekomen? Zo ja, tegen wanneer zullen we over deze gegevens kunnen beschikken? Zo niet, waarom niet?

Zult u een evaluatie van de uitvoering van de wet betreffende de registratie van vrouwelijke genitale verminking in het medisch dossier in het ziekenhuis laten uitvoeren? Daar zien zorgverleners of vrouwen al dan niet genitaal verminkt werden, of dat ze een vraag stellen voor een nieuwe cesuur of het toenaaien van de wonde. Zo ja, tegen wanneer zullen we over deze evaluatie kunnen beschikken? Zo niet, waarom niet?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Wij hebben een overleg gepland met het IGVM waar genitale verminking op de agenda staat. Er is momenteel geen evaluatie gepland van de uitvoering van de wet betreffende de registratie van vrouwelijke genitale verminking in het medisch dossier van de patiënt. De wet kwam er na een wetsvoorstel gedurende de vorige legislatuur. Het is een parlementair initiatief geweest. Maar er is geen uitvoeringsbesluit voor deze wet gemaakt. Ik vind de aandacht voor genitale verminking wel belangrijk en zal dus samen met mijn diensten bekijken wat er nodig is om hierin verdere stappen te kunnen ondernemen.

08.03 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik was inderdaad ook initiatiefnemer van deze wet. De registratie laat toe om te weten hoeveel patiënten zich in ziekenhuizen aanmelden, voor bevallingen of gynaecologisch onderzoek. Op deze manier kan men ook preventief te werk gaan, indien men ook het KB zou kunnen nemen om de dialoog aan te gaan met de diverse gemeenschappen. Men zou ook kunnen lokaliseren in welke ziekenhuizen er meer slachtoffers te noteren zijn om zo gericht te kunnen werken. Vandaag weten we dit absoluut niet. We hebben geen actuele gegevens, ook niet van ziekenhuizen, die soms spontaan registreren. Maar het is de bedoeling om dit systematisch te doen en op die manier ook de dialoog te kunnen aangaan met de diverse gemeenschappen.

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

09 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over

"De overconsumptie van medische beeldvorming" (55011856C)

09 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surconsommation d'examen d'imagerie médicale" (55011856C)

09.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb deze vraag ingediend naar aanleiding van het antwoord op mijn schriftelijke vraag over CT- en NMR-scans. Het zou de bedoeling moeten zijn om de CT-scans, die röntgenstraling genereren, terug te dringen in het voordeel van de NMR- of MRI-scans, die dat niet doen. De beeldvorming zou eigenlijk best worden teruggedrongen, zeker voor bepaalde pathologieën waar ze weinig meerwaarde biedt, zowel qua diagnostiek als qua therapie. Een bijkomend element is dat medische beeldvorming de sociale zekerheid veel geld kost. Zowel budgettair als qua volksgezondheid zou het overmatige en vooral verkeerde gebruik van medische beeldvorming dus moeten worden teruggedrongen.

De cijfers tonen aan dat de situatie nog steeds niet in orde is. Hoewel het aantal NMR-scans toeneemt, neemt ook het aantal CT-scans nog steeds toe. Vooral in Wallonië zijn de cijfers echt niet goed. Per 100.000 inwoners werden er in 2019 maar liefst 26.403 CT-scans gemaakt volgens de cijfers die we van u kregen. Voor Vlaanderen waren dat er ongeveer 18.000 en voor Brussel zo'n 17.000.

Mijnheer de minister, wat kan men doen om de omslag naar NMR-scans te bespoedigen en het gebruik van medische beeldvorming te verminderen?

Hoe komt het dat de cijfers in Wallonië veel minder goed zijn? Hebt u een zicht op de oorzaken? Wat wilt u hieraan doen?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik kan u om te beginnen mededelen dat een bewustmakingscampagne over goed gebruik van medische beeldvorming bij rugpijn in voorbereiding is. Voor bijvoorbeeld rugpijn wordt nog te vaak onnodig medische beeldvorming aangevraagd. Daarnaast werken de administraties van de FOD en het RIZIV in overleg met deskundigen uit de sector aan een project van klinische beslissingsondersteuning om het gebruik van *guidelines* voor het correct voorschrijven van radiologie te promoten en te faciliteren.

Het project voorziet in, enerzijds, het aankopen van evidencebased beslisregels die voorschrijvers zullen ondersteunen bij de keuze of een radiologisch onderzoek al dan niet is aangewezen en zo ja, welk onderzoek het meest aangewezen is. Anderzijds voorziet het ook in een *clinical decision support system*, dat de beslisregels zal integreren in de klinische workflow van voorschrijvers. De vereisten voor de beslisregels en voor de *clinical decision support tool* werden samen met experts van BELMIP, het Belgian Medical Imaging Platform, uitgewerkt. De bestekken in het kader van de openbare aanbestedingen voor het project zullen begin dit jaar gepubliceerd worden.

Ik verwijs ook naar het recent gesloten akkoord tussen artsen en ziekenfondsen. Daarin wordt de nodige aandacht gegeven aan doelmatige zorg. Het juiste gebruik van medische beeldvorming maakt hiervan integraal deel uit.

Ten tweede, in het plan Handhaving en Fraude, dat op 4 juni 2018 door de algemene raad van het RIZIV werd goedgekeurd, werd het principe opgenomen van de auditing van ziekenhuizen, gefocust op een goed en doelmatig gebruik van de ingezette middelen.

Op dit moment loopt er een audit over het gebruik van zware medische beeldvorming. Een van de doelstellingen is het verklaren van de geografische verschillen, die u aanhaalde in de vraag. Dat gebeurt onder andere door een bevraging op het terrein. Vanwege de pandemie werd beslist om de ziekenhuizen meer tijd te geven bij de bevraging, om hen niet te zwaar te belasten in deze periode van bijzondere uitdagingen voor de zorg. Tussentijdse resultaten worden medio 2021 verwacht.

In de tweede helft van dit jaar kan de audit aangevuld worden op basis van informatie verkregen uit terreinbezoeken. Dat verklaart ook meteen waarom ik nu nog geen antwoord geef op uw vraag naar de regionale verschillen, mevrouw Gijbels. Op basis van de resultaten van de audit zullen aanbevelingen worden opgesteld om ondoelmatig gebruik van medische beeldvorming tegen te gaan en een correct gebruik van medische beeldvorming te promoten.

09.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, wij staan reeds lang aan de top in Europa als het gaat

over het gebruik van bijvoorbeeld CT-scans, maar helaas ook op het vlak van de medische stralingsdosis die onze bevolking oploopt. Daar mogen wij niet fier op zijn.

Ik ben heel blij dat er inderdaad actie zal worden ondernomen. Ik hoop dat ook wordt gemeten wat de resultaten daarvan zijn. Ik hoop dat u daarmee ook naar het Parlement zult komen.

Natuurlijk kan de kwestie niet losgekoppeld worden van de ziekenhuisfinanciering. Misschien moet worden bekeken hoe het gebruik van medische beeldvorming bijdraagt aan de problematiek omtrent de ziekenhuisfinanciering.

Ik kijk uit naar het resultaat van de audit.

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

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De situatie van de logopedisten" (55011857C)

10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation des logopèdes" (55011857C)

10.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de logopedisten.

De Planningscommissie Medisch Aanbod publiceerde een tijdje geleden een studie en een advies over de situatie van de logopedisten op de Belgische arbeidsmarkt. Er zouden er te veel zijn. De Planningscommissie riep op om vraag en aanbod naar logopedie beter op elkaar af te stemmen.

Er werden daarover verschillende aanbevelingen gedaan. Binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zou een werkgroep worden opgericht om het aanbod aan logopedisten te beheersen, met als opdracht vóór 30 september 2020 een aantal concrete voorstellen te formuleren.

Daaromtrent heb ik de volgende vragen.

Welke voorstellen werden door de werkgroep gedaan?

Kunt u de stand van zaken mededelen met betrekking tot het koninklijk besluit van 20 oktober 1994 betreffende het beroep van logopedist? Werden daaromtrent eveneens voorstellen tot wijziging geformuleerd?

Klopt het dat men de opleiding logopedie enkel nog op masterniveau wil organiseren? Zo ja, wat zijn daarvoor de redenen?

Werd dat besproken met de beroepsgroepen en de opleidingscentra? Wat waren hun voornaamste opmerkingen en bezwaren? Op welke wijze werd daaraan tegemoetgekomen?

Ten slotte, wat zal worden gedaan met de verschillende aanbevelingen van de Planningscommissie?

*Voorzitter: Thierry Warmoes.
Président: Thierry Warmoes.*

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, u verwijst naar het recentste advies van de Planningscommissie over de situatie van de logopedisten op de Belgische arbeidsmarkt, dat in plenaire vergadering van 3 maart 2020 werd uitgebracht en dat definitief werd gevalideerd op 3 april 2020. Dat is dus een week vooraleer ons land een volledige lockdown kende als gevolg van de covidcrisis.

De aanvankelijk geplande werkgroep met op de agenda de situatie van het beroep heeft niet plaatsgevonden. Het punt zal in een later stadium op de agenda worden gezet.

In 2016 werd de materie besproken binnen de IKW Gezondheidsberoepen van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De bezorgdheid van de verschillende beroepsverenigingen van de logopedisten over de stijgende uitgaven binnen het RIZIV voor hun nomenclatuur werd aan de leden

overgezonden.

Een van de redenen voor deze stijgende uitgaven is volgens hen een te groot aantal afstuderende logopedisten.

Er werd aan de Gemeenschappen gevraagd om na te denken over hoe dit probleem kan worden aangepakt, bijvoorbeeld door een betere informatie van de aspirant-studenten logopedie over hun loopbaankansen en vormen van instroombeperking in de opleidingen.

De Federale Raad voor de Paramedische Beroepen en de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen zijn bezig met een advies, op eigen initiatief, tot herziening van het KB van 20 oktober 1994 van het beroep van logopedist.

Dit advies is nog niet afgewerkt. Ik heb dus nog niets ontvangen en ik heb geen officiële informatie over dit onderwerp.

Zoals hierboven uitgelegd, is de inhoud van dit advies van de Federale Raad voor de Paramedische Beroepen en de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen nog niet onder mijn aandacht gebracht.

Hoewel de herziening van de minimale kwalificatiecriteria als federale bevoegdheid deel uitmaakt van het document dat momenteel door deze adviesorganen wordt opgesteld, kan ik u geen antwoord geven.

De procedures die zijn gevolgd voor het opstellen van dit werk zijn nog niet aan ons voorgelegd. Aangezien dit advies nog niet is afgerond, is het proces nog steeds aan de gang.

Dit advies is mee opgesteld door vertegenwoordigers uit het werkveld van het beroep logopedie. Het onderwijsveld zal bij voltooiing van het werk worden geïnformeerd over de evolutie van deze wetgeving.

10.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Corona heeft helaas veel roet in het eten gegooid en blijkbaar ook hier.

Rationalisering is te begrijpen als er een teveel aan logopedisten zou zijn, maar bepaalde opleidingscentra zijn nu wel erg ongerust over hun toekomst. Ik hoop dat zij goed worden geïnformeerd en op tijd worden betrokken bij de problematiek, zodat zij hun kijk op de zaak kunnen meegeven.

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

11 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Artikel 111-geneesmiddelen" (55011871C)

11 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments relevant de l'article 111" (55011871C)

11.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de artikel 111-geneesmiddelen, vroeger de artikel 81-geneesmiddelen, zijn de geneesmiddelen die via geheime contracten worden onderhandeld tussen uw diensten en de firma's zelf. Die onderhandelingen gebeuren in zeer beperkte kring.

Wie heeft er uiteindelijk allemaal toegang tot de prijs die betaald wordt voor een bepaald geneesmiddel? De terugbetaling van die medicatie verloopt via het Geneesmiddelenbudget. Blijft de prijs die betaald wordt geheim, dus bij het FAGG en het RIZIV, of wordt die ook meegedeeld aan de FOD Volksgezondheid en de FOD Financiën?

In uw beleidsnota zegt u dat u Europese onderhandelingen wilt aanknopen om meer toegang te krijgen tot dure en innovatieve geneesmiddelen. Hoe ziet u dat? Hoe zult u de geheimhouding daarin kaderen? Bent u dan ook van plan om een gelijke prijs voor heel Europa af te spreken of zult u eerder onderhandelen in het kader van het BeNeLuxA-pact?

Daarnet hadden we een discussie over Stelara. Veel van die dure geneesmiddelen worden pas als laatste terugbetaald in België. Dat komt omdat België vrij goed onderhandelt en dus lage prijzen kan binnenhalen.

