

COMMISSION DE LA SANTE ET  
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 23 FEVRIER 2021

Après-midi

---

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID  
EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 23 FEBRUARI 2021

Namiddag

---

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.10 uur en voorgezeten door mevrouw Nathalie Muylle.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 10 et présidée par Mme Nathalie Muylle.

**01 Actualiteitsdebat en toegevoegde vragen van**

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geneesmiddelen tegen mucoviscidose" (55013525C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geneesmiddelen tegen mucoviscidose" (55013840C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling en de geheime prijsafspraken voor peperdure mucomedicijnen" (55014341C)

**01 Débat d'actualité et questions jointes de**

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments traitant la mucoviscidose" (55013525C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments contre la mucoviscidose" (55013840C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement et les accords secrets sur les prix des traitements onéreux contre la mucoviscidose" (55014341C)

De **voorzitter**: Mevrouw Farih is verontschuldigd. Mevrouw Depoorter heeft het woord.

**01.01 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, wat is de stand van zaken met betrekking tot de mucoviscidosemedicatie, de zogenaamde CFTR-modulatoren? Een paar weken geleden hebben wij daarover al een debat gehad. U gaf toen aan dat er gesprekken waren met de firma Vertex. Ondertussen zijn er artikels in de pers verschenen waarin patiënten getuigen dat er nood is aan een terugbetaling voor die modulatoren.

Ik heb u twee weken geleden ook gevraagd om de terugbetaling van de clusters te bekijken. Ik kom daar graag even op terug, want op dit moment lopen er gesprekken met Orkambi en Symkevi, maar zoals wij gisteren vernomen hebben, zit Kaftrio in de pijlpijn en dat is een combinatie van de verschillende CFTR-modulatoren.

Wat is de stand van zaken? Zijn er evoluties richting clusterterugbetaling voor 1.300 mucopatiënten die aan de alarmbel trekken?

**01.02 Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ongeveer 170.000 euro voor een behandeling, dat is de zeer hoge prijs die Vertex vraagt. Wij weten niet wat de productieprijs is. Wij weten wel dat de omzet en het winstcijfer van Vertex door de CFTR-modulator de laatste jaren op de beurs enorm de hoogte zijn ingegaan. We zien dat het in België beschikbaar is voor bepaalde patiënten. Blijkbaar is het zeer efficiënt, want het verandert echt hun leven. Het maakt het natuurlijk alleen maar schandaliger dat men er zo'n hoge prijs voor durft te vragen, want het gaat in deze zaak over leven en dood.

Mijnheer de minister, hoever staat het met de eventuele terugbetaling? Ondertussen worden die medicijnen wel terugbetaald in het buitenland en in België niet. Waar wringt het schoentje? Hoe komt het dat er nog steeds geen terugbetaling is in België?

De **voorzitster**: Collega's, aangezien het over een actualiteitsdebat gaat, kunnen ook de andere fracties nu of tijdens de repliek het woord vragen, maar ik zie niet onmiddellijk kandidaten.

**01.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitster, mevrouw Merckx, er loopt inderdaad een compassionate-useprogramma voor Kaftrio voor patiënten van twaalf jaar en ouder. Om te weten of een patiënt kan overschakelen van Orkambi op Kaftrio, moet worden nagegaan of de patiënt voldoet aan de geschiktheidscriteria, net zoals dat het geval is voor elk compassionate-useprogramma. Dat wordt op individuele basis bekeken.

U zult merken dat er veel gelijkenissen bestaan tussen de geschiktheidscriteria voor het programma voor Kaftrio en het programma voor Orkambi. De analyse daarvan moet echter gebeuren door de bevoegde artsen en evaluatoren. Ik kan mij daar dus niet over uitspreken.

De looptijd van een *compassionate use* of medisch noodprogramma wordt bepaald in elk programma afzonderlijk. Voor het compassionate-useprogramma voor Kaftrio is bepaald dat het loopt tot het besluit over de terugbetaling is genomen, ongeacht wat het besluit ook zal zijn, terugbetaling of niet.

Bij de laatste evaluatie van het lopende programma met Orkambi werd gemeld dat op 13 maart 2020 vijf patiënten in behandeling waren. Voor de compassionate-useprogramma's met Kaftrio hebben wij geen data, aangezien ze nog niet tussentijds werden geëvalueerd.

Het FAGG heeft geen toegang tot de namen van de patiënten die in beide programma's zijn ingesloten. Het kan dan ook niet de link maken tussen beide programma's zolang ze lopen. Het FAGG kan de situatie na afloop van de programma's niet nader inschatten.

Inzake uw vraag over de zogenaamde onderhandelingen voor Kaftrio, kan ik u antwoorden dat ik het heb nagevraagd bij het RIZIV. De firma Vertex heeft op dit moment nog geen vergoedingsdossier ingediend.

Er zijn dus geen lopende dossiers en al zeker geen onderhandelingen. We hebben geen idee wanneer het bedrijf haar dossier voor Kaftrio bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) zal indienen, ondanks het feit dat dit allang mogelijk is en mijn administratie daarop al heeft aangedrongen bij het bedrijf. Voor elk geneesmiddel kan immers een aanvraag worden ingediend zodra het bedrijf de goedkeuring heeft gekregen van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA).

Kaftrio ontving op 26 juni 2020 een positief advies van de Committee for Medicinal Products for Human Use en de goedkeuring van het EMA op 21 augustus 2020. Volgens onze Belgische procedure had het bedrijf al meerdere maanden geleden een aanvraag kunnen indienen. Ik kan u dus niet vertellen waarom Vertex in België nog geen aanvraag heeft ingediend.

De terugbetaling voor de geneesmiddelen Orkambi, Symkevi en Kalydeco zijn lopende en bevinden zich in de finale fase. Daardoor zal ik eerstdaags een beslissing kunnen nemen omtrent de terugbetaling. Eens de procedure afgelopen is, zult u de rapporten van de CTG kunnen inkijken en haar evaluatie lezen, zowel over de therapeutische meerwaarde als de andere criteria, zoals de budgettaire weerslag en het belang van de specialiteit in de medische praktijk.

Men heeft het dus over prijsonderhandelingen. Overeenkomsten voor geneesmiddelen worden gebruikt om wetenschappelijke en/of budgettaire onzekerheden en/of problemen van sommige nieuwe behandelopties op te vangen op het moment dat zij terugbetaling aanvragen. Vaak wordt een grote therapeutische onzekerheid gerapporteerd door de CTG. Dossiers bevatten vaak veelbelovende, maar immature data door vroege indiening bij het EVA, met bijvoorbeeld slechts fase 2-studieresultaten. Het kan zijn dat de terugbetaling gepaard gaat met grote budgettaire onzekerheden, bijvoorbeeld door een zeer hoge behandelingskostprijs per patiënt, of een hoge totale impact door het feit dat de doelpopulatie zeer breed is en moeilijk af te bakenen.

Om patiënten de toegang tot deze nieuwe, soms veelbelovende behandelingen niet te ontfemen, en om het farmaceutisch bedrijf de kans te geven de waarde van het geneesmiddel in een reallife setting aan te tonen, kunnen deze behandelingen onder bepaalde voorwaarden tijdelijk worden terugbetaald via een overeenkomst.

Meestal zijn die voorwaarden tweeledig. Enerzijds wordt aan het bedrijf gevraagd om tijdens de tijdelijke

terugbetaling bijkomende informatie en bewijzen te verzamelen over welbepaalde onzekerheden. Anderzijds neemt het bedrijf tijdens de tijdelijke terugbetaling mee de verantwoordelijkheid op voor de onzekerheden en de risico's die aan de terugbetaling verbonden zijn.

In de praktijk betekent dit dat een budgettair compensatieschema in de overeenkomst wordt opgenomen. Daardoor worden de risico's gedeeld door de ziekteverzekering en het bedrijf. Het bedrijf verzamelt alle gevraagde gegevens en verwerkt die tot een evaluatierapport, dat bij de afloop van de overeenkomst grondig geëvalueerd wordt. Rekening houdend met de aangeleverde gegevens en de bewijskracht van die gegevens wordt dan geëvalueerd of een verlenging van de overeenkomst dan wel een nieuwe evaluatie door de CTG opportuun is.

De CTG en ikzelf streven naar een definitieve en transparante opname op de lijst van terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten. Dat is het voorkeursscenario, dat we in elk dossier beogen. Maar vaak is het volgen van een onderhandelingsproces de enige manier om geneesmiddelen toegankelijk te maken voor de patiënt en het budget onder controle te houden. U weet dat we die procedure in het kader van het regeerakkoord willen hervormen.

Uiteraard is het mijn wens, en uit uw vragen leid ik af dat het ook de uwe is, om goede therapieën met een echte meerwaarde zo toegankelijk mogelijk te maken voor iedereen. U zegt terecht dat het kostenplaatje van Orkambi peperduur is, zoals vele andere therapieën op de markt. We willen tot het uiterste van onze mogelijkheden gaan om deze geneesmiddelen beschikbaar te maken voor de patiënten, maar we willen dat doen tegen een correcte vergoeding. Dit geldt trouwens voor alle geneesmiddelen waarvoor een vergoeding gevraagd wordt. Dat moet dus gebeuren op een duurzame manier. Dat betekent dat we het budget zorgvuldig moeten aanwenden. In dit domein ligt er zeker een heel grote uitdaging op Belgisch en Europees niveau.

**01.04 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is eigenlijk een allegaartje. Het is waar dat het systeem van *compassionate use* bestaat, maar daar bereiken we geen groot aantal patiënten mee, of toch niet op een duurzame manier, wat toch uw streefdoel is, zoals u zelf aangeeft. Zeker bij de muco-geneesmiddelen moeten we er rekening mee houden dat het heel vaak om jongvolwassenen gaat, die nog een actief leven voor zich kunnen hebben. In de farmaco-economische analyse die we maken, moeten we daarmee dus absoluut rekening houden.

Het feit dat ons land voor Orkambi een zwarte vlek blijft in Europa, roept bij ons toch vragen op. Wij lopen ter zake achter ten opzichte van andere landen. Het is niet de eerste keer dat deze problematiek in deze commissie ter sprake komt.