Denkt u dat u met de nieuwe weg die u inslaat, geen risico neemt dat de Belgische patiënt plots meer zal moeten betalen?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De volgende personen en instanties hebben toegang tot de uiteindelijk betaalde prijs voor een geneesmiddel, waarvoor middels een overeenkomst artikel 111 in terugbetaling werd voorzien: de administrateur-generaal van het RIZIV, de leidend ambtenaar van de dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV, de voorzitter van de werkgroep Contractonderhandelingen, de dossierbeheerder en de interne evaluator van het dossier, alle medewerkers van het RIZIV, de minister van Sociale Zaken, de minister (of in de huidige regering staatssecretaris) van Begroting, de minister van Economie en per minister een vertegenwoordiger, drie vertegenwoordigers en drie plaatsvervangende leden van de verzekeringsinstellingen aangeduid door het Verzekeringscomité, de aanvrager of zijn vertegenwoordigers en eventueel een klinisch expert aangewezen door de aanvrager, een vertegenwoordiger van de beroepsorganisaties van de geneesmiddelenindustrie aangeduid door de aanvrager, pharma.be of Medaxes, de voorzitter en/of een van de twee ondervoorzitters van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de inspecteur van Financiën en het Rekenhof in het geval van een onderzoek ingesteld op vraag van het Parlement.

Het besluitvormingsproces voor de vergoeding van geneesmiddelen en daarmee ook de onderhandelingen voor overeenkomsten volgens artikel 111 gebeuren door het RIZIV en niet in het FAGG. Het RIZIV deelt de kostprijs niet met het FAGG, de FOD Volksgezondheid of de FOD Financiën, enkel met de personen en instanties die ik daarnet heb vermeld.

Betreffende het Europees kader is het niet mijn betrachting om eenzelfde prijs in heel Europa te onderhandelen. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen een officiële lijstprijs, die in werkelijkheid meestal vergelijkbaar is in heel Europa, en de uiteindelijke kosten voor de ziekteverzekering en dus de maatschappij. In zowel onze eigen nationale onderhandelingen als in de onderhandelingen met onze collega's van BeNeLuxA is mijn eerste objectief de verzekering van toegankelijkheid tot de echt waardevolle geneesmiddelen voor alle patiënten die ze nodig hebben. Dat moet bovendien gerealiseerd worden tegen de werkelijke kostprijs voor de maatschappij die duurzame toegankelijkheid verzekert en op een correcte manier de waarde van het geneesmiddel honoreert. Dat is ook realiseerbaar in internationale onderhandelingen. In gezamenlijke onderhandelingen kan differentiatie in de kostprijs tussen verschillende landen vastgelegd worden indien dat zinvol zou zijn.

11.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Inzake het Europees kader onderhandelt u samen over onder andere de HTA, maar de prijzen blijven verschillend. In de recente discussie over het covidvaccin gaf u aan dat een onderhandeling vanuit Europa een prijsvoordeel oplevert, aangezien meerdere landen het middel afnemen. Voor de dure en innovatieve medicatie hanteert u die redenering kennelijk niet. Ik vind het enigszins moeilijk te begrijpen welke echte meerwaarde u behaalt in de toegankelijkheid van innovatieve en dure geneesmiddelen. We struikelen heel vaak over de kostprijs. Heel vaak doet zich de problematiek voor dat er geen *pay for performance* is ingeslopen. Uit uw uitleg concludeer ik dat er daarmee allemaal geen rekening gehouden wordt. Dat baart mij toch een beetje zorgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 **Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La discrimination entre les kinésithérapeutes conventionnés et non conventionnés" (55011885C)**

12 **Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De discriminatie tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde kinesitherapeuten" (55011885C)**

12.01 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, précédemment, le taux de remboursement des patients soignés par un kinésithérapeute non conventionné était inférieur de 25 % à celui applicable à un patient faisant appel à un kinésithérapeute conventionné. Il subsistait donc une grande discrimination entre ces professionnels en matière de traitement des remboursements, d'autant plus en comparaison avec les procédures de remboursement mises en place pour les médecins et les dentistes.

Cette disposition est injustement répercutée sur le patient qui fait le libre choix d'un prestataire de soins, qu'il soit conventionné ou non.

En 2019, une loi a finalement été adoptée pour supprimer cette différence de traitement pour les patients de kinésithérapeutes non conventionnés. Cette situation était pénalisante mais cela a fort heureusement été modifié. Précisément aujourd'hui, les articles 85 et 86 de la loi relative à la qualité nécessitent encore une mise en œuvre. En effet, ces dispositions ne sont pas encore applicables dans les faits. Des mesures d'exécution devraient encore être prises.

Monsieur le ministre, confirmez-vous que des arrêtés d'exécution doivent encore être pris pour que la loi relative à la qualité supprimant cette discrimination puisse porter ses effets? Vos services ont-ils finalisé les démarches nécessaires à ce niveau? Précisément, dans quel délai est-il prévu de mettre en œuvre cette disposition? Cette discrimination pourra-t-elle être supprimée afin de rendre effective l'équité dans le remboursement dès cette année 2021?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame, la sécurité tarifaire et l'accessibilité financière des soins sont des objectifs importants de l'accord de gouvernement et font partie de mes priorités. Un degré élevé de convention entre les prestataires de soins est un maillon essentiel dans cette ambition.

Près de 85 % des kinésithérapeutes ont adhéré à l'accord 2020-2021. Bien que le taux d'adhésion soit en baisse, il reste élevé. La question qui se pose est de savoir dans quelle mesure la règle des -25 % est un argument important du taux élevé de convention. C'est une question sur laquelle peu de recherches ont été effectuées.

Dans la nouvelle convention 2021, qui a été conclue à l'unanimité le 22 décembre par les représentants des kinésithérapeutes et les organismes assureurs, il est convenu qu'un rapport sera préparé à l'attention du comité de l'assurance d'ici au 30 juin, examinant la pertinence de la règle de -25 % et tenant compte de la protection nécessaire et de la préservation de l'accessibilité pour les patients.

Dans ce contexte, des autres solutions devront être formulées pour promouvoir le conventionnement des prestataires de soins.

Ce rapport sera élaboré en collaboration avec d'autres secteurs. J'attends ce rapport avant de prendre des mesures éventuelles. Je ne prendrai en aucun cas des mesures qui conduiraient à une diminution du taux de convention. Le contraire est mon objectif.

12.03 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour les réponses que vous avez apportées. Je suivrai ce dossier de près.

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

13 Vraag van Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De NIP-test en zwangerschapsafbreking" (55011908C)

13 Question de Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le DPNI et l'interruption de grossesse" (55011908C)

13.01 Valerie Van Peel (N-VA): *Vanaf de tiende zwangerschapsweek kunnen vrouwen/koppels een niet-invasieve prenatale test (NIPT) laten uitvoeren voor het opsporen van trisomie 21, trisomie 18 en trisomie 13. Om recht te hebben op een terugbetaling door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering dient de NIPT uitgevoerd te worden vanaf de twaalfde zwangerschapsweek (nomenclatuur art.33bis). Naast de genetische aandoening bepaalt de NIPT vanaf de twaalfde zwangerschapsweek ook het geslacht van de baby.*

In uw antwoord op mijn schriftelijke vraag van 9 november 2020 (nr. 91) hierover stelt u dat er nog geen centraal NIPT-register werd gecreëerd zodat het niet mogelijk is om te weten in welke exacte zwangerschapsweek de test werd uitgevoerd.

1. Wat is de timing voor de creatie van een centraal NIPT-register?

2. Op welke manier verloopt de terugbetaling van de NIPT indien u geen gegevens ter beschikking heeft over de exacte zwangerschapsweek in welke de test werd uitgevoerd? Heeft u een zicht op het aantal terugbetalingen?

3. Uit uw antwoord op mijn schriftelijke vraag blijkt dat u geenszins een zicht hebt op het aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen na het uitvoeren van een NIPT in België? Wordt er onderzocht in welke mate er een link bestaat?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Peel vraagt naar het creëren van een NIP-testregister en opvolging. Ik heb geen plannen om dat te ontwikkelen. Mijn diensten hebben daaromtrent ook geen vragen ontvangen of noden gesignaleerd vanwege de betrokkenen. Bovendien is het geen eenvoudige vraag, want er hangen enkele moeilijke juridische kwesties mee samen. Er zou op zijn minst gestart moeten worden met een haalbaarheidsstudie.

Om een niet-invasieve prenatale test uit te voeren, wordt bloed van de moeder afgenomen. Daarin circuleert immers ook een klein beetje DNA van de foetus. Om een voldoende hoge foetale fractie in het moederlijk bloed te vinden, moet de zwangerschapsduur ongeveer 12 weken bedragen. Daar is consensus over in de wetenschappelijke wereld. Doet men de test op 10 weken zwangerschap, dan wordt het resultaat minder of zelfs niet betrouwbaar. De nomenclatuur is duidelijk: de test wordt uitgevoerd op een bloedstaal van de moeder vanaf de twaalfde zwangerschapsweek.

Diagnoseregule 23 van de nomenclatuur legt ook op dat de test enkel kan worden voorgeschreven door de arts die de zwangerschap opvolgt. De arts die de zwangerschap opvolgt, wordt geacht de zwangerschapsduur te kennen, alsook de wetenschappelijke argumenten die pleiten voor een afname van maternaal bloed op 12 weken zwangerschap. Bij de facturatie worden naar analogie van de andere verstrekkingen uit artikel 33bis enkel administratieve gegevens vermeld en niet de zwangerschapsduur, wat immers tot privacy-issues zou kunnen leiden. Ik ga ervan uit dat artsen de richtlijnen zoals opgelegd in de nomenclatuur, volgen.

Wat de terugbetalingen betreft, wordt de NIP-test sinds 1 juli 2017 door de ziekteverzekering terugbetaald. Gelet op de factureringstermijnen is het nu nog te vroeg om definitieve cijfers voor 2020 mee te delen. In 2019 werden er 101.793 tests uitgevoerd in België.

Als u dat wilt, kan ik u daarover een meer gedetailleerde tabel bezorgen; het heeft niet veel zin om die voor te lezen.

13.03 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mijnheer de minister, uw stelling dat er geen nood is om na te gaan wat er met de test wordt gedaan, verbaast mij. Het ging uiteindelijk om een redelijk grote beslissing destijds. Voor alle duidelijkheid, het was een goede beslissing, ik ben een grote voorstander van de terugbetaling van de NIP-test. Daar ligt de discussie niet. Het lijkt mij toch geen onbelangrijke zaak om na te gaan wat de gevolgen zijn en hoe die test in een bepaald beslissingsproces wordt gebruikt, zeker in het licht van een ethische discussie, namelijk die over abortus, die deze legislatuur ongetwijfeld nog aan de orde komt.

Uw argument in verband met medische privacy vind ik een beetje vreemd. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer belet niet dat er op veel vlakken gegevens worden bijgehouden. Natuurlijk mag niet op de naam zichtbaar zijn wat, waar en wanneer is gebeurd. Dat is nooit zo.

Ik hoop dat die noodzaak zich toch nog zal aandienen, want ik vind het vreemd dat er geen register bestaat en dat er geen gegevens worden bijgehouden.

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

14 **Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe tabakswetgeving" (55011931C)**

14 **Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle législation sur le tabac" (55011931C)**

14.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de minister, vanaf 1 januari is een nieuwe tabakswetgeving in werking getreden. Ondertussen is er nog een feit bijgekomen. Het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) heeft laten weten dat het middelengebruik bij jongeren, en ook het roken, is gestegen.

Zijn er, met de invoering van deze nieuwe wetgeving, extra controles gepland? Zo ja, zijn er al resultaten

bekend? In hoeveel extra middelen zal voorzien worden voor deze controles?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Tabaksreclame wordt doorheen het jaar op continue basis gecontroleerd, maar er zal extra aandacht aan worden besteed tijdens de eerste maanden van dit nieuwe jaar. De inspectiedienst Consumptieproducten van de FOD Volksgezondheid heeft dus extra controles ingepland.

Die extra controles zijn tweeledig: enerzijds, om te zien of er gevolg werd gegeven aan de verstrengde wetgeving en, anderzijds, om bij te sturen indien nodig.

Het is te vroeg om conclusies te trekken. Wel kan ik meedelen dat er vorige maand al op verkenning werd gegaan, niet alleen om te zien welke aanpassingen er al gebeurden, maar ook om handelaars nog eens te wijzen op de nakende verstrenging.