U hebt het ook over het feit dat er geen aanvraag is ingediend voor Kaftrio. Ik heb u in een vorige vergadering over deze problematiek gewezen op de clusters en ik doe dat opnieuw. Voor kankerbehandelingen doen wij dat ook. Wij maken afspraken met een firma en kijken of we een terugbetaling kunnen geven voor een aantal patiënten met een CAB voor een bepaalde behandeling.

Aangezien het hier gaat om dezelfde moleculen die in andere combinaties worden toegediend, denk ik dat dit zich ertoe leent. We kunnen gebruikmaken van de expertise die de artsen van de Mucovereniging daarrond hebben opgebouwd. Zij hebben zelfs al aangegeven aan de CTG dat ze bereid zijn om een *pay for performance* uit te werken en om dan heel duidelijke wetenschappelijke criteria vast te leggen voor de terugbetaling van die geneesmiddelen.

U verwijst naar het traject *early temporary reimbursement* dat kan worden gevolgd, maar u weet ook dat die aanvraag maar voor heel weinig geneesmiddelen werd ingediend omdat die procedure niet optimaal blijkt te zijn. Ze bestaat al een hele tijd, maar toch zijn er weinig bedrijven die erin meegaan.

Misschien kunt u daar grondig naar kijken en nagaan of we in de toekomst op een meer efficiënte manier te werk kunnen gaan en op die manier meer patiënten kunnen behandelen. Zoals u zelf hebt gezegd, kan het toch niet de bedoeling zijn dat de Staat achterblijft in die zaken. Ik denk dat we daar een tandje kunnen bijsteken.

**01.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, soms gebeuren er effectief geheime onderhandelingen. Ik ben het er wel niet mee eens wanneer u zegt dat dit het budget onder controle houdt. Mevrouw De Block is hier aanwezig. Ik denk dat het budget net is ontspoord onder andere door die

onderhandelingen en vooral omdat dit zeker niet toe te passen is op veel producten die reeds hun waarde hebben bewezen en waarover geen therapeutische onzekerheid meer bestaat.

Na uw uitleg begrijp ik nog steeds niet waarom bijvoorbeeld Orkambi en Symkevi nog altijd niet toegankelijk zijn voor patiënten in België, behalve in de speciale programma's van *compassionate use*. In 2016 werd voor Orkambi reeds een dossier ingediend voor kinderen tot 12 jaar en in 2018 voor Symkevi voor patiënten ouder dan 6 jaar. Voor een kind dat geboren wordt met mucoviscidose – het zijn er weinig – telt natuurlijk elk jaar om ervoor te zorgen dat de longen niet aangetast worden en de aangehaalde producten hebben toch al een zekere meerwaarde bewezen.

Ik heb vandaag 23 februari eigenlijk geen antwoord op mijn vraag gekregen, behalve dat er binnenkort misschien iets uit de bus zal komen, wat u op 5 januari ook al zei. Waarom duurt het vier of vijf jaar om een afspraak te maken en een artikel 81-contract te sluiten? Dat is voor mij nog steeds niet duidelijk.

De **voorzitter**: Wensen er nog andere fracties iets toe te voegen in het kader van dit actualiteitsdebat? (Nee)

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

## **02 Questions jointes de**

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement du Fonds des accidents médicaux (FAM)" (55013426C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le FAM" (55014125C)

## **02 Samengevoegde vragen van**

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van het Fonds voor de medische ongevallen (FMO)" (55013426C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het FMO" (55014125C)

**02.01 Patrick Prévot (PS):** Madame la présidente, monsieur le ministre, le Fonds des accidents médicaux a été créé en 2010 dans le but de proposer une procédure administrative plus simple qu'une procédure judiciaire au patient souhaitant une indemnisation à la suite d'un accident médical.

Selon un rapport transmis l'an dernier au Parlement par la Cour des comptes, le Fonds des accidents médicaux n'a pas encore atteint son objectif afin de rendre les procédures plus simples, rapides et économiques pour les patients subissant un dommage à la suite d'une prestation de soins de santé.

Selon la Cour des comptes, actuellement, 8 % des dossiers traités sont jugés fondés et potentiellement indemnisables par le Fonds. Le nombre de demandes est aussi plutôt bas (une victime sur dix) et les recours au Fonds ont diminué ces dernières années.

Monsieur le ministre, avez-vous pris connaissance de ce rapport? Quelle est votre opinion à ce sujet? Comment comptez-vous rendre plus efficaces et plus rapides les procédures pour les patients?

**02.02 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, het Fonds Medische Ongevallen is ook niet nieuw in onze debatten. Ik haal even een voorbeeld aan uit mijn mailbox. Het gaat om iemand die in 2016 geopereerd werd, daarbij een zwaar medisch letsel opliep, klacht indiende en na vier jaar voor het eerst gehoord werd door de deskundigen. Drie maanden later zou hij het bericht gekregen hebben dat het zwaar medisch letsel erkend wordt en dat er in een vergoeding wordt voorzien. Maar daarover is er nog geen uitsluitel. Het slachtoffer zal dus minstens vijf jaar moeten wachten, vooraleer er een bedrag toegekend wordt. Het is trouwens nog steeds niet uitgekeerd.

Mijnheer de minister, hoe ver staat u met de hervorming van het FMO? U hebt immers begin november gezegd dat u die hervorming zeer belangrijk acht.

Ten tweede, zult u het FMO een maximale termijn opleggen om dergelijke problemen onder handen te nemen, inclusief de uitbetaling?

**02.03** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, monsieur Prévot, j'ai bien pris connaissance du rapport de la Cour des comptes sur le fonctionnement du Fonds des accidents médicaux. Il est vrai que ce Fonds a accumulé un important arriéré au niveau du traitement des dossiers. Cette situation n'est pas acceptable.

À l'heure actuelle, la procédure auprès du Fonds est gratuite pour le patient et relativement simple. Mais, comme vous l'avez fait remarquer à juste titre, elle est loin d'être rapide.

La Cour des comptes a constaté que seule une minorité des demandeurs reçoit une indemnisation à l'issue de la procédure auprès du Fonds. La loi du 31 mars 2010 ne crée pas d'obstacle à l'introduction d'une demande puisqu'un courrier recommandé suffit, mais en revanche, elle est très stricte lorsqu'il s'agit de verser des indemnités.

Dans les grandes lignes, le Fonds ne peut indemniser que si le degré de gravité prévu par la loi est atteint et s'il s'agit d'une responsabilité ou d'un accident médical sans responsabilité. Un accident médical sans responsabilité est un accident lié à une prestation de soins de santé qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour ce dernier un dommage anormal.

Selon la loi, ce dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire, compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur de diagnostic non fautive ne constituent pas un accident médical sans responsabilité. On ne peut donc pas affirmer que le Fonds des accidents médicaux peut indemniser tous les dommages résultant de soins de santé. Il n'en reste pas moins que la situation actuelle dudit Fonds soulève beaucoup de questions.

Mevrouw Depoorter, dat brengt mij bij uw preciezere vraag. Ik onderhoud daarover contact met de administratie. Begin december heb ik daarover vergaderd, ook in januari en in februari was er overleg, terwijl er ook nog enkele vergaderingen komen. Ik hoop in maart over een volledig plan van aanpak voor het Fonds te beschikken. Mijn medewerkers en het beheerscomité van het Fonds zijn een en ander heel fijn aan het afstemmen, zodat wij, de bevoegde minister en de leiding van het Fonds, elkaar goed begrijpen, en wij er zeker van kunnen zijn dat wat ik presenteer, geloofwaardig en ernstig bevonden kan worden, gelet op de bestaande problematiek.

U stelt ook een vraag over de uitbetaling. Als blijkt dat aanvragers recht hebben op een schadevergoeding, dan moet die uiteraard zo snel mogelijk worden betaald. Dat is een tijdrovend proces, omdat voor de berekening van de schadevergoeding bewijsstukken moeten worden verzameld en geanalyseerd. De wet voorziet er immers in dat er vergoed wordt in concreto, zoals in het gemeen recht. Na de verzameling en analyse van de stukken doet het Fonds een eerste voorstel. Na opmerkingen van de betrokkenen formuleert het Fonds een definitief voorstel. Indien het Fonds vergoedt in geval van een medisch ongeval waarbij het fonds een aansprakelijkheid aanhield en de ernstgraad werd bereikt, dan is er nog een periode van drie maanden waarin de aansprakelijke de kans gegeven wordt om de schade te vergoeden. Pas na weigering van tegemoetkoming door de aansprakelijke en/of zijn verzekeraars zal het Fonds in een vergoeding voorzien. Dat deel ik nog even mee ter herinnering.

Ik ben het ermee eens dat alles in het werk gesteld moet worden om de slachtoffers zo snel mogelijk te helpen. Nu is het Fonds daarin natuurlijk niet de enige betrokkene. Behalve intern bij het Fonds verloopt er heel wat tijd tussen het opvragen en het ontvangen van stukken, de planning en het verloop van een expertise. Snelheid is voor mij dus ook een criterium van kwaliteit. Het plan van aanpak dat ik voor ogen heb, moet een echte versnelling met zich kunnen meebrengen, waardoor ook de achterstand voldoende snel kan worden weggewerkt, uiteraard met respect voor de positie van alle partijen.

U hebt daar al verschillende keren vragen over gesteld. Ik hoop dat ik in maart niet alleen een definitief actieplan, dat helemaal afgestemd is, in handen heb, maar dat ik dat ook kan communiceren. Het is een actieplan om de huidige toestand te verbeteren. Dat put het debat over de manier waarop zo'n fonds principieel moet werken en welk soort wetgeving daarvoor nodig is, ongetwijfeld niet uit. Ik vind het nu eenmaal belangrijk dat ik op korte termijn perspectief kan creëren dat de dossiers die liggen te wachten, aangepakt worden. Dat lijkt mij essentieel.

C'est donc un dossier qui me préoccupe beaucoup, monsieur Prévot. J'espère pouvoir vous présenter en mars un plan d'action relatif au Fonds, car cette situation ne peut vraiment plus durer.

**02.04 Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse, qui nous a présenté un instantané des procédures.

Comme vous l'avez dit, la procédure est gratuite et relativement simple, mais son application n'est malheureusement ni rapide ni efficace. Cependant, je retiens votre volonté encourageante d'améliorer le système. J'entends que vous-même, vos collaborateurs et les responsables du Fonds sont en train de discuter à cette fin.

Je retiens aussi en point de mire le mois de mars pour le dépôt et la présentation d'un plan d'action définitif afin d'améliorer la situation. Le débat se poursuit. J'espère qu'il aboutira très prochainement, de sorte que vous pourrez venir nous présenter ledit plan. En tout cas, j'ai compris que votre volonté était bien présente et je vous en remercie.

**02.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Het is goed dat er in maart een plan komt. Daar ben ik absoluut verheugd over. Hopelijk kunnen we dan ook grondig debatteren over de inhoud. Er zijn dossiers die een achterstand opgelopen hebben. Behandelde dossiers hebben een doorlooptijd van vijf jaar, waarna nog overgegaan moet worden tot uitbetaling. Dat kan absoluut niet de bedoeling zijn van het Fonds voor de Medische Ongevallen. Het was de bedoeling om sneller, efficiënter en tegen een lagere kostprijs voor de patiënten ter beschikking te zijn. Een doorlooptijd van vijf jaar is veel te lang voor een slachtoffer van een dergelijk medisch ongeval. Houd daar ook rekening mee. Ik kijk uit naar de debatten in maart.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**03 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La base de données VIDIS" (55013438C)**

**03 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De VIDIS-databank" (55013438C)**

**03.01 Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, VIDIS est un projet important en matière de numérisation puisqu'il permet un partage des données en matière de traitements médicamenteux des patients. Il vise à favoriser l'échange de données relatives aux médicaments pris par les patients entre les pharmaciens et les autres prestataires de soins afin de permettre une meilleure responsabilisation du patient ou encore un meilleur suivi de son traitement.

Pourtant aujourd'hui, certains médecins s'en inquiètent, selon l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM). L'ABSyM dénonce le fait que les indications pour lesquelles les médicaments sont prescrits, figureront dans VIDIS qui centralisera toutes les données de santé: le diagnostic et les thérapies. Selon l'ABSyM, cela pourrait créer des risques d'intrusion et ces informations sensibles pourraient être un jour vendues à des firmes commerciales.

Monsieur le ministre, où en est VIDIS aujourd'hui? Comment cette base de données sera-t-elle gérée? Quand celle-ci sera-t-elle opérationnelle selon vous? Quelles balises seront-elles mises en place pour éviter toutes dérives dans le cadre de l'utilisation des données? Quelle est votre opinion sur les critiques formulées par l'ABSyM?

**03.02 Frank Vandenbroucke, ministre:** Le projet VIDIS (*Virtual Integrated Drug Information System*) vise à organiser et stimuler le partage de données et informations entre les acteurs des soins ambulatoires, le secteur ambulatoire et le milieu hospitalier, et avec et par le patient et son entourage ce, sur tout le traitement médicamenteux en intégrant les données disponibles dans les systèmes de partage de données existants et en orchestrant mieux les processus relatifs aux médicaments.

L'application VIDIS, qui visualise la vue du dossier de médication, rassemble des données sur les médicaments sans les sauvegarder. Cela signifie que ces données sont conservées à l'endroit d'origine (la source authentique). VIDIS ne sauvegarde pas ces données dans une base de données supplémentaire. Pour les consulter, la matrice d'accès d'e-Health est respectée.

Ces principes ont été validés par le cabinet d'audit externe Deloitte. Un premier *release* du web *ab* VIDIS intègre le schéma de médication avec comme source Vitalink. Cette version est déjà accessible au patient.

Un deuxième *release* prévu pour mars de cette année affichera également des notes de journal (source du nouveau Vitalink) et en plus, le patient sera également accessible au fournisseur de soins indiqué dans la matrice d'accès. Le troisième *release* prévu pour juin de cette année-ci intègre les prescriptions électroniques et la source est RECEEP et la prescription électronique.

Nous prévoyons également un nouveau *release* à l'automne de cette année. Elle vise à intégrer également le schéma de médication avec comme source le Réseau Santé Wallon, Abrumet et la SAM, la source authentique du médicament. La crainte que VIDIS sauvegarde des données dans une base de données n'est donc pas justifiée. Il n'y a pas de base de données centrale. VIDIS n'enregistre pas de données dans sa propre base. Les bases de données qui sont appelées et visualisées sont toutes des sources authentiques.

Aujourd'hui, l'indication est déjà un champ facultatif à remplir dans le schéma de médication. VIDIS ne fait rien d'autre que visualiser ce qui existe déjà aujourd'hui. Le principe est qu'il est laissé à la responsabilité de chaque médecin individuel de remplir ce champ. Le projet VIDIS n'impose donc rien et suit les règles existantes de la matrice d'accès.

La recherche scientifique existante montre que l'indication est une donnée importante avec une forte valeur ajoutée sur les soins de santé si elle est partagée entre les fournisseurs de soins et à condition que ceux-ci aient une relation thérapeutique avec le patient. Scientifiquement, la situation souhaitée est que le champ "indication" est partagé entre tous les fournisseurs de soins impliqués dans les soins continus du même patient.

Nous invitons donc les fournisseurs de soins à parvenir dans les forums appropriés à un consensus: sur le fait qu'il soit facultatif ou obligatoire de remplir une indication avec chaque ligne de médicament dans le schéma de médication et/ou de déterminer les règles sur quand cela devrait être obligatoire; sur qui, quel fournisseur de soins a le droit de visualiser l'indication et qui ou quel fournisseur ne l'a pas.

J'espère que ma réponse pourra non seulement vous informer mais également vous rassurer et dissiper les craintes que vous avez relayées.

**03.03 Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse, qui me rassure en effet.

Ma question s'articulait en deux volets, auxquels vous avez répondu scrupuleusement. S'agissant tout d'abord de l'agenda des prochaines étapes de VIDIS, je vous remercie de nous avoir livré un instantané de la situation. Ensuite, pour ce qui concerne la protection et l'absence d'utilisation des données, je vous sais gré de votre discours rassurant.

Enfin, j'ai bien compris que la matrice d'accès était respectée et que les principes en avaient été validés par Deloitte. De plus, il n'existe pas de principe de sauvegarde des données par VIDIS. Dès lors, les craintes exprimées par l'ABSyM ne sont pas fondées, et je ne puis que m'en réjouir.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55013566C van mevrouw Jadin vervalt, vermits mevrouw Jadin niet aanwezig is en wij niets van haar hebben gehoord.

Vraag nr. 55013662C en vraag nr. 55013663C van mevrouw Fonck worden omgezet in schriftelijke vragen. Vraag nr. 55013681C van mevrouw Rohonyi vervalt, vermits mevrouw Rohonyi niet aanwezig is en wij niets van haar hebben gehoord. Vraag nr. 55013688C van mevrouw Creemers wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

**04 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van de coronacrisis op orgaandonaties en -transplantaties" (55013710C)**

**04 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incidence de la crise du coronavirus sur les dons et les transplantations d'organes" (55013710C)**

**04.01 Frieda Gijbels (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in het voorjaar 2020 werd reeds

vastgesteld dat het aantal orgaantransplantaties drastisch was afgenomen. Daarvoor kunnen waarschijnlijk verschillende redenen worden aangehaald, zoals het beschikbare aantal geschikte donororganen en het uitstel van niet-covidzorg.

Wat is de impact op het aantal transplantaties vanwege levende donoren, door een vergelijking te maken tussen 2019 en 2020?

Wat is de impact op het aantal post-mortemtransplantaties, door eveneens een vergelijking te maken tussen 2019 en 2020?

Bij welk type organen is de impact het grootst?

Kunt u toelichten in welke mate de coronacrisis de wachtlijsten heeft doen toenemen?

Indien er inderdaad een impact is, bent u van plan werk te maken van meer sensibilisering rond orgaandonatie? Zo ja, op welke manier?

**04.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, het is niet de eerste keer dat u een vraag stelt hierover. Ik heb een heel gedocumenteerd antwoord gekregen met allerlei cijfers en grafieken. Ik stel voor dat ik u dat op papier geef. Ik kan dat niet navertellen natuurlijk. Ik zal u de essentie al meedelen.

Wat de impact betreft, is er voor levers en nieren van levende donoren een totale daling van 20%. Tijdens de twee covidpieken waren alle programma's van donaties bij leven opgeschort. Dat is helaas tamelijk goed te zien op de grafieken.

In alle domeinen is een daling te merken in de post-mortemtransplantaties tussen 2019 en 2020. Bij nieren gaat het om een daling van 389 naar 326. Bij levers gaat dit van 262 naar 214. Longtransplantaties gingen van 119 naar 113. Harttransplantaties daalden van 84 naar 54. Dat zijn toch wel opmerkelijke cijfers. We moeten ons afvragen wat daar gebeurt en wat de gevolgen zijn. Uit de cijfers die ik heb gegeven, blijkt dat de grootste impact op de harttransplantaties was, met een daling met 36%, gevolgd door lever 18%, longen 18%, en nieren 16%. Het is een combinatie geweest van bezorgdheid over besmettingen en beperking van het bezetten van intensieve zorgen. Dringende transplantaties zijn gelukkig wel blijven doorgaan.

De wachtlijst is stabiel gebleven. In december 2019 stonden er 1.364 mensen op de wachtlijst en in december 2020 waren dat er 1.371.

We moeten zeker sensibiliseren. Dit jaar wordt een uitgebreide sensibilisatiecampagne georganiseerd. De campagne zal gericht zijn op de burgers, de huisartsen, de publieke apotheken en de gemeentebesturen. Er zal ook een spotje worden gemaakt dat op grote schaal via de sociale media zal worden verspreid.

**04.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, ik kijk uit naar de cijfers. Het is een heel duidelijk antwoord. U ziet het belang van sensibiliseren ook in. We moeten daar absoluut op inzetten, zeker als blijkt dat die cijfers nu toch wat afgenomen zijn.