De inspectiedienst liet mij weten dat de tabakssector al aanpassingen heeft doorgevoerd. De dienst zal nu bekijken waar er eventueel moet worden bijgestuurd.

Het huidige team van de inspectiedienst beschikt momenteel over voldoende mankracht om deze controles uit te voeren. In extra middelen wordt niet voorzien.

14.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik vind het een goed idee dat er voorafgaand aan de gewijzigde wetgeving in de sector al een doortocht is geweest om dit onder de aandacht te brengen. Op die manier kan men overtredingen voorkomen.

Het is jammer dat er nog geen cijfers beschikbaar zijn. Ik zal ze zeker opvragen. Dan kunnen wij dit hier opvolgen.

We hopen dat de controles ook rekening zullen houden met waar ze gebeuren. Het is een dossier dat ik al een tijdje opvolg. Het valt mij op dat die controles een beetje machinaal gebeuren in de verschillende secties, terwijl er in bepaalde sectoren en deelgebieden veel meer overtredingen zijn. Er zijn bijvoorbeeld regionale verschillen. Ik zal de nieuwe cijfers afwachten, maar ik hoop dat men bij de controles het meest gaat controleren in de regio's en sectoren waar de meeste overtredingen plaatsvinden. Ik denk dat we zo de middelen die er zijn voor de controles, op de beste manier inzetten.

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

15 **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitrol van het nummer 1733" (55011943C)**

15 **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le déploiement du numéro 1733" (55011943C)**

15.01 **Nawal Farih** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het nummer 1733 werd geïntroduceerd om patiënten de mogelijkheid te geven om op een gratis manier een verbinding te maken met een huisarts in hun regio. In 2016 werd al aangekondigd dat het nummer 1733 in ons gehele land zo snel mogelijk van kracht zou zijn. Uit recente communicatie van u heb ik begrepen dat de uitrol vertraging oploopt en dat we zelfs in 2021 niet de mogelijkheid zullen hebben om dat nummer in heel ons land uit te rollen. Dat zorgt natuurlijk wel voor ongelijkheid. In bepaalde regio's is het nummer 1733 immers al actief en kunnen patiënten hun huisarts gratis contacteren, in andere regio's niet.

Mijnheer de minister, daarom vraag ik naar een stand van zaken. Voor de specifieke vragen verwijs ik naar de ingediende tekst van mijn vraag. Ik hoop dat er van die uitrol snel werk kan worden gemaakt, zodat de ongelijkheid in de zorg ook op het vlak van noodnummers kan worden weggewerkt.

Geachte meneer de Minister, in 2016 werd in ons land het nummer 1733 geïntroduceerd. Dit gratis nieuwe nummer verbindt de patiënt door met de huisarts van wacht in de regio van waar men belt. Dit systeem zou in 2016 uitgerold moeten worden over heel ons land maar dat is nog niet het geval. Er zijn nog steeds een heel aantal regio's waar 1733 nog niet geïntegreerd is. De uitrol van het noodnummer gebeurt in ons land in 2 fases. In fase 1 komt de patiënt via een keuzemenu terecht bij de lokale arts van wacht. In fase 2 wordt de patiënt doorverbonden met een operator in de noodcentrale.

U gaf reeds aan dat dat een landelijke uitrol van het noodnummer 1733 in 2021 niet haalbaar zal zijn. Het project heeft vertraging opgelopen ten gevolge van covid-19 en ook het beoogde personeelskader op noodoproepcentrale 112 kan niet worden ingevuld. U hoopt om iedereen mee te krijgen in fase 1 van het project, maar een heel aantal huisartsenkringen zien daar tegenop waardoor in sommige regio's patiënten nog steeds moeten betalen voor een oproep naar de arts van wacht. Daarbij heb ik volgende vragen, meneer de minister:

Wanneer beoogt u de landelijke uitrol van het noodnummer 1733? Wanneer zal dit in al onze regio's operationeel zijn?

Hoe wilt u zo veel mogelijk huisartsenkringen meekrijgen in fase 1 van het project? Welke stappen zal u hiervoor ondernemen? Komen er incentives voor huisartsenkringen die deelnemen aan het project?

Hoe zal u de problemen met de invulling van het beoogde personeelskader aanpakken? Wanneer zal hiervoor een oplossing zijn?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Farih, de uitrol van het noodnummer 1733 verloopt inderdaad gefaseerd. Het einddoel is fase 2 uitrollen over heel het grondgebied. De oproep komt in deze fase terecht in de noodcentrales waar de ernstgraad van de vraag naar hulp telefonisch door de operatoren wordt ingeschat. Ongeveer 53 % van de gemeenten en 34 % van de burgers zitten al in fase 2.

In fase 1 wordt de oproep afgeleverd bij de lokale huisartsenwachtpost zonder tussenkomst van de operatoren. Ongeveer 36 % van de gemeenten en 47 % van de burgers zitten in fase 1.

Zo'n 11 % van de gemeenten en 18 % van de burgers zijn momenteel nog niet aangesloten bij 1733. Deze huisartsenwachtposten kunnen op eenvoudige vraag aansluiten bij 1733 in fase 1, mits ze voldoen aan de volgende voorwaarden.

Ten eerste, de wachtpost moet beschikbaar en bereikbaar zijn van vrijdagavond 18.00 uur tot en met maandagmorgen 8.00 uur en optioneel ook op weekdays tussen dezelfde uren.

Ten tweede, in de wachtpost moet er iemand zijn die de oproep beantwoordt.

Ten derde, het nummer waarnaar wordt doorgeschakeld, mag geen betalend nummer zijn, dan wel een nummer tegen zonaal tarief.

Op die manier zouden ook de resterende gemeenten kunnen worden geholpen.

Het 1733-systeem wordt aan de huisartsenwachtposten aangeboden als een dienstverlening van de federale overheid. Er is geen verplichting om aan te sluiten op het systeem.

Een deel van de huisartsenwachtposten wenst niet over te stappen op het 1733-systeem omdat het niet toelaat om bij huisartsenwachtposten achterliggende betalende nummers te ondersteunen.

Andere huisartsenwachtposten zien geen meerwaarde in het overschakelen van hun huidige nummer naar 1733 en kiezen te wachten op een uitrol van fase 2 om over te stappen.

Voor de gehele uitrol van fase 2 is er een gebrek aan operatoren in de noodcentrale. Deze operatoren zijn personeel van de FOD Binnenlandse Zaken, gefinancierd via een budget bij de FOD Volksgezondheid. Het personeelskader kent twee problemen: de FOD Binnenlandse Zaken heeft problemen om het personeelskader in te vullen, en om een gehele uitrol te ondersteunen dient het personeelskader nog verder uitgebreid te worden. Wij werken aan oplossingen, maar het is moeilijk om vandaag reeds een concrete datum vast te pinnen waarop de personeelsomkadering voldoende zal zijn voor een uitrol van fase 2 over het gehele grondgebied.

15.03 **Nawal Farih** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, heb ik goed begrepen dat de middelen komen van de FOD Volksgezondheid en dat het personeelskader wordt georganiseerd door de FOD Binnenlandse Zaken? Kunt u mij bevestigen dat er genoeg middelen zijn om die uitrol te doen? Waar

ligt het probleem precies? Is er een probleem bij Binnenlandse Zaken of ligt het ook aan een tekort aan middelen?

15.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het essentiële probleem ligt bij het personeelskader en het invullen van het personeelskader, beide dus. Dat is althans mijn begrip van de zaak.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

16 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het kwijting- en harmonisatiedocument" (55012019C)**

16 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le document de quittance et d'harmonisation" (55012019C)**

16.01 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Verschillende tandheelkundige softwarepakketten bieden sinds heel kort een kwijting- en harmonisatiedocument aan dat gebruikt kan worden voor behandelingen waarvoor er geen of een beperkte tussenkomst door het RIZIV is. Het moet ook worden meegegeven bij een e-atteest of bij een derde-betalersregeling. Het kan dan ook voorgelegd worden aan de verschillende verzekeringsinstellingen om terugbetaling buiten de nomenclatuur om te verkrijgen.

Op wiens initiatief is het document er gekomen? Werd de kwestie doorgesproken met de verzekeringsinstellingen? Zullen ze het document ook moeten aanvaarden? Werd dat gecommuniceerd naar de tandartsen?

Er werden categorieën bepaald voor de onderdelen parodontologie, maar werden die exhaustief beschreven en gelibelleerd? Wat houden ze precies in? Zijn hier ook tarieven aan gekoppeld?

Zal men in de toekomst bij een e-atteest en andere toepassingen een document moeten printen, of is er op termijn enkel elektronische communicatie met verzekeringsinstellingen en met de patiënt?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het document is een initiatief van de Nationale Commissie Tandartsen-Ziekenfondsen. Het nationaal akkoord 2020-2021 voorziet in punt 2.4 in het volgende: "De verzekeringsinstellingen zetten de harmonisering van de administratieve documenten in het kader van de aanvullende verzekeringen verder in overeenstemming met de uitwerking van de modaliteiten van de elektronische facturatie, zoals omschreven in punt 2.2 b."

Het document is bedoeld voor de aanvullende verzekeringen van de verzekeringsinstellingen, die zich ertoe hebben verbonden het document als een facturatieformulier te aanvaarden. De meeste van de aanvullende verzekeringen zijn bezig het formulier in hun software te implementeren of hebben dat al gedaan.

Het formulier is gepubliceerd op de website van het RIZIV en wordt ook geïmplementeerd door bepaalde tandheelkundige software om het gebruik ervan te vergemakkelijken.

De rubriek parodontologie omvat de belangrijkste prestaties die onder de aanvullende verzekering vallen. Voor het onderdeel prestaties die niet worden terugbetaald door het RIZIV, zijn er geen honoraria vastgelegd, aangezien die prestaties niet gedekt worden door de verplichte ziekteverzekering.

Om de inhoud van het eerste parodontaal onderzoek te omschrijven, kan worden verwezen naar het parodontaal mondonderzoek, beschreven in artikel 5 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen. Niettemin moeten de voorwaarden van de artikelen 5 en 6 van de nomenclatuur, zoals de leeftijdsgrens voorafgaand aan de uitvoering van prestaties, niet worden vervuld, tenzij de aanvullende verzekering andere voorwaarden stelt.

Het betreffende document kan ook worden gebruikt als een bewijsstuk buiten de facturering voor aanvullende verzekeringen, met name in het kader van de elektronische facturering, wanneer de practicus een bewijsstuk aan de patiënt moet verstrekken.

Wat de elektronische verzending van het bewijsstuk naar de patiënt betreft, bestaat er al een oplossing om het bewijsstuk naar de e-box Burger van de patiënt te sturen, maar het komt tandheelkundige softwarefirma's toe om die oplossing te implementeren in hun programma, om ze bruikbaar te maken.

16.03 Frieda Gijbels (N-VA): Een uniform document is zeker een heel goede zaak. Ik ben zelf parodontoloog en heb er heel regelmatig mee te maken. Tot nu toe was het probleem altijd dat elke verzekeringsinstelling een eigen document had, met een eigen onderverdeling van behandelingen.

Het probleem bij parodontologie is dat er heel veel behandelingen die wel noodzakelijk zijn, buiten de nomenclatuur vallen. Eigenlijk is er geen definitie van heel veel behandelingen. U haalt het parodontaal onderzoek aan, wat men zou kunnen vergelijken met het parodontaal mondonderzoek, waar wel nomenclatuur voor bestaat, maar er zijn ook andere zaken, zoals de mondhygiënecontrole en wat die precies inhoudt. Dat is eigenlijk heel vervelend, want op die manier moeten we altijd een bepaalde prestatie onderbrengen in een bepaald vak, waar die soms gewoon niet thuishoort.

Sowieso moet er eens een debat worden gehouden over de vraag of er op het vlak van parodontologie en parodontale zorg niet heel veel kan worden verbeterd, wat zou moeten resulteren in meer duidelijkheid en een betere terugbetaling, liefst door de gewone ziekteverzekering. Heel wat aanvullende verzekeringen zien het wel als een voordeel dat er niet zoveel prestaties worden terugbetaald. Het lijkt mij wel oneerlijk voor de patiënt die ermee te maken krijgt.

Ik begrijp dat papierloos werken er nog niet meteen zit aan te komen, maar ik hoop dat daar in de toekomst aan zal worden gewerkt. Ik vind het altijd wat gek om een e-attest te maken en dan toch een document te moeten afdrukken om aan de patiënt mee te geven.