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

De **voorzitster**: Mevrouw Snelpe, we komen bij uw vraag nr. 55013712C over "CVS/ME".

**04.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Snelpe, ik heb op dit moment geen antwoord op uw vraag. Ik heb erop aangedrongen dat men binnen twee weken een antwoord formuleert. U kunt uw vraag uitstellen of laten omzetten in een schriftelijke vraag, zoals u verkiest.

**04.05** **Dominiek Snelpe** (VB): Dan mag mijn vraag worden omgezet in een schriftelijke vraag, zodat ik sneller een antwoord kan krijgen.

**05** **Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Luxturna" (55013713C)**

**05** **Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Luxturna" (55013713C)**

**05.01 Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, in uw beleidsverklaring staat dat u het geneesmiddelenbeleid vooral wilt steunen op de principes van *evidence based medicine*: wat aantoonbaar werkzaam is en wetenschappelijk bewezen is, wordt sneller terugbetaald. Personen met een aangeboren visuele handicap luiden de alarmbel over de erg dure medicatie die hun meer levenskwaliteit biedt. Onlangs werd de Luxturnagroep opgericht, die patiënten met dezelfde aandoening groepeerde. Vanuit patiëntenhoek worden de ontwikkelingen op de voet gevolgd.

Luxturna, een vaccin dat kopieën van het gen RPE65 bevat en al in enkele landen aan een aantal patiënten wordt toegediend, stabiliseert of verbetert zelfs het zicht van de patiënten. Met andere woorden, het is wetenschappelijk bewezen dat het vaccin werkt en dat de levenskwaliteit van de patiënten er enorm op vooruit gaat. Het probleem is echter, zoals bij andere zeldzame aandoeningen, dat het hier om een erg duur geneesmiddel gaat en dat zonder steun van de overheid een dergelijk vaccin onbeschikbaar is voor de patiënten.

Ten eerste, hebt u kennis van de Luxturnagroep en de problematiek? Ten tweede, wat is uw visie op het probleem? Ten derde, bent u bereid om in gesprek te gaan met de patiëntengroep? Ten vierde, bent u bereid om in gesprek te gaan met de farmabedrijven om voor het geneesmiddel een pay-for-performanceafspraken te maken?

**05.02 Minister Frank Vandenbroucke:** De problematiek van erfelijke dystrofie van het netvlies is zeldzaam, maar inderdaad zeer zorgwekkend voor patiënten die daaraan lijden. De eerste symptomen ontstaan op zeer jonge leeftijd bij baby's. Je krijgt een onomkeerbaar progressief verlies van het zicht. Dat leidt op jongvolwassen leeftijd tot blindheid. Het hoeft natuurlijk geen betoog dat dit een verschrikkelijke impact heeft op de levenskwaliteit van mensen die daardoor worden getroffen. Er is momenteel geen behandeling voor die aandoening. De begeleiding van patiënten is tot nu toe praktisch gericht, door hen te leren omgaan met het progressieve verlies van zicht. Patiënten met bi-allelische RPE65-mutaties vormen een subgroep. Luxturna is de eerste en enige behandelingsoptie geregistreerd voor de behandeling van patiënten met deze mutaties en is voorlopig ook de enige geregistreerde gentherapie in oftalmologie.

De huidige beschikbare gegevens over de veiligheid en werkzaamheid van Luxturna beslaan een totale periode van 10 jaar. Dat een patiëntengroep de naam van een medicament draagt, is mij niet bekend, maar de patiëntenverenigingen voor oogziekten zijn me wel bekend.

De data van alle patiënten behandeld in Europa, moeten in registers gevolgd worden op vraag van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en dat voor 15 jaar. Zo volgen alle patiënten die met Luxturna behandeld zijn, eenzelfde traject. Een uitwisseling van ervaringen tussen hen is dus zeker aan te bevelen. Ik ben ook echt bereid om met de Luxturnagroep in gesprek te gaan, als die dat vraagt. Ik denk dat we de nood en het nut van de genetische correctie duidelijk zien.

Gentherapieën hebben, zoals u zelf zegt, veel potentieel, maar de eerste voorbeelden zijn meteen ook zeer duur. Een *pay for performance* is een van de mogelijke compensatiemechanismen die voor dergelijke therapieën tot de mogelijkheden behoren. De terugbetalingsprocedure voor Luxturna is lopende. Er zijn daarvoor vorig jaar onderhandelingen opgestart tussen het bedrijf en de verantwoordelijke werkgroep. Zij bevinden zich nu de finale fase, zodat ik eerstdaags een beslissing zal kunnen nemen omtrent de terugbetaling van het geneesmiddel.

**05.03 Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, dank voor uw antwoord. Ik ben blij dat er schot in de zaak zit. Hoe dan ook blijven de medicijnen voor zeldzame ziekten een heikel punt. Ze blijven duur, dus er moet daar iets structureels veranderen. We hadden daarnaast ook de discussie over de mucopatiënten. Het probleem moet aan de bron aangepakt worden, wat betekent dat het gesprek met de farmasector moet worden aangegaan en dat er duidelijke richtlijnen moeten worden gegeven.

Ik ben blij dat de terugbetalingsprocedure lopend is en dat u spreekt over een beslissing eerstdaags. Ik mag aannemen dat de procedure dan binnen de week afgerond is en dat u dan met positief nieuws voor de dag zal komen.

Ik zal u ook in contact brengen met de verantwoordelijken van de Luxturnagroep, zodat u een afspraak kunt maken.

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

**06** **Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken van de maatregelen m.b.t. de resolutie omtrent epilepsie" (55013747C)**

**06** **Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état d'avancement des mesures relatives à la résolution sur l'épilepsie" (55013747C)**

**06.01** **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Van Camp, mijn medewerkster zegt dat er pas over twee weken een antwoord ter beschikking is. Zal ik u het antwoord schriftelijk bezorgen? Dient u een schriftelijke vraag in? Stelt u uw vraag uit? Ik sta open voor alle opties.

**06.02** **Yoleen Van Camp (N-VA):** Als het antwoord beschikbaar is, mag u mij het gerust bezorgen.

**06.03** **Minister Frank Vandenbroucke:** Over twee weken, dat is goed.

**07** **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oprichting van de werkgroep ASO" (55013811C)**

- **Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsen-specialisten in opleiding" (55013914C)**

- **Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het statuut van artsen in opleiding" (55014094C)**

**07** **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneepe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en place du groupe de travail des médecins spécialistes en formation (MSF)" (55013811C)**

- **Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médecins spécialistes en formation" (55013914C)**

- **Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le statut des médecins en formation" (55014094C)**

**07.01** **Dominiek Sneepe (VB):** Mijnheer de minister, in de bijzondere commissie betreffende COVID-19 kwamen de vertegenwoordigers van de artsen-specialisten in opleiding (ASO) aan het woord. Het was een boeiende en zeer interessante hoorzitting. Daar werd het voorstel geponeerd een werkgroep samen te stellen om de hete hangijzers in verband met het sui-generisstatuut, de pensioenen en de tijdelijke werkloosheid en andere problemen van de ASO's aan te pakken. Dergelijke hete hangijzers zijn al langer dan vandaag bekend. Zij vormen ook reeds langer dan vandaag een probleem. Door de covidcrisis laten de problemen zich nog scherper voelen.

De ASO's hebben zich in het heetst van de strijd volledig ingezet, maar zij worden vaak vergeten wanneer het om regelgeving of hervorming gaat.

Bent u bereid op de vraag tot de samenstelling van een werkgroep in te gaan?

Zult u het voortouw nemen om, eventueel samen met andere collega's, de problemen met onder andere de pensioenen aan te pakken, uiteraard in samenspraak met de vertegenwoordigers van de ASO's?

Wanneer plant u een bijeenkomst?

*Voorzitter: Thierry Warmoes.*

*Président: Thierry Warmoes.*

**07.02** **Maggie De Block (Open Vld):** Mijnheer de minister, er is al veel werk gedaan om inzicht te krijgen hoe ASO's stap voor stap een beter statuut kunnen krijgen. Zo werd hun gevraagd welke rechten zij eerst wensen op te bouwen. De covidpandemie heeft daar natuurlijk ook een bijzondere rol in gespeeld. Uit een bevraging van de Vlaamse vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding (VASO) blijkt dat bijna 2 op de 10 artsen-specialisten in opleiding eraan denken hun opleiding stop te zetten. Niet alleen waren de arbeidsomstandigheden zeer zwaar, maar ook het sociaal statuut en het opleidingsklimaat spelen een rol. Zo is de tijd die hun stagemeesters in hen kunnen investeren, een bekend probleem. Voorts is de

dubbele rol van opleiders en werkgevers niet evident. Die zorgt er immers voor dat het moeilijk is om bepaalde problemen aan te kaarten.

Tijdens de vorige legislatuur werden al enkele stappen gezet, maar er is nog werk te doen. Momenteel is er geen minimaal basisloon bepaald en ligt niet vast hoeveel wachtdiensten de ziekenhuizen moeten uitbetalen. De arbeidsvoorwaarden zijn ook zeer verschillend naar gelang van de stagemeeester.

De VASO vraagt enerzijds om de opleiding te herzien, zodat de rollen van de werkgever en de stagemeeester uit elkaar worden getrokken en anderzijds om de arbeidsvoorwaarden wettelijk vast te leggen.

Mijnheer de minister, welke stappenplan hebt u voor ogen? Is er een concreet tijdpad? Uiteraard kan dat alles niet ineens worden geregeld en zult u ook met uw collega's bevoegd voor Werk en Pensioenen moeten overleggen. Kunt u al een tipje van de sluier oplichten?

**07.03 Nathalie Muylle (CD&V):** Mijnheer de minister, de collega's hebben de problematiek reeds heel goed geschetst. De problematiek is niet nieuw en is voor een stukje nog versterkt door de coronacrisis.