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

17 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het ontbreken van data in het sterfteregister" (55012036C)

17 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'absence de données dans le registre des décès" (55012036C)

17.01 Nawal Farih (CD&V): Ik had nog niet zolang geleden een vraag ingediend over het sterftecijfer door medische ongevallen in ziekenhuizen. Uw diensten informeerden mij dat de recentste cijfers dateren van 2016. Inmiddels zijn we al vijf jaar later.

Hoe komt het dat die registratie zo achterloopt en hoe komt het dat we geen beschikbare cijfers hebben van 2017 tot en met 2020?

Waar kan ik eventueel de cijfers verzamelen? Als u ze niet hebt, weet ik ook niet meer waar ik zelf moet zoeken.

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: U vraagt of er cijfers zijn van 2017 tot en met 2020. We hebben verschillende databronnen voor de opgevraagde jaren. Mortaliteit wordt in België vanuit verschillende invalshoeken en door verschillende overheidsdepartementen opgevolgd.

Ten eerste, de vanzelfsprekend meest in het oog springende opvolging betreft de crisismonitoring van de dagelijkse covidmortaliteit door Sciensano.

Ten tweede, zowel Statbel als Sciensano publiceert daarnaast op wekelijkse basis globale mortaliteitscijfers voor alle oorzaken, afkomstig van het rijksregister. Die gegevens worden binnen de twee weken na de referentieweek zowel nationaal als internationaal gevaloriseerd. Statbel integreert die gegevensstroom binnen zijn statistisch apparaat gebaseerd op administratieve data, onder andere de census, met als bedoeling de data nader te ontsluiten voor wetenschappelijk onderzoek.

Ten derde, naast die gedetailleerde statistieken met betrekking tot globale mortaliteit wordt ook oorzaaksspecifieke mortaliteit gemonitord. Meerdere actoren en beleidsniveaus zijn betrokken bij de verzameling van die gegevens: de medische sector, de gemeenten, de regionale actoren en het federale niveau.

Die statistieken worden opgeleverd binnen de Europees opgelegde termijn van twee jaar. Dat betekent dat binnenkort de gegevens voor 2018 worden verwacht, met weliswaar een lichte bijkomende vertraging door

de impact van de covidcrisis.

U vraagt waar de cijfers kunnen worden geraadpleegd of opgevraagd. Ik kan u de links bezorgen met de gedetailleerde data die ik net heb gegeven, maar ik stel voor dat mijn medewerkster u die bezorgt, want het is een lange lijst met url's.

Waarom duurt het zolang vooraleer men over recentere cijfers beschikt? Hoe komt het dat de recentste cijfers vier jaar oud zijn? Statbel heeft in eerste instantie geïnvesteerd in het versnellen en vooral ook het uitbreiden van de datastromen op basis van het Rijksregister. Voor mortaliteitsstatistieken alle oorzaken resulteert dat niet alleen in de eerder vermelde wekelijkse cijfers, maar via koppeling met andere administratieve bronnen ook in data die inzicht geven in onder andere de sociale dimensie van de covidcrisis en mortaliteit in het algemeen.

Er is een interessante studie van de faculteit Economie van de KULeuven, waarin u daarover meer uitleg vindt. Ik kan u de URL bezorgen. De complexiteit van de dataverzameling aan de basis van de oorzaaksspecifieke mortaliteitscijfers impliceert dat met het oog op een duurzame hervorming van die gegevensstromen een diepgaande analyse aan de orde is.

17.03 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik ben mij ervan bewust dat wij bij Statbel heel wat informatie kunnen vinden, maar de oorzaaksspecifieke mortaliteit vinden we daar niet zo gemakkelijk terug.

Ik hoop dat er daarin een versnelling kan komen, want het is toch wel belangrijk om die cijfers op te volgen. Vier jaar lijkt mij toch wel heel lang. Als we pas in 2021 over cijfers tot 2016 beschikken, dan lijkt mij een en ander toch iets te traag functioneren. Ik hoop dat er een digitale oplossing komt om de betrokken diensten beter met elkaar te connecteren, zodat wij met recente cijfers kunnen werken als we bepaalde problemen willen onderzoeken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van voedingssupplementen" (55012038C)

18 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation de compléments alimentaires" (55012038C)

18.01 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, het gebruik van vitamines en supplementen is anno 2020 enorm gestegen. Het coronavirus zou daartoe bijgedragen hebben, want mensen besteden veel meer tijd aan het opkrikken van hun immuunsysteem. In het derde kwartaal van 2020 is er zelfs een stijging met 70 % gezien in vergelijking met het voorbije jaar.

Sciensano voert blijkbaar screenings uit van verdachte supplementen. Wat gebeurt er met die resultaten? Hoeveel overtredingen stelt Sciensano jaarlijks vast? Om welke overtredingen gaat het precies? Wat is de uitkomst als er een overtreding wordt vastgesteld? Hoeveel vaststellingen doen wij jaarlijks?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Farih, Sciensano voert screenings uit in opdracht van het FAVV of het FAGG. Bovendien analyseert Sciensano ook voedingssupplementen in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

De voorbije twee jaar werden de volgende analyses uitgevoerd op voedingssupplementen: aard van geneesmiddelen, exclusief vitaminevrije aminozuren of vrij verkrijgbare antioxidanten, verboden actieve farmaceutische bestanddelen of designermoleculen.

Sciensano stelde overschrijdingen vast van de wettelijke limietwaarden. Er waren 109 vaststellingen bij 289 onderzochte stalen. Er waren 7 op 134 stalen in de context van het jaarlijkse marktonderzoek.

Onderzoek naar polyaromatische koolwaterstoffen of paks had als resultaat nul vaststellingen op elf onderzochte stalen. Bij PCB's ging het om nul op twee onderzochte stalen en bij arseen om één op zeven onderzochte stalen.

De resultaten van de analyses in opdracht van het FAGG of het FAVV worden rechtstreeks gecommuniceerd aan het betrokken agentschap, dat instaat voor de verdere opvolging en maatregelen.

Bij de stalen op de Belgische markt die zijn geanalyseerd in het kader van wetenschappelijk onderzoek, waren er bij de steviol glycosides inzake overschrijdingen van de wettelijke limietwaarden in 2019-2020 nul vaststellingen op 28 onderzochte stalen. Voor cyanotoxines ging het om 1 op 40 onderzochte stalen en bij gechloreerde paraffines ging het om nul op 3 onderzochte stalen. Het resultaat voor pyrrolizidine-alkaloïden was 3 op 61 onderzochte stalen en bij arseen 14 op 43 onderzochte stalen. Er waren 11 op 37 stalen op basis van algen en 3 op 11 stalen op basis van klei en planten.

Bij analyses in het kader van wetenschappelijk onderzoek worden bij een overschrijding van de wettelijke limietwaarden of bij een mogelijk gezondheidsrisico de resultaten steeds aan het FAVV genotificeerd. Dat staat dan in voor de verdere opvolging en maatregelen.

Omtrent de verdere opvolging en de maatregelen op het terrein bij overschrijding van de wettelijke norm voor voedingssupplementen raad ik aan deze vraag te stellen aan mijn collega Clarinval, aangezien hij de voogdij heeft over het FAVV.

18.03 Nawal Farih (CD&V): Gebeurt de opvolging van overtredingen dan niet bij de FOD Volksgezondheid, onder uw toezicht?

18.04 Minister Frank Vandenbroucke: Het FAVV valt op dat punt onder de bevoegdheid van de heer Clarinval. U moet het dus aan hem vragen. Die bevoegdheidsverdeling is misschien verrassend, maar ze is nu eenmaal zo.

18.05 Nawal Farih (CD&V): Ik dank u voor het antwoord en we zullen het verder bij de heer Clarinval aankaarten.

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

18.06 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijn vraag nr. 55012039C is al behandeld in het kader van het actualiteitsdebat en hoeft dus niet meer gesteld te worden.

19 Samengevoegde vragen van

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overgangsmaatregelen voor klinisch orthopedagogen" (55012075C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De valorisatie van de competenties van de klinisch orthopedagogen in de overgangsmaatregelen" (55012654C)

19 Questions jointes de

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures transitoires pour les orthopédagogues cliniciens" (55012075C)
- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La valorisation des compétences des orthopédagogues cliniciens dans les mesures transitoires" (55012654C)

19.01 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous ai récemment interrogé par écrit sur le problème posé par la demande de visa des orthopédagogues cliniciens.

En effet, à contrario des mesures établies pour les psychologues cliniciens, l'article 68/2 de la loi du 10 mai 2015 ne prévoit pas de mesure transitoire pour cette catégorie de professionnels. Cela affecte la reconnaissance du titre et de la profession, mais également le bon déroulement des formations qui assurent les apprentissages en vue d'obtenir le titre professionnel.

Lors d'une récente commission, vous nous avez indiqué que le problème avait été évoqué lors des consultations interfédérales entre le SPF Santé publique et les Communautés. Néanmoins, il reste à ce stade une cinquantaine de demandes de visa d'orthopédagogues cliniciens qui ne peuvent être traitées. En effet, les propositions actuelles concernant les mesures transitoires tiennent compte du cursus de formation,

mais pas de l'expérience professionnelle acquise sur le terrain.

Pourriez-vous, dès lors, nous indiquer dans quel délai aura lieu la prochaine consultation interfédérale entre le SPF Santé publique et les Communautés? Quelles sont les réponses apportées aux professionnels dont le dossier est toujours bloqué? Quelles sont les mesures transitoires prévues à ce stade? Concrètement, comptez-vous inclure la valorisation des compétences dans les mesures transitoires planifiées?

De **voorzitter**: Mevrouw Van Hoof is nog niet aanwezig.

De minister heeft het woord.

19.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Taquin, je comprends les inquiétudes exprimées quant à l'absence de mesures transitoires pour les orthopédagogues cliniciens. Ce problème m'a déjà été signalé par mon administration et mérite une attention particulière.

Comme vous le savez, aucune mesure transitoire n'est prévue pour l'instant dans les Laboratoires Éducation et Pratiques de Santé (LEPS) et ne peut donc être appliquée. Actuellement, mon administration ne peut répondre, pour les dossiers non conformes à la législation en vigueur, qu'ils ne donnent pas accès à un visa. Néanmoins, mon administration adopte aujourd'hui une approche pragmatique. Elle suit les recommandations du mémorandum de l'Académie de Recherche et d'Enseignement supérieur (ARES) en matière de délivrance de visas. Cette note contient la liste des diplômes qui répondent aux critères énumérés dans l'arrêté royal du 26 avril 2019 fixant les critères d'agrément des orthopédagogues cliniciens ainsi que des maîtres de stage (*masters*) et services de stage.

Cela signifie que les personnes qui ont suivi une formation figurant dans cette liste peuvent toujours recevoir un visa. En outre, mon administration conseille au candidat qui possède un diplôme qui n'est pas mentionné dans la note de demander un certificat des facultés des sciences psychologiques et pédagogiques signé par le doyen, qui confirme que la formation suivie est conforme aux critères mentionnés dans l'arrêté royal du 26 avril 2019 précité.

Le problème se pose principalement en Communauté française, où le master en orthopédagogie clinique n'existe pas encore. Je tiens à souligner que la législation date de 2015 et que plusieurs universités ont déjà pris les mesures nécessaires pour remplir les conditions de la loi concernant la pratique de l'orthopédagogie clinique. Mon prédécesseur a également exhorté à plusieurs reprises les universités, où ce n'était pas encore le cas, à suivre leurs collègues et à procéder également aux ajustements nécessaires.

Dans l'avis du 28 mars 2018 du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale, concernant les critères d'agrément pour les professionnels, les superviseurs de stages et les services de stage pour la discipline d'orthopédagogie clinique, des mesures transitoires ont été formulées qui peuvent répondre aux préoccupations existantes. Pour le moment, nous examinons les conditions des mesures transitoires pour les orthopédagogues cliniques afin de trouver une solution. Dans ce cadre, la valorisation de l'expérience acquise en orthopédagogie clinique est envisagée pour un certain groupe de diplômés possédant une expérience en orthopédagogie clinique.

Ce dossier a déjà fait l'objet d'une discussion avec la communauté à plusieurs reprises, dans le cadre d'une concertation interadministrative. Il sera également soumis à la prochaine réunion du groupe de travail intercabinets Santé publique, qui se réunira le 27 janvier 2021.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Hoof is intussen aangekomen. Mevrouw Taquin krijgt nu het woord voor een repliek.

U hebt uw vraag niet kunnen stellen, mevrouw Van Hoof, maar u kunt uiteraard wel nog repliceren.

19.03 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, je remercie le ministre. Je n'ai pas de réplique.

19.04 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, ik heb vernomen dat u de zaak zult onderzoeken. U zegt dat het vooral een zaak is aan Waalse kant, maar ik werd ook door onder andere de universiteit van Leuven gecontacteerd. Twee categorieën blijven onzeker, namelijk de houders van het universitaire diploma in de pedagogische wetenschappen met een andere afstudeerrichting dan die voor de orthopedagogiek, en de houders van een diploma van het universitair onderwijs in het domein van de klinische orthopedagogiek ter

afsluiting van een vierjarige opleiding, vooral voor de VUB. Zij zijn nog in het ongewisse. Het zou goed zijn als die zaak opgelost kan worden in de interkabinettenwerkgroepen die op til zijn. Die oplossing werd hun beloofd, ook tijdens de vorige legislatuur, maar door de periode van lopende zaken is die in het gedrang gekomen. Het is belangrijk dat wij veel geestelijke gezondheidswerkers hebben. Het gaat om een belangrijke categorie, vooral voor jonge mensen met specifieke problemen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de resolutie over de moedermelkbanken" (55012088C)

20 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi de la résolution sur les banques de lait maternel" (55012088C)

20.01 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, op aansturen van de PS-fractie werd een resolutie aangenomen ter aanmoediging van de totstandbrenging van moedermelkbanken in de ziekenhuizen en over de vaststelling van regels voor de werking ervan.

In de resolutie wordt aan de regering gevraagd om een wettelijk kader uit te werken omtrent de inzameling, opslag, bewaring en verdeling van moedermelk en in een specifieke financiering aan ziekenhuizen te voorzien om eigen moedermelkbanken aan te leggen. Een belangrijk element uit de resolutie is dat een ziekenhuis per Gewest aangemoedigd zou worden om een moedermelkbank aan te leggen.

Ik wil hieromtrent de volgende vragen stellen, mijnheer de minister.

Welke initiatieven werden reeds genomen inzake de resolutie?

Worden inderdaad specifieke middelen ter beschikking gesteld van een ziekenhuis per Gewest?

Kunt u aangeven welke stappen reeds werden ondernomen sinds de goedkeuring van de resolutie?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Hoof, in de vorige legislatuur is geen gevolg gegeven aan de uitvoering van deze resolutie, maar er moeten stappen vooruit worden gezet, zodat ook Vlaanderen over een moedermelkbank kan beschikken.

Ik heb dus aan de administratie gevraagd om een voorstel te formuleren op basis van de resolutie en een timing op te maken van de uitrol op het terrein. Er zijn op dit ogenblik nog geen budgettaire middelen vrijgemaakt voor dit project, maar ook dat aspect zal deel uitmaken van het voorstel dat de FOD Volksgezondheid aan mij zal voorleggen.

20.03 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, het is inderdaad belangrijk dat wij aan beide zijden van de taalgrens kunnen beschikken over een moedermelkbank. Dat is in het belang van het kind en de moeder.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

21 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Intraveneuze vitaminekuren" (55012148C)

21 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cures de vitamines intraveineuses" (55012148C)

21.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik hoop dat ik met deze vraag bij u aan het juiste adres ben, want u zei daarnet in antwoord op collega Farih dat voedingssupplementen mogelijk de bevoegdheid van minister Clarinval zijn. Deze vraag heeft wel specifiek een medische insteek.

Ik weet niet of u het gezien hebt, maar als Siska Schoeters iets op Instagram zet, is dat nieuws. Zij postte onlangs dat ze een intraveneuze behandeling met vitaminesupplementen had gekregen. Ze suste meteen iedereen die zich daarbij vragen stelde, want ze zei dat het medisch begeleid, door dokters begeleid werd.

Ik las in de pers dat daar toch wat bedenkingen bij zijn. De Hoge Gezondheidsraad vindt dit een gevaarlijke trend en waarschuwt dat bij bepaalde vitamines een overdosis ongunstige effecten kan hebben. De Raad keurt dergelijke infusen af, terwijl wij een groeiende trend zien van artsen die ze voorschrijven.

Moeten wij de artsen geloven die het voorschrijven of moeten wij de Hoge Gezondheidsraad volgen en ongerust worden?

Gebeurt dat veel? Is het juist dat het een trend is?

Wat zegt uw inschatting? Is het nodig om in te grijpen, en op welke manier ziet u dat dan?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Creemers, u had het over een trend, maar ik moet eerlijk bekennen dat ik daar geen cijfers over heb. Mijn diensten zijn daar ook niet over geïnformeerd.

Moeten we ingrijpen? Wel, het risico van een overdosis bestaat voor zowel orale als parenterale toediening en het blijft de verantwoordelijkheid van de arts om daarover te waken in zijn voorschriften. Een ander aspect is dat het toedienen van deze nutriënten via parenterale weg diverse risico's inhoudt. Parenterale oplossingen dienen immers steriel en apyrogeen te zijn. Er moet dus een hoog niveau van kwaliteitsgarantie worden gehandhaafd bij de productie, aangezien vergissingen snel een grote impact hebben op de patiënt. Oplossingen voor parenterale voeding zijn daarom in de regel geneesmiddelen. Het vergunnings- en productieproces voor geneesmiddelen biedt al deze garanties. De regelgeving laat bovendien niet toe dit als voedingsmiddel te beschouwen, want die worden oraal ingenomen.

Ik zal mijn administratie vragen te onderzoeken of een wettelijk kader vereist is voor dergelijke parenterale producten, zo nodig in samenwerking met andere bevoegde administraties. Mijn diensten zullen ook onderzoeken of de betrokken producten niet worden aangeboden met therapeutische indicaties, wat er onmiddellijk een geneesmiddel van zou maken.

21.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik wou weten of we ons zorgen moeten maken als zoiets op grote schaal verspreid wordt. Het werd op Instagram gepromoot voor vermoeide moeders en vaders, alsof iedereen die vermoeid is zoiets nodig heeft. Het is dan ook goed dat u dit opvolgt en indien nodig in een wettelijke kader voorziet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

22 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Fonds voor de medische ongevallen" (55012272C)

- **Dominiek Snelpe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Fonds voor de medische ongevallen" (55012711C)

22 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds des accidents médicaux" (55012272C)

- **Dominiek Snelpe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds des accidents médicaux" (55012711C)

22.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de ministerraad heeft de bedragen bestemd voor de financiering van het Fonds voor de medische ongevallen voor 2016, 2017 en 2018 goedgekeurd. Wij hebben het al over dit fonds gehad naar aanleiding van een externe audit, een rapport van het Rekenhof en een Panoreportage. U gaf zelf ook aan dat de werking van dat fonds allesbehalve optimaal is. U zou een analyse maken, en u hebt ook al een eerste analyse gemaakt. U zou wel nog een extra, grondige analyse uitvoeren. U verwachtte die tegen januari.

Wat zijn uw bevindingen vandaag? Wat hebt u al ondernomen?

Naar aanleiding van het KB ter goedkeuring van de budgetten hadden uw diensten extra contact met de mensen van het Fonds voor de medische ongevallen. Zijn er nieuwe voorwaarden of afspraken gekoppeld aan de vaststelling van deze budgetten? Hoeveel staat u met de voorgenomen hertekening?

22.02 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb u al een paar keer over het Fonds voor de medische ongevallen geïnterpelleerd, in de commissie, maar ook in de plenaire vergadering. Dat er wat problemen zijn, is een understatement. Het Rekenhof heeft er zelfs een heel boek aan gewijd. Ook in zijn *117^e Boek – Deel II* over de sociale zekerheid kwam nog eens aan bod dat het Fonds veel te zware administratiekosten met zich meedraagt en weinig oplossingen biedt voor de burger. Slechts 10 % van de dossiers leidt namelijk tot werkelijke vergoeding. Bovendien is de wachttijd zeer lang, tot 4,5 jaar. Als je in de problemen zit, of als je een probleem hebt, is 4,5 jaar zeer lang om het probleem opgelost te zien.

In juni 2020 heeft het Rekenhof een afzonderlijk verslag gepubliceerd dat toen aanleiding gaf tot een reeks vragen die onbeantwoord bleven. Er was ook de Panoreportage, die gelukkig alles een beetje in een stroomversnelling heeft gebracht.

Naar aanleiding van mijn vraag in de plenaire vergadering antwoordde u dat u met het Fonds zou samenzitten om te zien wat eraan kon worden gedaan. Dat zou in januari plaatsvinden.

Hoever staat u daar nu mee? Welke maatregelen zullen er worden genomen om het Fonds grondig te hervormen, zodat het naar behoren werkt? Zal het Fonds dossiers heropenen en de zogenaamde MOZA invoeren, waarover ik u ook al heb geïnterpelleerd? Zal daarbij ook rekening worden gehouden met een redelijke interpretatie van de termen "abnormaal medisch ongeval" en "tijdelijke ongeschiktheid van minstens zes maanden"?

22.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, mevrouw Snelpe, het ontwerp van KB dat de ministerraad goedkeurde, gaat inderdaad om de vaststelling van de dotatie aan het Fonds voor de medische ongevallen voor de periode 2016-2018. Concreet worden de bedragen ex post vastgelegd, op basis van de gerealiseerde uitgaven.

Rekening houdend met de opmerkingen van de Inspectie van Financiën en de staatssecretaris voor Begroting, heb ik aan het Fonds gevraagd om voortaan de rekeningen en begrotingen sneller voor te leggen. Het is de bedoeling dat het bedrag van de dotatie voortaan jaarlijks voorafgaand wordt voorgelegd, gevolgd door een regularisatie ex post via een KB. Ik heb het Fonds dan ook gevraagd om zo snel mogelijk ontwerpen van KB voor te bereiden tot regularisatie van het bedrag voor 2019 en 2020, en tot vastlegging van het bedrag voor 2021, gebaseerd op de ontwerpbegroting van 2021.

Inzake uw vraag met betrekking tot de voorgenomen hertekening, die ook werd gesteld door mevrouw Snelpe, hoop ik binnenkort meer duiding te kunnen geven. Ik heb eigenlijk gedaan wat ik had gezegd. Vorige week heb ik wel wat vertraging opgelopen. Begin december heb ik een eerste onderhoud gehad met de voorzitter en de ondervoorzitter van het beheerscomité van het Fonds en met de verantwoordelijke van het RIZIV en het Fonds. We hebben een nieuwe afspraak gemaakt, omdat ik bijkomende analyse en actielijnen heb gevraagd. Die afspraak lag vast op 13 januari, maar ik heb die moeten verplaatsen naar volgende week vanwege de covidactualiteit.

Ik zal u echter op de hoogte houden van de evoluties.

Mevrouw Snelpe, u vraagt of ik FMO-dossiers zal heropenen en het zogenaamde MOZA of Medisch Ongeval Zonder Aansprakelijkheid zal invoeren. U stelt daar een aantal vragen bij.

U weet dat een van de zaken die ons enorm zorgen baren, de belangrijke achterstand bij het FMO is. Het heropenen van alle dossiers is dus niet erg opportuun. Voorrang wordt gegeven aan dossiers waarvoor nog geen advies bestaat. Het spreekt vanzelf dat het Fonds niet hardnekkig zal vasthouden aan zijn advies, indien een beroep werd ingesteld en het advies ingaat tegen de jurisprudentie die ondertussen bestaat.

De rechtspraak is niet eenvoudig en ook niet eenduidig. Het Fonds moet die rechtspraak op de voet volgen en zijn werkwijze aanpassen op basis van de jurisprudentie, wat in de praktijk inderdaad leidt tot een ruimere interpretatie van het begrip Medisch Ongeval Zonder Aansprakelijkheid.

Dat is de juridische kant van de zaak, die heel complex is. Er is echter ook een feitelijk probleem met de enorme achterstand die het Fonds heeft opgebouwd, en dus met het functioneren van het Fonds. Dat is eigenlijk waarvoor ik een plan van aanpak wens. Wij hebben ter zake stappen vooruitgezet. Zoals ik al aangaf, had ik op 13 januari 2021 normaal gezien een belangrijke vergadering over de problematiek. Ik heb

ze moeten uitstellen. Ik hoop ze echter volgende week te kunnen houden.

22.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het belangrijkste is uiteraard dat stappen vooruit zouden worden gezet. De slachtoffers wachten immers.

Dat u ervoor kiest sneller de budgetten voor te leggen en een grondige analyse ervan te maken, is niet meer dan de normale gang van zaken. Dat zou al jaren het geval moeten zijn. Wij worden immers geconfronteerd met een fonds dat meer kost dan het uitkeert aan slachtoffers, terwijl het echt wel de bedoeling is dat de slachtoffers op een snelle en efficiënte manier kunnen verkrijgen waarop zij recht hebben.