Het gaat heel specifiek over een sui-generisstatuut en de "dubbele pet". Het werkveld is heel sterk veranderd, terwijl de wetgeving werd opgesteld toen er voldoende jobs ter beschikking waren en artsen tijdens een voldoende lange loopbaan een eigen pensioen konden opbouwen. Heel wat jonge artsen-specialisten in opleiding maken zich vandaag zorgen. Wij moeten daar echt iets aan doen. Dat wordt overigens nog versterkt door de netwerkvorming en door de concentratie van de zorg, een trend waar wij wel allemaal achterstaan. Zo werd ik recent in het ziekenhuis waar ik actief ben, geconfronteerd met enkele dossiers van jonge mensen die als stagiair terecht zijn gekomen op een kleinere afdeling voor heel specifieke pathologieën. Daar rezen enkele problemen door een gebrek aan objectivering. Vaak is het landschap echter zo klein dat het voor heel wat jonge mensen een claim op de toekomst legt.

Het hoeft echter niet altijd zo te zijn. Zo werden op grond van subquota de voorbije jaren heel wat kandidaten tot de opleiding toegelaten. Door de technologische vooruitgang zijn daar evenwel minder mensen nodig, terwijl er wel nood is aan omvorming en omscholing. In bepaalde specialisaties komt men niet eens aan de bak en men kan niet terugvallen op de werkloosheid. Wij moeten daar echt iets aan doen.

Wij moeten ook iets doen aan de problematiek van de "dubbele pet". Ik was als minister van Werk bezorgd daarover, net als collega De Block. Ik heb toen controles laten uitvoeren door de arbeidsinspectie. Een en ander is niet altijd evident met betrekking tot de werkomstandigheden. Gemiddeld bedraagt de arbeidstijd 48 uur, waarbij er een vork is van 36 tot 60 uur. De arbeidstijd moet wel correct geregistreerd worden. Maar een veelgehoorde klacht is dat er wel geregistreerd wordt, maar dat een arts-specialist in opleiding toch voort moet werken. Dat is de problematiek van de "dubbele pet", die reeds heel lang in het Parlement leeft en die we moeten aanpakken.

Wat zijn uw plannen daaromtrent?

Bent u bereid om samen te werken met het Parlement en ervoor te zorgen dat wij snel stappen vooruit kunnen zetten?

Men moet ook wel beseffen dat een regeling gevolgen kan hebben voor onder andere sociale bijdragen. Een uitbreiding van het statuut zal dus gevolgen hebben. Het is echter echt wel tijd om er iets aan te doen.

**07.04 Minister Frank Vandenbroucke:** (...) Bij de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen is er een werkgroep die overleg pleegt over de vergoedingen, met bijzondere aandacht voor de vergoedingen voor wachtdiensten en daarnaast een model voor generieke opleidingsovereenkomst. De Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen heeft de bevoegdheid om collectieve overeenkomsten te sluiten, vergelijkbaar met de bekendere collectieve arbeidsovereenkomsten. Er werd bijkomende informatie omtrent de lonen van de artsen-specialisten in opleiding opgevraagd bij de overheidsinstanties om de discussies te faciliteren en te objectiveren. De artsen-specialisten in opleiding zetelen in die werkgroep. Ik zal het dossier ook van nabij volgen en het sluiten van een collectieve overeenkomst proberen te faciliteren. Momenteel volgt ook een ambtenaar van de FOD WASO de werkzaamheden van de werkgroep van de commissie. Bovendien wordt er binnenkort overleg georganiseerd met het kabinet van minister van Economie en Werk, de heer Dermagne, over de arbeidsvoorwaarden van de ASO's.

Voor de verbetering van de bescherming op niveau van de sociale zekerheid verwijs ik u naar het nationaal akkoord van 2021 van de Medicomut dat goedgekeurd werd door de Ministerraad. In dat akkoord werd een bedrag van 10 miljoen euro gereserveerd voor de verbetering van de sociale bescherming van artsen in opleiding, zonder dat er sprake kan zijn van een vermindering van het nettoloon. Dat dossier volg ik ook van nabij. Daarnaast is er in mijn administratie een aanzienlijk voorbereidend werk lopend omtrent de conceptualisatie van een kwaliteitssysteem voor de opleiding van artsen-specialisten. Het is de bedoeling om een veilig opleidingsklimaat voor de artsen-specialisten in opleiding op te nemen in dat systeem.

In navolging van de analyses van mijn administratie zullen in de toekomst concrete stappen ondernomen worden. Mijn administratie startte al met het oprichten van een webpagina die alle informatie omtrent de wetgeving over de artsen-specialisten in opleiding zal verzamelen. De website zal neutrale informatie bevatten, zodat de artsen-specialisten in opleiding wegwijs worden gemaakt in de complexe bevoegdheidsverdeling en zodat ze weten bij wie ze terecht kunnen.

De financiering van de huisartsen in opleiding gebeurt inderdaad sinds vele jaren via een aparte vzw. Om de verschillen tussen specialismen – tussen huisartsen en andere specialismen - en tussen de universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen weg te werken, werd door mijn voorganger reeds een hervorming van het financieringssysteem voor artsen-specialisten in opleiding gestart. In een eerste fase werd er voorzien in een vergoeding voor niet-universitaire stagemeesters, arts-specialist sinds 2016. In de tweede fase werden naast de niet-universitaire stagemeesters, ook universitaire stagemeesters sinds 2019 gefinancierd voor de pedagogische component van de stage.

Mijn kabinet en administratie zullen de initiatieven nauwgezet blijven ondersteunen en opvolgen, zodat concrete stappen vooruit kunnen worden gezet voor de verbetering van de situatie.

**07.05 Dominiek Snelpe (VB):** Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord, maar ik weet niet of de ASO's daarmee gelukkig zijn. U zegt dat er een werkgroep mee bezig is, een soort van paritair comité. U zegt dat de ASO's daarin vertegenwoordigd zijn. U houdt het in de gaten. Dat is allemaal mooi, maar volgens mij gaat het te traag. Het zou aangenamer geweest zijn als u had gezegd dat u het dossier met beide handen zou hebben vastgegrepen om dat in een stroomversnelling te brengen.

Het is immers geen probleem van gisteren of vandaag. Het sleept al jaren aan. Ik begrijp niet goed waarom men het probleem niet oplost.

Ik hoop dat de artsen-assistenten op een snellere afhandeling kunnen rekenen. Uit het antwoord dat u afgeramd hebt, blijkt dat niet meteen. We zullen bekijken of we zelf een initiatief kunnen nemen.

**07.06 Maggie De Block (Open Vld):** Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. U hebt gezegd dat er al heel wat eerste en belangrijke stappen zijn gezet. Het is goed dat er opnieuw een werkgroep is opgestart. Elke beslissing die moet worden genomen, moet immers duurzaam en gefinancierd zijn, maar moet op termijn ook bijdragen tot een volwaardig statuut voor de artsen-specialisten in opleiding.

Ik denk dat dat zeker jonge mensen zal motiveren om voor het beroep te kiezen. Ik denk dat de kwaliteit van het werk, de duurtijd, de omstandigheden waarin zij werken, op een meer uniforme manier zouden moeten worden geregeld. Dat zou al een deel van de problemen kunnen oplossen.

Ik weet dat het geen gemakkelijke opdracht is, maar *every step we take is every time good news*.

**07.07 Nathalie Muylle (CD&V):** Mijnheer de minister, ik sluit mij aan bij de woorden van collega De Block. Er is inderdaad al heel wat gebeurd en ik ben ervan overtuigd dat er met wat vandaag voorligt in de Medicomut, nog wel wat hefboomen zijn om dingen versneld in beweging te zetten. Ik kan collega Snelpe wel volgen: jonge mensen hebben daar weinig boodschap aan. Zij zoeken vandaag naar een nieuw ziekenhuis, vallen tussen verschillende opdrachten en komen er zeer bekaaid vanaf wat hun statuut betreft. Maar goed, er liggen dus wel wat hefboomen op tafel.

Ik ben zelf nogal gecharmeerd door het financieringssysteem van de huisartsen. Ik ben ook de goede initiatieven inzake de WW7 zeer genegen, maar wij moeten toch wat verder gaan en bekijken hoe wij dat meer kunnen objectiveren. Misschien is de 10 miljoen euro een start om wat vandaag in de Medicomut voorligt, vast te pakken.

Ik vraag u om dat van zeer nabij te volgen en wij zullen u er zeker aan herinneren in de komende periode om initiatieven ter zake te nemen en vooruitgang te boeken, want het heeft al te lang geduurd. Het is een schitterend beroep. De zaak wordt vandaag veel te vaak vertaald naar de herijking van de nomenclatuur en hoge lonen van artsen, maar er zijn ook heel veel jonge mensen die het vandaag op een totaal andere manier willen doen. Wij mogen hen niet in de kou laten staan en wij moeten hun een duurzame toekomst geven, ook op het vlak van de financiering.

**07.08** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Muylle, ik ken het dossier ook al zeer lang, van in de jaren 80, ook op zeer persoonlijk niveau. Het ligt mij dus zeer nauw aan het hart, maar het vraagt inderdaad wat tijd, omdat men door overlegmolens maalt. Dat wil echter niet zeggen dat wij het niet tot een goed einde moeten brengen. In het kader van de COVID-19-crisis hebben we ook voor die groep bijzondere financiering en acties hebben ondernomen, wat ook terecht was. Wij zijn inderdaad absoluut niet waar wij moeten zijn, dus als u graag hoort dat ik het met mijn twee handen vastpak, dan pak ik het met mijn twee handen vast. Het is een zeer belangrijke kwestie.

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

**08** **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Colruytgroep als afhaalpunt voor geneesmiddelen" (55013839C)
- **Caroline Taquin** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verkoop van parafarmaceutische producten en de 'pakjes' in de supermarkten" (55014371C)

**08** **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation du réseau Colruyt pour le retrait de médicaments" (55013839C)
- **Caroline Taquin** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vente de produits parapharmaceutiques et les 'colis' dans le secteur de la grande distribution" (55014371C)

**08.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de beslissing van de Colruyt Group om als afhaalpunt voor online apotheken te gaan werken. Ik stel mij daarbij vragen over de veiligheid van het medicatiebeleid.

Ik heb al vaker een vraag gesteld over onlineapotheken en het afhalen van medicatie van onlineapotheken.

Academici hebben er ook al voor gewaarschuwd: wanneer men op zo'n onlineplatform gaat, kan men pijnstillers of neussprays bestellen zoveel men wil. Zij zijn heel laagdrempelig. Er wordt daar geen gedeeld farmaceutisch dossier opgeslagen, en nu gaat men nog een stapje verder. Mensen kunnen zich namelijk naar een grootwarenhuis begeven om daar een hoeveelheid medicatie op te halen.

Mijnheer de minister, bent u het hiermee eens? Bent u bereid bepaalde ontradende stappen te ondernemen zodat men niet meerdere dosissen neusspray of pijnstillers of meerdere pakketten kan ophalen zodat op die manier toch een bescherming van de gezondheidszorg wordt gecreëerd?

**08.02** **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le ministre, la question de l'accessibilité de médicaments et de produits parapharmaceutiques est essentielle pour la sécurité sanitaire. C'est aussi un choix de conception de l'encadrement de la délivrance de ces produits et médicaments et, partant, de l'automédication.

Si une médication personnelle accompagnée par son pharmacien référent, sans le passage automatique chez le médecin généraliste, est certainement une bonne chose pour de nombreuses situations, il est toutefois fondamental de savoir où sont placés les médicaments et les produits tels qu'anti-inflammatoires et antidouleurs, car ce ne sont pas des produits anodins. Dès lors, les voir apparaître dans le secteur de la grande distribution, par colis, pose question.

On sait que les médecins comptent sur les pharmaciens d'officine pour protéger certains patients de l'addiction et d'autres excès de consommation de certains produits nocifs pour la santé et pouvant être à l'origine de nouvelles pathologies. Un accès élargi et démultiplié à ces produits, sans aucun conseil - comme c'est le cas aujourd'hui dans des rayons de la grande distribution -, peut sans aucun doute créer des dérives.

Par ailleurs, nous savons à quel point le niveau de littératie en santé de la population est faible. Les dernières études à ce sujet montrent à quel point il est urgent d'améliorer cette compétence pour chacun et d'adapter la communication face à l'utilisation des médicaments et produits parapharmaceutiques.

Monsieur le ministre, une étude récente sur la consommation de ces produits parapharmaceutiques a-t-elle été réalisée récemment? Quelle en est la tendance?

Quel processus est-il actuellement en vigueur pour garantir l'enregistrement de cette consommation individuelle achetée en ligne et en grande surface, auprès des pharmaciens, du pharmacien référent de la personne qui s'en procure par cette voie et du médecin traitant?

Considérant le rôle essentiel de prévention et de conseil de première ligne - et donc de proximité - joué par les pharmaciens d'officine, jugez-vous nécessaire d'adapter la législation qui encadre les conditions de délivrance et de vente de ces produits parapharmaceutiques?

Quelles mesures avez-vous prévues pour l'année 2021 en matière de littératie en santé?

**08.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Het is juist dat de Colruyt Group een afhaalpunt – en ook niet meer dan dat – zal zijn van de apotheek die onder de naam Newpharma genotificeerd is bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten om geneesmiddelen op afstand te verkopen. De verkoop op afstand van geneesmiddelen vanuit een apotheek wordt gereguleerd door artikel 29 van het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers. Daarin is bepaald dat de levering van het bestelde geneesmiddel of medisch hulpmiddel moet plaatsvinden vanuit de apotheek.

De levering gebeurt hetzij in de apotheek, hetzij door een door de apothekers-titularissen aanbevolen koerierdienst. In het laatste geval moet het geneesmiddel verzonden worden in een verzegelde verpakking die de naam en het adres van de patiënt of de verantwoordelijke van het dier draagt. De apotheker-titularis heeft de verplichting om na te gaan of de door hem of haar geselecteerde koerierdienst – in dit geval Colruyt – geschikt is om geneesmiddelen af te leveren. Dat geldt ook voor apothekers met een apotheekwebsite die bpost, Kiala of andere koerierdiensten gebruiken.

En ce qui concerne la question de Mme Taquin, il est important de faire la distinction entre des médicaments et d'autres produits, tels que des produits parapharmaceutiques. Dès qu'un produit répond à la définition légale du médicament, celui-ci doit obligatoirement être vendu en pharmacie. Madame Taquin, vous citez des exemples de médicaments antidouleur ou anti-inflammatoires.

Les produits parapharmaceutiques ne sont pas des médicaments mais peuvent avoir des effets favorables à la santé ou au bien-être. Ces produits peuvent être vendus en pharmacie sous certaines conditions, en application des règles déontologiques applicables aux pharmaciens d'officine.

D'autres produits, comme des cosmétiques ou des compléments alimentaires, peuvent être vendus en dehors des pharmacies. Certaines catégories de dispositifs médicaux peuvent aussi être librement achetées et vendues sur l'ensemble du territoire de l'Union européenne, conformément à la législation communautaire en vigueur, dès lors que ces dispositifs portent la marque CE.

**08.04** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik noteer evenwel geen bezorgdheid bij u over de problematiek. U valt in uw antwoord terug op de Europese wetgeving. Dat klopt. Dat is nu eenmaal het geval.

Niettemin stellen wij vast dat elk jaar meer incidenten worden genoteerd rond het overmatig gebruik van pijnstillers. Ter zake is het gebruik gekend van de niet-voorschriftplichtige pijnstillers die kunnen worden verkregen in dergelijke onlineapotheken. Ook de academische wereld wijst heel duidelijk op de gevaren.

Zich verschuilen achter de Europese wetgeving, lijkt mij derhalve enigszins eenvoudig. Dat is niet een beleid van volksgezondheid voeren. Indien wij onze patiënten effectief willen beschermen, moeten wij ervoor zorgen dat de begeleiding die de patiënten krijgen, ook echt een begeleiding naar farmaceutische zorg is.

U geeft weer dat de apotheker in het onlineplatform vertrouwen moet hebben in de distributeur. Dat klopt uiteraard. In een fysieke apotheek kan de apotheker worden bijgestaan door drie farmaceutisch-technische assistenten. Er is bij de apotheker ook een farmaceutisch dossier en er is opvolging. De mogelijkheden die

aldus worden gecreëerd, zijn niet gegarandeerd bij de onlineapotheken en evenmin bij het afhalen in om het even welk afhaalpunt.

U kunt het hebben over voedingssupplementen, die ook gevaarlijk kunnen zijn, en over cosmetica. Echter, voor de pijnstillers en de neussprays is er echt wel werk aan de winkel.

Indien wij onze patiënten goed willen begeleiden en beschermen, moeten wij ontradende mogelijkheden ontwikkelen, zodat onze patiënten zichzelf niet vergiften, wat vandaag soms wel gebeurt.

**08.05 Caroline Taquin (MR):** Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous remercie pour les éléments que vous nous apportez; mais je reste convaincue que le travail nécessaire reste à accomplir et ce, sans attendre. Il est vraiment indispensable, dans votre tâche et celle de votre département, de se focaliser sur cette question de l'accessibilité de ces produits non soumis à l'avis du médecin. Il ne faudrait pas que la course au profit prenne le pas sur la qualité des traitements et sur la qualité de l'encadrement de la délivrance de tels produits.

Je connais la différence entre un médicament et des produits parapharmaceutiques, mais il serait sans doute urgent et nécessaire d'analyser ce qui est distribué, notamment en parapharmacie, sans l'avis d'un pharmacien. Nous savons que les pharmacies d'officine disparaissent. Il y en a encore une trentaine qui ont fermé leurs portes récemment.

Les pharmaciens restent quand même des professionnels, qui sont formés, qui sont soumis à des impératifs pour maintenir leur officine, et qui restent des personnes de contact, de confiance et de proximité pour les citoyens, pour les patients et pour les médecins généralistes qui se reposent également sur eux en toute confiance.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**09 Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het mentaal welzijn van studenten" (55013841C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geestelijke gezondheidszorg in het kader van COVID-19" (55014152C)

**09 Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le bien-être psychique des étudiants" (55013841C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins de santé mentale dans le cadre de la covid-19" (55014152C)

**09.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vragen gaan over het mentaal welzijn van studenten. Daar is vorige week positieve communicatie rond gebeurd, maar ik blijf mij wel zorgen maken over het mentaal welzijn van de studenten. We hebben het allemaal in eigen kring kunnen ondervinden: het was een moeilijke periode. Studenten hebben amper of geen toegang gehad tot de auditoria. Dan was er de blokperiode en zaten ze weer achter hun scherm en waren er geen contacten. We horen van de universiteiten en hogescholen dat er heel veel noden zijn. Vandaar mijn vraag: welke concrete stappen kunt u op korte termijn zetten?

Eén van de suggesties die ik u in mijn tweede vraag doe, is om snel meer psychologen ter beschikking te stellen van de psychotherapeutische centra van de universiteiten en hogescholen. Die vraag werd doorgenomen met de vereniging van psychologen en met de psychiaters. Dit is dus gefundeerd en tevens één van de suggesties van de Staten-Generaal over Geestelijke Gezondheidszorg. We moeten hier echt serieus werk van maken op korte termijn. De budgetten zijn er trouwens: we hebben vorig jaar 200 miljoen euro goedgekeurd in het Parlement en dat budget is nog niet opgesoupeerd. In dat budget is voorzien en de noden zijn er. Ik weet dat u overleg pleegt met de psychologen om duurzaam stappen te zetten, maar de noden zijn vandaag gigantisch hoog en we kunnen al wat doen. Bent u daartoe bereid?

**09.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, men moet ziende blind zijn om het niet eens te zijn met uw vaststelling dat er heel wat druk ontstaat sinds de lessen op middelbare scholen half fysiek en half online worden gegeven en dat de hogescholen en universiteiten op grote schaal

afstandsonderwijs hebben georganiseerd voor studenten en scholieren, samen met de andere covidmaatregelen. Ik denk dat deze situatie ook voor gevolg heeft dat de problemen van jonge mensen, die vroeger in een schoolse context werden opgevangen door de hogeschool, universiteit of het CLB, nu onder de radar blijven en erger worden. We zien daarvan inderdaad de gevolgen.