U zegt dat u zult terugkeren naar het Parlement. Ik hoop dat het dan zal zijn voor een degelijk parlementair debat en dat wij tijdig de dossiers zullen krijgen, zodat wij deze kunnen doornemen en daaraan op een goede en grondige manier kunnen werken, zodat er een grondige hertekening van dat fonds uit voortkomt.

22.05 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, u hebt reeds samengezeten, dat is uiteraard een stap in de goede richting, men moet ergens beginnen. Blijkbaar heeft dat echter niet heel veel opgebracht. Misschien was het gewoon even de snaren gelijkstemmen. Het is goed dat er iets gedaan wordt.

U zegt dat de hertekening voor binnenkort is. Wat is uw tijdsperiode? Wat is "binnenkort" voor u? Voor mij is dat morgen.

U zegt ook dat u ons op de hoogte zult houden van de evolutie. Ik hoop inderdaad dat het via een goed debat zal zijn en dat u dit inderdaad zult doen, dat het niet bij loze woorden zal blijven.

Ik vind het uiteraard jammer dat het heropenen van de oude dossiers moeilijk ligt. Ik begrijp inderdaad dat het moeilijk is met de achterstand. Dat is natuurlijk een vicieuze cirkel. Eigenlijk doet u hier een oproep aan alle mensen die in het verleden op weinig steun konden rekenen om in beroep te gaan of zelf een aanvraag te doen en die dossiers dan maar zelf te heropenen, waarvan akte.

U roept het zogenaamde MOZA in. Dat mag grondiger aangepakt worden en vaker gebruikt worden, want het aanduiden van een schuldige of verantwoordelijke voor de medische fout is voor de patiënt zeer moeilijk. Dat zou een soort uitweg zijn, waarvan hij de vruchten zou kunnen plukken.

Mijnheer de minister, ik zal u aan de tand blijven voelen. Ik hoop dat u ons op de hoogte zult houden. Anders zullen wij nog wel even aan de bel trekken.

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

23 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La contraception masculine" (55012301C)

23 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Anticonceptie voor mannen" (55012301C)

23.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, la contraception est un enjeu majeur en termes d'égalité. Outre les effets biologiques et hormonaux provoqués par la pilule, le stérilet ou d'autres méthodes de contraception féminine, les charges mentales et financières qui pèsent sur les épaules des femmes sont colossales. L'utilisation de la contraception masculine, en dehors du préservatif externe, est très marginale.

En Belgique, selon la Fédération des centres de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes, deux méthodes de contraception masculine sont reconnues par les autorités en santé: le préservatif externe et la vasectomie. D'autres méthodes sont à l'essai ou déjà disponibles, mais elles ne sont pas encore reconnues ni commercialisées. Pour cela, il faudrait mener des études de phase 3, qui sont plus coûteuses. Or l'industrie pharmaceutique ne semble pas intéressée d'investir dans ces recherches. Le patron de l'entreprise de BioPharma Mithra déclarait ainsi en novembre dernier qu'il n'y avait pas de marché pour la contraception masculine, sans être opposé sur le principe à son développement.

Monsieur le ministre, quelles sont les méthodes à l'essai et celles qui sont disponibles mais pas encore reconnues? Quelles raisons, autres que les investissements des entreprises de BioPharma, expliquent-elles

cette situation? Des reconnaissances sont-elles à l'ordre du jour? Enfin, le gouvernement nourrit-il une ambition en la matière, spécifiquement en matière de prise en charge financière de la contraception masculine?

23.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Zanchetta, mes services ne sont pas informés en ce qui concerne ces méthodes de contraception. À vrai dire, ni l'AFMPS ni l'INAMI ne mènent eux-mêmes ou ne financent de telles recherches. Ils ne sont pas non plus au courant de dossiers encore pendants.

En ce qui concerne le remboursement de la contraception masculine, il est uniquement possible d'examiner la question sur la base d'un produit concret qui est mis sur le marché. Sur la base des informations limitées dont nous disposons actuellement, nous ne pouvons évidemment pas faire de déclaration à ce propos.

23.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je suis un peu surprise de l'absence d'information; mais j'imagine que c'est forcément difficile de se prononcer quand il n'existe pas encore de contraceptif avéré et reconnu. Je vous remercie pour votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

24 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des frais de logopédie" (55012304C)

24 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van kosten voor logopedie" (55012304C)

24.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, la Belgique compte environ 80 000 personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme. Chaque année, environ 850 nouveaux cas sont détectés.

L'intervention d'un logopède constitue une part importante du soutien individuel des personnes avec autisme, étant donné leurs difficultés de communication. Or ces soins ne sont pas remboursés pour les jeunes autistes, qui présentent pourtant tous les troubles de la communication.

Comme vous le savez, la loi du 8 mai 2019 modifie la prise en charge des prestations de logopédie. Il était donc nécessaire de prendre un arrêté royal relatif à une recherche pluridisciplinaire en lien avec la Commission de convention entre les logopèdes et les organismes assureurs.

Monsieur le ministre, j'ai déjà interrogé Mme De Block, qui nous avait informés que ladite Commission de convention n'avait pas encore conclu d'accord dans ce cadre. Qu'en est-il aujourd'hui? Pourriez-vous nous éclairer quant à la mise en œuvre de la loi de mai 2019?

La recherche pluridisciplinaire, notamment sur le volet des règles de cumul de prestations de logopédie monodisciplinaire avec une rééducation pluridisciplinaire pour les enfants dont le QI est inférieur à 86, a-t-elle commencé? Si oui, quelles sont les modalités de cette recherche? Dans la négative, quand pourra-t-elle débiter?

Le critère du QI pourrait-il être revu à terme pour enfin donner à tous ces enfants l'accès aux soins de santé? Qu'en pensez-vous, monsieur le ministre?

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Rigot, en réponse à votre question, je peux vous informer de ce qui suit.

Précisons tout d'abord que l'affirmation selon laquelle les enfants concernés par cette condition de quotient intellectuel ne reçoivent pas de soins logopédiques n'est pas correcte. Cette limite, un quotient intellectuel de 86 ou plus, est fixée pour la prise en charge de la logopédie monodisciplinaire dans le cadre de la nomenclature des prestations de logopédie et ne concerne dans ce cadre que la prise en charge des troubles de développement du langage oral et de la dysphasie. Les autres troubles logopédiques repris dans la nomenclature ne sont pas concernés par cette exclusion. Autrement dit, ce critère n'est pas une condition pour l'intervention en logopédie monodisciplinaire pour le reste de la nomenclature.

Votre question mentionne aussi les cas particuliers des enfants porteurs du trouble du spectre de l'autisme (TSA) pour lesquels une exclusion spécifique, distincte de la condition du quotient intellectuel, figure dans la

nomenclature de la logopédie monodisciplinaire lorsque le trouble logopédique est lié à une affection psychiatrique ou à un état émotionnel (voir article 36, § 3).

Sur cette question distincte de l'aspect quotient intellectuel, la Commission de conventions est sensibilisée depuis plusieurs années et multiplie, depuis quelques mois, les consultations avec des experts de la problématique du TSA pour tenter de dégager une solution pour les enfants qui en sont porteurs qui rempliraient par ailleurs les autres conditions de la nomenclature monodisciplinaire.

Le but serait donc d'autoriser la prise en charge, en nomenclature monodisciplinaire, des enfants porteurs du TSA en adaptant la nomenclature, non pas en créant un point spécifique concernant exclusivement ces enfants – car le TSA n'est pas un trouble logopédique en soi – mais en reformulant le critère d'exclusion qui, à lui seul, empêche les enfants qui remplissent par ailleurs les autres conditions d'accès à l'intervention, de bénéficier du traitement en nomenclature.

En ce qui concerne la condition de quotient intellectuel 86 ou plus, la raison en est que, pour ces enfants, un traitement multidisciplinaire est mieux adapté et présente plus de chances de réussite qu'un traitement monodisciplinaire. Par conséquent, l'intention est d'orienter l'enfant vers la meilleure solution. Concrètement, ces traitements multidisciplinaires ont lieu dans le cadre de centres de rééducation ambulatoire, jadis appelés "centres ORL-PSY", où les patients sont répartis en groupes-cibles en fonction, notamment, de leur quotient intellectuel.

Il apparaît certes que les structures concernées ne sont pas assez nombreuses, qu'elles sont dispersées et inégalement réparties géographiquement, qu'elles affichent des listes d'attente parfois longues ou encore qu'elles n'offrent qu'une prise en charge moins intensive que souhaité.

Par rapport à ces constatations, je ne possède pas de compétence dans les domaines concernés, notamment les centres de rééducation ambulatoire – ceux-ci sont, depuis le 1^{er} janvier 2019, entièrement de la compétence des entités fédérées à la suite de la sixième réforme de l'État –, l'enseignement spécialisé et l'enseignement en général ou encore l'accompagnement des personnes handicapées, qui sont, depuis plus longtemps encore, de la compétence de ces entités fédérées, à savoir les Régions ou Communautés.

En ce qui concerne l'étude pluridisciplinaire envisagée, celle-ci n'a pas encore été entamée et la crise du coronavirus n'a bien sûr fait que s'ajouter aux difficultés de mise en œuvre d'une telle étude.

La loi du 8 mai 2019 dispose que le Roi doit déterminer les règles de cumul entre les traitements logopédiques monodisciplinaires, d'une part, et, d'autre part, la rééducation multidisciplinaire pour les enfants présentant un trouble de l'intelligence défini comme un QI de performance ou non-verbal ou QD (quotient développemental) de 86 ou plus, ce qui concerne spécifiquement les enfants porteurs du trouble dysphasique.

L'arrêté royal en question n'est pas encore rédigé car l'étude pluridisciplinaire est destinée à déterminer si tout ou partie des enfants ne remplissant pas ces critères fixés par la nomenclature monodisciplinaire pourrait néanmoins y avoir accès en cumulant ce traitement monodisciplinaire avec la rééducation multidisciplinaire à laquelle ils peuvent déjà actuellement avoir accès.

La Commission de conventions ne disposant pas des moyens techniques ni budgétaires de mener une telle étude, dont les contours ne sont d'ailleurs pas définis avec précision, il a été envisagé de consulter le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) auquel une telle étude pourrait être confiée. Toutefois, il s'agit de mettre en adéquation les réglementations relatives, d'une part, aux traitements multidisciplinaires incluant de la logopédie, donc les traitements dispensés essentiellement dans les centres de rééducation ambulatoire, qui sont, comme mentionné ci-avant, passés définitivement sous la compétence exclusive des entités fédérées, et, d'autre part, aux traitements de logopédie monodisciplinaires en nomenclature, qui sont encore de la compétence de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale. La coordination peut s'avérer complexe du fait de cette répartition des compétences.

En outre, si l'hypothèse de départ est d'assouplir plus ou moins largement les conditions d'accès à l'intervention de l'assurance soins de santé fédérale pour des traitements de logopédie monodisciplinaires, et ce pour des patients qui peuvent déjà être pris en charge par les centres multidisciplinaires, il faut rester prudents quant aux effets budgétaires qui en découleraient et qui porteraient unilatéralement et uniquement sur l'assurance soins de santé fédérale.

Ces effets sont bien entendu inquantifiables actuellement, et ce aussi longtemps qu'on ne connaîtra pas le nombre de patients qui deviendraient admissibles à ce cumul, ce nombre étant lié aux conclusions de l'étude et à la possibilité d'assouplissement des critères de cumul.

Voilà pour ma réponse, que j'espère informative à défaut d'être conclusive sur cette question qui, comme vous le dites, est importante et qui préoccupe beaucoup de personnes et de parents.

24.03 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée et très technique. Je ne manquerai pas de la relire dans les prochaines heures.

Il s'agit effectivement de préoccupations importantes. L'autisme, c'est une richesse, c'est l'expression d'une différence. Nous devons donc tout mettre en œuvre en vue d'une vraie inclusion des personnes concernées, à chaque niveau de pouvoir, que ce soit au niveau du fédéral ou des entités fédérées, à travers le développement des centres de référence, et en veillant à ce que les enfants autistes puissent accéder à l'enseignement ordinaire et y rester. Mais je pense aussi à l'accessibilité aux soins et donc à la prise en charge des frais que vous avez évoqués.