Ik ben het helemaal met u eens. Dit is niet het voorwerp van uw vraag, maar als u mij zou vragen wat de topprioriteit is als we nadenken over het pandemiebeleid, dan is dat zoeken naar oplossingen om de situatie van jongeren te verbeteren, met name door opnieuw meer mogelijkheden te creëren voor traditioneel contactonderwijs in het middelbaar en hoger onderwijs. Dat kan echter enkel als de evolutie van de epidemie en de vaccinaties dat toelaten. Wij kunnen ons daarover vandaag niet uitspreken. Dat is de grote onzekerheid waarmee we worden geconfronteerd. Dat vind ik een topprioriteit.

Ondertussen zitten we inderdaad met de vaststellingen die u beschrijft. U hebt gelijk. Wij hebben reeds een belangrijke inspanning geprogrammeerd door van de 200 miljoen euro extra die in het regeerakkoord is opgenomen 112 miljoen euro te bestemmen voor de uitbouw, op een goed georganiseerde en duurzame wijze, van een eerstelijns psychologische ondersteuning.

Ik heb daarover overleg gepleegd met de gemeenschapsministers. Dat is goed verlopen en we hebben op 2 december een protocolakkoord gesloten. We zijn het eens over de visie. Dat is belangrijk. Daarna pleeg ik op het federale niveau overleg in een transversale overeenkomstencommissie die we hebben gecreëerd speciaal om de geestelijke gezondheidszorg te versterken. U hebt het heel vriendelijk en constructief omschreven, maar het is ook zo. We proberen daar op een duurzame wijze een goed concept uit te werken, daarover overeenstemming te bereiken en dat uit te rollen. Dat vraagt inderdaad de nodige tijd.

Wat u bekommert, bekommert mij eerlijk gezegd ook, namelijk dat dit overleg veel tijd vergt.

Ik heb al een kleine concrete maatregel genomen waarvan ik het effect niet wil overdrijven. Vanaf 15 februari is er namelijk een budget beschikbaar van 4.731.000 euro ter versterking van de mobiele crisisteams die jongeren met mentale problemen ondersteunen. Op het eerste zicht is dat niet veel geld, maar het laat toe om de personeelsinvestering met 50 % te verhogen en de werkingsmiddelen met 75 %. Dat zal al een hulp zijn. Ik heb overigens vorige week in Roeselare WINGG bezocht, waar men dit organiseert voor West-Vlaanderen. Ik heb daar vastgesteld dat de nood hoog is. Met deze kleine injectie doen we al iets op het vlak van de mobiele crisisteams.

U doet een interessante suggestie. Dit is geen beleefdheidsformule, ik zal uw suggestie meenemen, want ik meen dat er hoge nood is en dat actie vereist is. Ik duw natuurlijk verder aan het overleg in de transversale overeenkomstencommissie, maar als men dat goed wil doen, dan vergt dat helaas wel tijd. Ik neem echter uw suggestie mee.

**09.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, dat is alvast positief maar ik wil u de woorden van een studente geneeskunde meegeven die mij gechoqueerd hebben. Zij zei: "Wij zijn in de covidcrisis de vergeten generatie". U had het over de scholieren, maar die hadden nog fysiek contact met hun klasgenoten. De studenten aan de universiteiten en de hogescholen hadden dat absoluut niet. Briljante studenten crashen op dit moment. Het kan effectief om een onderliggende aandoening gaan, maar het kan ook aan pure eenzaamheid te wijten zijn. Niet iedereen heeft immers een ideale thuissituatie, met veel contact. Ik zou het dan ook zeer appreciëren als u mijn suggestie ernstig zou nemen.

Door de steunpunten werd mij signaleerd dat er 3 tot 4 keer meer aanvragen per maand zijn dan per jaar in normale omstandigheden. Men heeft u dat ongetwijfeld ook laten weten. Het probleem is dus urgent. Ik kan alleen toejuichen dat u aan een duurzame oplossing werkt, want die is nodig maar vandaag zijn er ook noden.

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

**10 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les factures d'hospitalisation liées au covid-19 et le remboursement des frais médicaux" (55013860C)**  
**10 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuisfacturen van coronapatiënten en de terugbetaling van de kosten voor medische zorg" (55013860C)**

**10.01** **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, il s'agit de la question qui n'avait obtenu aucune réponse lors du débat d'actualité. J'espère qu'aujourd'hui, vous en avez prévu une.

**10.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Sur les factures?

**10.03** **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Oui, c'est cela! Je vais, néanmoins, la reposer.

C'est l'histoire de Michel, un de mes patients dont l'histoire est parue dans le journal local.

Il s'est fait hospitaliser fin mars pour de graves symptômes liés au covid: vingt-cinq jours d'intubation, six semaines de soins intensifs et ensuite revalidation.

À son retour chez lui, les premières factures l'attendaient déjà. Une première de 700 euros, ensuite une autre de 1000 euros, pour un total final de plus de 2000 euros de factures qui lui reviennent, car Michel n'a pas d'assurance hospitalisation. Il vit d'une petite pension (+/- 1 400 euros) et paie ce qu'il peut: un jour cent euros, un autre deux cents euros.

Fin septembre, il reçoit déjà une lettre d'un bureau de recouvrement annonçant des frais supplémentaires. Sur ce, Michel contracte un prêt à sa banque pour s'acquitter de sa dette.

Je dénonce d'abord le fait que Michel soit entré à l'hôpital avec le covid et en sort, plus pauvre. C'est déjà inacceptable. Ensuite, l'hôpital envoie un bureau de recouvrement avec des frais de rappel etc., alors que le patient n'a pas encore retouché de la mutuelle le montant qui doit lui être remboursé du maximum à facturer.

Pensez-vous qu'il est normal qu'un hôpital envoie des lettres de rappel avec des frais supplémentaires par un bureau de recouvrement dans un délai aussi court, et ce, dans le cadre du covid, situation exceptionnelle? Finalement, dans le cas de Michel, le montant du maximum à facturer qu'il doit payer est de 583 euros. Même ce montant est pour lui énorme.

Il a peur à présent d'aller à l'hôpital car s'il a eu un remboursement, il a malgré tout dû contracter un prêt. Il ne veut donc plus aller se faire soigner à l'hôpital, à cause des suppléments. Il y a aussi un problème lié au plafond du maximum à facturer tout comme dans le remboursement du maximum facturer.

Dans le cas d'hospitalisations liées au covid, situation exceptionnelle, ne devrions-nous pas faire en sorte qu'elles soient mieux, si pas complètement, remboursées par la mutuelle comme nous l'avions proposé au mois d'avril?

**10.04** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, madame, il existe au sein des hôpitaux un service de médiation auquel les patients peuvent s'adresser en cas de difficultés à payer leur facture. Vous le savez sans doute, mais je dois le répéter.

En ce qui concerne le maximum à facturer, afin d'assurer son caractère automatique, son application effective nécessite une série d'échanges entre les mutualités et les différentes administrations, afin de déterminer le plafond applicable à un ménage et de déterminer si ce plafond est atteint. Ces procédures prennent, en effet, un certain temps que, dans le cadre d'une évaluation régulière, les différents acteurs tentent de réduire au maximum.

Depuis fin 2007, dès qu'il est établi qu'un bénéficiaire du MAF a été hospitalisé, sa mutualité en informe l'hôpital afin que celui-ci facture à la mutualité l'intégralité de l'intervention de l'assurance, pour autant qu'il ait été au courant de cette information au plus tard le dixième jour du mois qui suit la fin de la période de facturation.

En outre, l'INAMI et les organismes assureurs examinent depuis quelque temps la possibilité pour l'hôpital d'appliquer également le MAF dès que le plafond est atteint par les soins mêmes donnés durant l'hospitalisation, sans attendre la facturation. Cette approche, évoquée notamment par l'Observatoire des maladies chroniques auprès de l'INAMI, n'est toutefois techniquement pas réalisable à court terme, mais est encore à l'étude.

Enfin, je peux vous informer que la loi du 26 juin 2020 protège les victimes de la pandémie contre la

facturation de suppléments d'honoraires et contre la facturation de coûts supplémentaires et ce, depuis le 11 mars 2020. Cette loi a été publiée le 18 janvier 2021 au *Moniteur belge*. La loi stipule l'interdiction de suppléments d'honoraires lorsque l'admission concerne un patient infecté ou suspecté d'être infecté par le virus sars-covid-2. En plus, elle stipule qu'aucun coût supplémentaire sous la forme de prestations non remboursables ne peut être facturé aux patients d'une épidémie ou d'une pandémie ou aux victimes d'une catastrophe ou d'une calamité, pour lesquelles les frais afférents à des services sont couverts par le budget des moyens financiers, visé à l'article 101.

De manière générale, différentes mesures ont été prises pour protéger les assurés des surcoûts liés au covid, comme l'interdiction des suppléments pour le *testing*, pour le matériel de protection que les dispensateurs de soins doivent utiliser, pour les prestations à distance, les prestations octroyées dans des structures de soins intermédiaires, la surveillance infirmière des patients, etc.

J'espère que ces éléments de réponse à votre question concernant ce cas précis vous seront utiles.

**10.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Monsieur le ministre, je vous remercie. Tout d'abord, en ce qui concerne le fait que les hôpitaux, dans le cas précis du covid mais aussi dans d'autres cas, envoient des huissiers et font appel à des bureaux de recouvrement, j'aurais souhaité avoir votre point de vue. Pensez-vous qu'il soit normal de ne pas pouvoir payer une facture d'hôpital, de se retrouver avec des factures augmentées et des intérêts de retard? Je pense que ce n'est pas normal. J'aurais attendu de votre part un point de vue plus précis.

Deuxièmement, vous avez effectivement parlé d'appliquer les maxima. Ce n'est pas normal. Vous avez dit qu'il y avait des raisons techniques pour lesquelles on n'appliquait pas le maximum à facturer tout de suite mais est-il normal, lorsque vous êtes détenteur de la carte DKKV ou la carte Ethias, que vous donnez la carte à votre arrivée à l'hôpital et ne voyez jamais la facture? Vous payez bien sûr le prix de votre assurance mais quand vous n'avez pas d'assurance hospitalisation, vous recevez l'intégralité de la facture chez vous et dans ce cas précis avec des intérêts de retard.