Il est vrai que cette prise en charge représente un coût pour nos soins de santé, en fonction des stratégies mises en place. Cependant, je suis convaincu que cela permettra à ces enfants d'exister et d'apporter un réel soutien aux parents. Il s'agit aussi d'un vrai investissement pour notre société en vue de permettre le développement, en toute autonomie, de ces enfants qui pourront faire profiter notre société de leurs qualités à travers leurs actions futures.

La question est d'importance. Je ne manquerai donc pas de revenir vers vous lorsque j'aurai examiné votre réponse. J'espère, puisque je reviens avec ce dossier de façon récurrente et lancinante chaque année, qu'une solution pourra être trouvée à très court terme.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

25 Questions jointes de

- **Patrick Prévot** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Des patients potentiellement infectés par une erreur au sein d'un hôpital à Anvers" (55012302C)

- **Nawal Farih** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Une potentielle contamination à la suite d'une erreur lors de l'entretien d'un appareil hospitalier" (55012387C)

25 Samengevoegde vragen van

- **Patrick Prévot** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mogelijk als gevolg van een onderhoudsfout in een Antwerps ziekenhuis geïnfecteerde patiënten" (55012302C)

- **Nawal Farih** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Besmetting na fout onderhoud van toestel in ziekenhuis" (55012387C)

25.01 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, l'hôpital anversoïse Saint-Vincent, qui dépend du groupe GZA, a découvert en octobre dernier qu'une erreur avait été commise dans l'entretien d'un appareil qui pilote un bain de désinfection pour endoscopes. Le technicien a échangé deux tubes lors du raccord de l'appareil, ce qui a pu entraîner une mauvaise stérilisation des appareils.

À cause de cette erreur, une centaine de patients risquent d'être infectés par l'hépatite B ou le VIH. Tous ont reçu une lettre les invitant à passer un test sanguin gratuit dans les six mois.

Selon la porte-parole, l'infection serait le pire des scénarios. Selon cette même porte-parole, bien que les appareils soient nettoyés après leur utilisation, l'hôpital ne peut garantir qu'aucune infection ne se soit développée.

Le groupe GZA envisage de poursuivre en justice le fabricant qui a commis l'erreur.

Monsieur le ministre, pouvez-vous faire le point dans ce dossier? De quelles informations complémentaires disposez-vous? Des infections ont-elles été détectées? En cas d'infection, quels sont les protocoles prévus? Pouvez-vous garantir, en cas d'infection des patients, qu'ils seront intégralement pris en charge? Qu'est-il prévu en matière d'éventuelles indemnisations? Comment s'organisent généralement les contrôles qualité

au sein des hôpitaux pour ce type de matériel? De tels problèmes sont-ils fréquents? Si oui, disposez-vous de chiffres en la matière?

De **voorzitter**: Er was hierover ook een vraag van mevrouw Farih, maar zij is momenteel niet aanwezig. Ik vermoed dat ze naar een andere commissievergadering is gegaan.

25.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mme Farih m'a posé des questions un peu plus spécifiques, mais je commencerai par répondre à celles de M. Prévot.

25.03 **Patrick Prévot** (PS): Faites à votre meilleure convenance, monsieur le ministre, je m'adapterai.

25.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La gestion de ce dossier étant toujours en cours, les informations actuellement disponibles doivent être examinées avec précaution. Il s'agit, en effet, d'un incident lié à un appareil appelé "laveur-désinfecteur". Après les premières étapes de rinçage et de nettoyage, les endoscopes sont ensuite traités au moyen de cet appareil en vue d'obtenir une désinfection de qualité supérieure.

Un système de traçage permet d'identifier les appareils dans lesquels chaque endoscope a été placé. L'hôpital concerné a réalisé sans délai une analyse de l'incident et a mis en place une gestion de la situation qui, à ce stade, semble conforme aux recommandations du Conseil supérieur de la Santé. Il a organisé des concertations avec la société ayant fourni le laveur-désinfecteur défectueux. Dès suspicion de l'incident, l'appareil concerné a été retiré du circuit de stérilisation.

L'hôpital dispose de trois autres laveurs-désinfecteurs qui ne présentent pas de défauts. Le contrôle de la qualité des eaux de rinçage effectué immédiatement après la survenance de l'incident a indiqué qu'aucun germe n'a pu être détecté sur aucun des quatre appareils. L'analyse épidémiologique de l'incident conduit à estimer que le risque infectieux pour le patient est très faible. De même, le fabricant estime que les conséquences de l'incident devraient être minimales car les deux produits désinfectants utilisés étaient bien présents mais, en proportion, inappropriés du fait de l'inversion des tuyaux.

L'hôpital a procédé à l'analyse rétrospective de l'incident ce qui lui a permis d'identifier les patients des services de gastro-entérologie et de pneumologie qui ont pu être examinés au moyen des endoscopes désinfectés dans l'appareil défaillant.

Ces patients ont été contactés par courrier en décembre et ont été invités à suivre un processus de surveillance médicale. Des titrages sérologiques sont réalisés afin de détecter l'éventuelle apparition d'infections virales. Le compte rendu de cette première étape de suivi n'est pas encore disponible.

Il semble que le fabricant de l'appareil soit sur le point de reconnaître sa part de responsabilité dans l'incident. Cette étape implique le siège social de l'entreprise qui se trouve aux États-Unis. Les assurances respectives des deux parties ont été mobilisées et détermineront les modalités de prise en charge et d'indemnisation des victimes s'il devait y en avoir. La firme a, d'ores et déjà, pris des mesures en adaptant la fabrication de ses appareils en rendant impossible l'inversion des tuyaux approvisionnant les tuyaux de désinfection.

Par ailleurs, la firme organise également une communication auprès de ses clients afin d'attirer leur attention sur les précautions à prendre pour éviter ce type d'incident. La stérilisation du matériel médical repose sur une série d'étapes qui nécessitent du matériel de qualité, des conditions opérationnelles, une préparation adéquate et un haut niveau de compétence technique.

La survenue d'incidents lors d'une étape doit être minimisée autant que possible, et les conséquences compensées ou limitées par l'application rigoureuse des procédures prévues à toutes les autres étapes de la série.

Aansluitend bij de vragen van mevrouw Farih, kan ik ook mededelen dat het onderhoud van ziekenhuisapparatuur strikt is georganiseerd. De sterilisatie van medische hulpmiddelen wordt georganiseerd binnen de centrale sterilisatieafdeling. De ziekenhuisapotheek is verantwoordelijk voor het opzetten en onderhouden van het kwaliteitssysteem, dat specifiek is voor de centrale sterilisatieafdeling. Ze werkt nauw samen met het team voor ziekenhuishygiëne en het comité ziekenhuishygiëne.

Het geldend normatief kader is voornamelijk gebaseerd op hoofdstuk 11 inzake sterilisatie van het koninklijk besluit van 15 december 1978 tot vaststelling van bijzondere normen voor universitaire ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten en op het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen.

Alle overige punten zijn beschouwingen over de reglementering. Natuurlijk moeten incidenten of de identificatie van niet-conforme situaties intern worden gemeld en geregistreerd.

25.05 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse.

J'entends que l'enquête se poursuit. C'est, du reste, la raison pour laquelle j'avais utilisé le conditionnel et que je partage votre prudence. Il convient, en effet, de rester circonspect avant de tirer d'éventuelles conclusions. Néanmoins, les compléments d'information que vous m'avez apportés sont de nature à me rassurer quelque peu. Bien évidemment, nous pouvons imaginer l'angoisse des patients qui ont reçu un courrier en décembre, leur annonçant qu'ils encouraient un risque d'être infectés par l'hépatite B, voire par le VIH.

En tout cas, j'espère qu'aucun cas malheureux ne se déclarera à cause de ce problème technique et que l'entreprise en question reconnaîtra ses torts – mais il semble que ce soit en voie d'être le cas –, du moins partiellement. Souhaitons aussi que des dédommagements soient prévus, notamment pour l'organisme hospitalier! D'ores et déjà, je me réjouis que ne se présenteront plus de tels risques d'inversion et que, dès lors, la firme aura retenu les erreurs du passé.

Encore merci de votre réponse, monsieur le ministre. Je suivrai l'évolution de ce dossier dans la presse ou bien en vous posant une question complémentaire dans cette commission.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

26 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La plateforme Paragon Medical" (55012307C)

26 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het hr-platform Paragon Medical" (55012307C)

26.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, avec la crise, les hôpitaux peinent parfois à trouver du personnel. Pour y remédier, une très bonne initiative est née au sein de l'hôpital Sint-Trudo à Saint-Trond où Joris Brugmans et Dirk Vanstraelen ont mis au point une plate-forme électronique appelée Paragon Medical qui permet de croiser les offres et les demandes. Elle est ouverte à tous les établissements de soins et permet de pallier, au pied levé, les absences ponctuelles et d'augmenter la capacité structurelle. En quelques semaines, une centaine de candidats se sont inscrits, principalement des aides-soignants et des infirmiers. Entre-temps, la société d'intérim ASAP a poursuivi le développement du projet et pris en charge le volet administratif en proposant des contrats journaliers.

Monsieur le ministre, outre les solutions structurelles à apporter au secteur des soins de santé, que pensez-vous de cette initiative permettant de pouvoir faire appel à des candidats en cas de besoin? Disposons-nous d'un cadastre actualisé des professionnels de santé toujours actifs ainsi que des professionnels de santé qui ont quitté le métier ou qui se sont réorientés entre-temps? Serait-il envisageable d'y inclure d'autres profils nécessaires au milieu hospitalier tels que les employés administratifs, pour élargir le *pool* des compétences disponibles? Je vous remercie pour vos réponses.

26.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Rigot, il me semble en effet que l'utilisation des nouveaux outils tels que les plates-formes en ligne sont des solutions intéressantes. La crise du covid a certainement accentué les besoins et complexifié le recrutement sur un marché tendu.

C'est la Commission de planification qui se charge, avec mon administration, de monitorer et planifier la force de travail des professionnels de la santé. Elle réalise, par profession, l'état des lieux de la force de travail au travers d'un couplage de données entre le cadastre des professionnels de la santé en droit d'exercer, les données de l'INAMI et celles de la Banque-carrefour marché du travail et protection sociale.

Dans ces rapports, la profession est décrite selon les effectifs actifs, leur emploi temps plein ainsi que le secteur d'activité par Communauté, Région et province.

Je vous invite donc à consulter en ligne les publications les plus récentes, qui décrivent en détail la méthodologie utilisée. Ma réponse contient des URL compliqués. Je propose donc que ma conseillère vous les transmette sans délai. Vous pourrez lire les publications à ce sujet.

Ces données sont obtenues de manière pseudonymisée. Les dernières données disponibles ont donc au minimum deux ans de décalage par rapport à la situation actuelle et ne fournissent des informations qu'en termes d'effectifs.

Nous ne disposons donc pas d'un cadastre des professionnels actifs en temps réel, qui permette de savoir quelle personne est active à ce jour et dans quel secteur de soins.

La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22 avril 2019 prévoit un registre des pratiques qui permettra, à terme, de disposer de l'activité de l'ensemble des professionnels de la santé avec les données les plus récentes et de manière nominative.

Mon administration étudie également d'autres pistes. Le cadastre actuel ne recense que les professionnels en droit d'exercer disposant d'un visa et ne concerne que les professionnels de la santé.

Je vous invite également à consulter les statistiques annuelles. Je demande à nouveau à ma conseillère de vous envoyer l'URL.

Le registre des pratiques ne concernera également que les professionnels de la santé pour lesquels le SPF Santé publique est compétent.

26.03 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'attendrai avec impatience de pouvoir prendre connaissance de ces données. L'enjeu actuel est d'avoir des données qui sont actualisées, constamment à jour. Voici quelques instants, vous évoquiez le fait que les cadastres ont une latence de deux ans. Deux ans, c'est énorme dans un contexte en mouvement perpétuel, dans un contexte où les besoins sont énormes dans l'immédiat. Les forces vives sont probablement présentes mais on ne le sait pas. Il est donc important de pouvoir croiser toutes ces données pour avoir le soutien nécessaire au chevet du patient et pour soulager aussi le personnel médical. Monsieur le ministre, je compte sur vous pour y être attentif, évidemment dans le respect de la confidentialité de ces données et du respect de la vie privée.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

27 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les MACCS (médecins assistants cliniciens candidats spécialistes)" (55012543C)

27 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ASO's (artsen-specialisten in opleiding)" (55012543C)

27.01 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, j'ai déjà évoqué ce dossier à de nombreuses reprises avec votre prédécesseur, mais aussi lors de la présentation de votre note de politique générale et de l'accord de gouvernement. En effet, reconnaissons que la situation des médecins assistants cliniciens candidats spécialistes, les fameux MACCS, n'est pas simple. Ils ont été largement en renfort depuis la crise covid. Ce n'est pas neuf, ils disposent d'un statut particulier. Ils ne cotisent pas pour leur pension par exemple. Compte tenu du nombre d'années, cela pèse de manière non négligeable sur la durée de leur carrière professionnelle. Ils n'ont pas droit au chômage etc.

Il y a aussi la problématique du nombre d'heures prestées. Je sais que sur ce sujet, une série de mises à jour des données collectées au niveau des différents hôpitaux a eu lieu. Cette situation est connue depuis des années. Reconnaissons qu'elle n'est pas correcte vis-à-vis de ces jeunes médecins diplômés qui se spécialisent! Une réforme est absolument indispensable, en concertation évidemment avec les médecins concernés. Je souligne l'importance de leur apporter un vrai statut, si je peux utiliser ce terme. Je voudrais que vous fassiez le point.

Oui ou non, va-t-on sortir des annonces répétées ces dernières années quant à leur situation, sans que suivent des réalisations correctes et concrètes?

Etes-vous ouvert à cela? Y a-t-il un travail de fond mené par vos différentes administrations qui ont de nombreuses autres choses à faire avec la crise du covid, j'en conviens, mais comme le dossier ne date pas d'aujourd'hui, il me semble important de faire un état des lieux et de fixer un calendrier en la matière.

27.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je suis très sensible à la situation des médecins en formation, situation que vous portez à notre attention. La problématique est complexe et à multiples facettes relevant de la compétence de différents ministres, dont la mienne.

En ce qui concerne l'amélioration de la protection par la sécurité sociale, l'accord national médico-mutualiste 2021 est important et vient d'être approuvé par le Conseil des ministres. Il inclut un montant de dix millions réservés à l'amélioration de la protection sociale des médecins en formation, sans que cela ne limite les revenus nets. Une proposition concrète sera élaborée avant le 31 mars en concertation avec les organisations de médecins en formation concernées. Par ailleurs, la situation des indemnisations des gardes et une convention de formation standardisée sont discutées au sein de la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, en réponse à une demande d'avis de la ministre De Block. Ces négociations sont en cours sous la présidence de M. De Cock et de Mme Poncé, récemment nommés à la place de M. Facon. Je vous tiendrai au courant des évolutions.

27.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse.

Si je comprends bien, l'enveloppe des 10 millions n'est pas encore ventilée et affectée. Néanmoins, des lignes directrices ont-elles déjà été établies? Le volet des pensions sera-t-il intégré dans le statut social? J'ose entendre qu'il y figurera bien.

Ensuite, je permets d'attirer fortement votre attention sur l'indemnisation des gardes, en reliant ce volet à la situation financière des hôpitaux. En effet, il serait inconcevable qu'au regard de leur financement actuel, ils doivent indemniser les gardes sans aucune enveloppe complémentaire. C'est pourquoi il serait judicieux d'indemniser celles-ci. À cette fin, il faut que l'État – qui va conclure la négociation et prendre la décision – apporte le financement idoine aux hôpitaux ainsi qu'aux médecins généralistes s'ils participent à l'organisation de gardes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

28 Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wachtlijst bij het Centrum voor seksuologie en gender" (55012611C)

28 Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La liste d'attente pour une prise en charge par le Centre de sexologie et de genre de l'UZ Gent" (55012611C)

28.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mijnheer de minister, ik heb een vraag over transgenderzorg en ik wil enkele cijfers aanhalen van professor T'Sjoen, diensthoofd van het Centrum voor seksuologie en gender. Vorig jaar meldden zich 600 mensen aan bij het Centrum voor seksuologie en gender in het UZ Gent. Dat was een record. De wachtlijst bedraagt daar nu 16 maanden en 1.300 mensen krijgen er momenteel een behandeling. In 2020 startten 300 mensen hun traject. Dat heeft wellicht te maken met het langzaam wegebben van het taboe en de nieuwe transgenderwet van 2018.

Professor T'Sjoen stelt dat er wellicht ook op andere plaatsen een centrum moet komen, zodat transgenders meer gespreid over het grondgebied kunnen worden geholpen. Een vergelijking met de cijfers in Nederland staven alvast dat er een uitbreiding moet komen. In Amsterdam bijvoorbeeld zijn er maandelijks 100 aanvragen, terwijl dat er nu in Gent nog 54 zijn. Men kan dus veronderstellen dat we momenteel slechts het topje van de ijsberg zien.

Mijnheer de minister, wat is uw visie op die zich aftekende problematiek?

Moeten andere universitaire of grotere ziekenhuizen een gelijkaardige rol als in Gent opnemen? Onder de vorige regering werd een conventie afgesproken. Ik wil graag weten of die wordt geëvalueerd. Werkt die conventie goed? Wordt aan alles voldaan?

Ten slotte, u hebt tijdens de vorige commissievergadering heel terecht aangekondigd dat er veel meer geld zal gaan naar psychologische zorg, waar we het in onze commissie allemaal over eens zijn. Kunnen die extra middelen ook voor de aangehaalde problematiek worden ingezet?

28.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ten eerste, de oprichting van een dienst voor transgenderzorg is niet onderhevig aan een specifieke erkenning, noch aan enig programmatie criterium. Het komt de minister van Volksgezondheid niet toe om te bepalen waar en hoeveel van die centra kunnen worden opgericht.

Het RIZIV kan met centra voor transgenderzorg wel overeenkomsten sluiten en op die manier de werking van dergelijke centra vanuit de ziekteverzekering financieren. Binnen het beschikbare budget heeft het RIZIV dergelijke overeenkomsten gesloten met de centra voor transgenderzorg van UZ Gent en CHU Luik. Het sluiten van zo'n overeenkomst houdt een feitelijke erkenning in. Het is echter niet vanzelfsprekend om met meer centra zo'n overeenkomst te sluiten. Centra die op dat vlak onvoldoende expertise en ervaring hebben, zullen vermoedelijk niet aan de verwachtingen van de patiënten kunnen beantwoorden en komen daardoor ook niet in aanmerking voor het sluiten van een overeenkomst met het Verzekeringscomité van het RIZIV.

Voor ziekenhuizen die op dat vlak geen expertise en ervaring hebben, is het ook niet gemakkelijk om de nodige expertise op te bouwen. Ziekenhuizen en artsen-specialisten moeten hiervoor in de eerste plaats zelf gemotiveerd zijn.

Ten tweede, u had het over de regionale verdeling. De conventie Transgenderzorg werd door het RIZIV gesloten met zowel het UZ Gent als met het CHU Luik, maar tot nu toe werden veel meer patiënten opgevolgd in Gent dan in Luik. De patiënten in Gent worden ook veel frequenter opgevolgd dan in Luik. Ik moet eerlijk zeggen dat ik niet zo goed weet hoe ik die verschillen moet verklaren. Misschien speelt mee dat Gent al vele jaren zeer actief is op het vlak van transgenderzorg, ter zake veel expertise en ervaring heeft opgebouwd en op die manier ook veel bekendheid heeft verworven.

Het CHU Luik werkt met een bijna volledig nieuw team, dat nog niet zo lang in het domein actief is. Misschien kan het CHU Luik daardoor minder een gepast antwoord bieden op de vragen van de patiënten en is de transgenderzorg van het CHU Luik daardoor ook minder bekend bij de patiënten. Dat houdt vanzelfsprekend geen kwaliteitsoordeel van mijn kant in.

Mogelijk spelen ook nog andere factoren een rol. Misschien is er een verschil in aandacht in de media tussen het Nederlandstalige en het Franstalige landsdeel. Media-aandacht kan belangrijk zijn om het stigma weg te nemen en om mensen aan te moedigen om hulp te zoeken.

Werkt de conventie goed? Laten wij ze evalueren.

Het Verzekeringscomité van het RIZIV heeft op voorstel van het College van artsen-directeurs in 2017 inderdaad een overeenkomst gesloten met de centra voor transgenderzorg van het UZ Gent en het CHU Luik. De werking van de overeenkomst wordt opgevolgd via de jaarverslagen van de centra, de geboekte uitgaven van de centra en mondeling en schriftelijk overleg tussen het College van artsen-directeurs en de centra. Uit de beschikbare gegevens blijkt onder meer dat het CHU Luik veel minder activiteiten ontwikkelt in het raam van de overeenkomst dan het UZ Gent, zoals al aan bod kwam.

Ook het UZ Gent verricht op dit moment minder activiteiten in het raam van de overeenkomst dan wat die toelaat, en put daardoor de middelen waarin de overeenkomst voorziet, maar gedeeltelijk uit. Dat is wel een opvallende vaststelling voor een centrum dat met lange wachtlijsten kampt. Een gedeeltelijke verklaring daarvoor is zeker dat teamleden van het centrum meer tijd besteden aan de begeleiding van bestaande patiënten dan de begeleiding die op basis van de in 2017 gesloten overeenkomst voor een zelfde patiënt kan worden vergoed.

De begeleidingszittingen die voor een patiënt worden gerealiseerd maar die niet kunnen worden aangerekend omdat het maximaal vergoedbare aantal begeleidingszittingen reeds bereikt is, verklaren in belangrijke mate waarom het centrum in Gent de jaarenveloppe van de overeenkomst niet uitput en toch met wachtlijsten kampt.

Daarnaast zouden de teamleden van het centrum binnen hun werktijd ook meer begeleidingszittingen moeten kunnen realiseren dan zij tot nu toe effectief realiseren, zo meent men.

Om de problemen te verhelpen, heeft de nieuwe overeenkomst die met beide centra gesloten is en die op 1 oktober 2020 retroactief in werking is getreden, het aantal vergoedbare begeleidingszittingen opgetrokken. Voor een zelfde patiënt kunnen nu maximaal 40 begeleidingszittingen worden gerealiseerd. Voordien waren dat er maar 25.

30 zittingen kunnen voor de leeftijd van 16 jaar worden gerealiseerd en 25 zittingen vanaf de leeftijd van 16 jaar, zonder dat het absolute maximum van 40 zittingen mag worden overschreden.

De nieuwe overeenkomst spreidt de zittingen ook beter in de tijd, door het maximumaantal begeleidingszittingen per patiënt en per jaar te beperken tot 8. Daardoor zou zeker het centrum in Gent meer inkomsten uit de overeenkomst moeten kunnen putten, wat de werking natuurlijk alleen maar ten goede kan komen. Mogelijk kunnen daardoor ook meer patiënten per jaar daadwerkelijk begeleiding krijgen in het kader van de overeenkomst.

Als een verhoging van de jaarenveloppe van het UZ Gent noodzakelijk is om de wachtlijsten te verminderen, dan zal natuurlijk worden onderzocht of die maatregel prioritair is in vergelijking met andere noden in de gezondheidszorg, maar aangezien het UZ Gent op dit ogenblik zijn jaarenveloppe niet uitput, is een dergelijke verhoging van de jaarenveloppe momenteel ook niet echt aan de orde.

U relateert dat aan onze bredere investeringsagenda in de psychologische zorg. In de conventie transgenderzorg wordt sinds 1 oktober 2020 voorzien in de terugbetaling van 40 gesprekken met een psycholoog, seksuoloog, sociaal werker of casemanager. Niettemin kan worden aangenomen dat personen die kampen met seksuele problemen of gendervragen, niet altijd onmiddellijk contact zullen opnemen met een centrum voor transgenderzorg, maar zich misschien eerst zullen wenden tot een zorgverlener in hun omgeving. Zij kunnen daarvoor absoluut terecht bij een eerstelijns klinische psycholoog.

De toegang tot die zorg wordt zo laagdrempelig mogelijk gehouden, onder meer door het persoonlijke aandeel te beperken tot 11 euro per sessie en 4 euro in geval van een verhoogde tegemoetkoming. Door de bijkomende budgetten voor de geestelijke gezondheidszorg werd het mogelijk dat aanbod op te trekken en open te stellen voor alle leeftijdscategorieën.

28.03 Karin Jiroflée (sp.a): Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister. Ik noteer dat het UZ Gent een beetje moet kiezen tussen kwantiteit en kwaliteit en zo een beetje het slachtoffer is van zijn keuze voor degelijkheid of grondigheid. U hebt in ieder geval heel duidelijk geschetst waar wij op het ogenblik financieel staan. Wij zullen dit meenemen en opnieuw bespreken met de beide centra.

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

De **voorzitter**: De resterende vragen worden uitgesteld tot onze volgende non-covidsessie, over twee weken.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.42 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 42.*