La facture était très élevée, même sans aucun supplément. Il n'y avait pas de supplément. C'est interdit pour le covid. Il s'agit d'une hospitalisation très longue et la facture était donc très élevée. Je le rappelle, le montant s'élève à 583 euros dans le cas précis du patient qui a une pension de 1 400 euros par mois avec laquelle il peine à payer ses factures. C'est tout simplement une somme énorme. Aujourd'hui encore, il nécessite beaucoup de soins médicaux qu'il postpose à cause du ticket modérateur et du plafond du ticket modérateur qui est trop haut. Je pense que ce plafond doit être revu à la baisse. De manière globale, la facture d'hospitalisation doit être mieux remboursée. Cela doit être possible de tomber malade, d'aller à l'hôpital et de ne pas en ressortir pauvre. Malheureusement, ce n'est pas le cas aujourd'hui.

**10.06 Minister Frank Vandenbroucke:** Mijn antwoord was misschien een beetje technisch, maar ik ben het volstrekt met u eens. Om te beginnen vind ik dat een ziekenhuis moet nadenken over wat het doet. Alleen kan ik op een concreet geval op afstand natuurlijk geen commentaar geven.

Het is inderdaad revolterend dat mensen met privé aanvullende verzekeringen die ellende bespaard blijft en andere mensen niet. In de kern van het regeerakkoord is opgenomen dat wij daarin vooruitgang willen boeken, onder meer door na te denken over de MAF, de plafonds van de MAF, de techniek van de MAF en andere maatregelen om de facturen betaalbaar te maken. Ik ga dus helemaal akkoord, maar u zult begrijpen dat ik niet zomaar een precies dossier naar boven kan halen en daarop een antwoord kan geven. Verder ga ik volstrekt akkoord met alles wat u zegt over het maatschappelijke leed en de maatschappelijke onrechtvaardigheid die hier blijkt.

**10.07 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Ik denk niet dat het hier om een precies geval gaat. Michel is een covidgehospitaliseerde persoon, maar het is geen precies geval. Zo zijn er heel veel. U mag eens een dag met mij op consultatie komen. Het aantal patiënten dat mij zegt dat zij niet gehospitaliseerd willen worden omdat zij geen hospitalisatieverzekering hebben en die hospitalisatie niet kunnen betalen, is belangrijk. Ik reken er echt op dat daarvan werk gemaakt wordt. Ik zal er ook op terugkomen.

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

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

**"De ordes van gezondheidszorgberoepen" (55014052C)**

**11 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les ordres des professions dans le secteur des soins de santé" (55014052C)**

**11.01 Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het tuchtrecht en de ordes, inzonderheid het gebrek aan transparantie en openbaarheid van de vergaderingen en de uitspraken, zijn al langer het onderwerp van debat en worden al jaren aan de kaak gesteld. Dat de aanklager bovendien niet wordt ingelicht over een uitspraak en zelfs niet wordt gehoord, is niet meer van deze tijd.

Sommige gezondheidszorgberoepen, zoals tandartsen en kinesitherapeuten, hebben niet zo'n orde. Dat wordt al verschillende jaren aangekaart door de federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt", aangezien die jaarlijks veel klachten tegen tandartsen ontvangt. Er wordt dus een gebrek aan een tuchtorgaan ervaren.

Wat is uw mening over de werkwijze van de ordes van de gezondheidszorgberoepen? Vindt u dat er een gebrek aan transparantie en openbaarheid is? Wordt er hierover overlegd of is er overleg gepland met de gezondheidszorgberoepen? Worden ook de patiëntenorganisaties hierin gehoord of zijn daar plannen voor?

Denkt u dat op termijn de ordes moeten worden gemoderniseerd? Of dringt een andere manier van werken zich op? Kan er bijvoorbeeld gedacht worden aan een hoge raad voor deontologie, met daarnaast een gewone rechtbank die bevoegd is om zo nodig een beroepsverbod uit te spreken? Zo ja, welke stappen zult u daaromtrent ondernemen?

Denkt u dat er voor kinesitherapeuten en tandartsen ook tuchtorganen moeten opgericht worden? Wordt er daarover met die beroepsgroepen overlegd of denkt u daaraan?

**11.02 Minister Frank Vandenbroucke:** De manier van functioneren van de ordes van gezondheidsberoepen kan inderdaad sterk verbeterd worden op het vlak van transparantie, openbaarheid en de plaats van de klager in de procedures. De normen daarvoor zijn geëvolueerd en we moeten daar mee evolueren. Dat er maar voor een klein deel van de beroepsgroepen in de gezondheidszorg, namelijk de artsen en de apothekers, een deontologische instantie bestaat, is in zekere zin een tekortkoming van het gezondheidssysteem.

Volgens mij zijn er verschillende modellen mogelijk om alle gezondheidszorgberoepen van een ethische instantie te voorzien. Ik sta alleszins ter beschikking van de zorgberoepen- of patiëntenorganisaties die streven naar een betere werking inzake transparantie, openbaarheid en de plaats van de klager in de procedures, of die streven naar de oprichting van een deontologische instantie voor de zorgberoepen die er geen hebben.

**11.03 Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de de minister, de Orde der artsen denkt er al verschillende jaren over na om zichzelf te hervormen. Ik stel voor dat u zelf ook eens actief contact opneemt om te horen hoe ver het met die plannen staat en waar er eventueel nog problemen schuilen.

Zelf hebben wij twee wetsvoorstellen klaar om ordes voor tandartsen en kinesitherapeuten op te richten. Die ordes moeten dan uiteraard in een moderne, transparante vorm worden gegoten. Ik kijk er dus naar uit om daarover met de collega's van gedachten te wisselen.

Ik weet zelf niet of wij naar een orde moeten gaan of naar een andere tuchtinstantie. Er is echter wel echt nood aan een deontologisch orgaan, dat bepaalde regels uitzet. Bijvoorbeeld, de ombudsdienst roept al vijftien jaar op om iets uit te werken voor de beroepsgroep van de tandartsen.

Het wordt dan ook hoog tijd dat wij daarvan eindelijk werk maken en de bestaande ordes onder de loep nemen om ze te moderniseren.

Ik zou niet noodzakelijk wachten op stappen die de bestaande ordes zelf ondernemen. Ik zou actief op hen toe stappen om het over de problematiek te hebben.

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

**12 Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)**

over "Het stijgend gebruik van slaapmiddelen" (55014078C)

**12** Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation croissante de somnifères" (55014078C)

**12.01** **Gitta Vanpeborgh** (sp.a): Mijnheer de minister, op 10 februari 2021 meldt Febelco, een van de grootste toeleveranciers van geneesmiddelen aan apotheken, dat de verkoop van slaapmiddelen in 2020 sterk is gestegen. Het gaat zowel over slaapmiddelen met als zonder voorschrift.

Voor slaapmedicatie met voorschrift is er opnieuw een stijging van zowat 3,4 % voor 2020, hoewel het gebruik de voorbije jaren stabiliseerde en zelfs licht was gedaald. Voor de slaapmedicatie zonder voorschrift gaat het over een stijging met niet minder dan 10 à 11 % voor 2020. Voor december 2020 ging het zelfs over 41 % extra in vergelijking met december 2019.

België was al een koploper in het EU-peloton op het vlak van het gebruik van slaapmiddelen. Die positie wordt, wanneer wij de cijfers bekijken, enkel maar versterkt.

Allicht speelt de impact van de coronapandemie hier mee, maar wellicht spelen ook andere factoren.

Het regeerakkoord bepaalt duidelijk en terecht dat de overmatige consumptie van zowel de zorgonderzoeken als de geneesmiddelen zal worden afgeremd via het idee van accountability in de zorg.

Ik heb twee vragen voor u.

Ten eerste, welke acties zult u ondernemen om de verontrustende evolutie van toenemend slaapmiddelengebruik met en zonder voorschrift een halt toe te roepen?

Ten tweede, ik weet dat het niet uitsluitend uw bevoegdheid is, komt een en ander echter aan bod in het overleg met de deelstaten?

**12.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Om te beginnen moet ik helaas bevestigen dat wij bij de hoogst gequoteerden staan in Europa qua consumptie van slaapmiddelen. Volgens de International Narcotics Control Board was België in 2019 de tweede grootste verbruiker van benzodiazepines in Europa. Gemiddeld worden er 1,15 miljoen dosissen per dag afgeleverd, wat een hoog aantal is en overeenkomt met ongeveer tien procent van onze bevolking. Daarom denk ik dat wij moeten optreden.

Het is van belang om een onderscheid te maken tussen slaapmiddelen met en zonder voorschrift. Een slaapmiddel waarvoor een voorschrift van een arts is vereist, is een geneesmiddel van de familie van de benzodiazepines, terwijl dat bij de overige producten niet het geval is. Het gebruik van benzodiazepines, vaak gedurende jaren, is problematisch, want na enkele weken treden tolerantie en verslaving op. Dat is niet het geval met de slaapmiddelen die geen benzodiazepines zijn en geen voorschrift van de arts vereisen.

De sterke toename van de consumptie van de producten zonder voorschrift die tussen december 2019 en december 2020 is waargenomen, met name 41 % volgens Febelco, is inderdaad een zeer belangrijk en niet te negeren signaal. Het weerspiegelt problemen waarmee de bevolking kampt. Laten wij hopen dat het een tijdelijk fenomeen is en dat het vermindert wanneer het leven van de mensen terug normaliseert, waarmee ik natuurlijk ook een wens uitspreek.

In 2018 heeft de vorige regering met behulp van het expertenplatform BelPEP, Belgian Psychotropics Expert Platform, van de FOD Volksgezondheid een communicatiecampagne gelanceerd om de aandacht van de artsen, de apothekers en de patiënten op het probleem van het inadequaat gebruik van benzodiazepines te richten.

Ook voor de periode 2021-2023 werd een communicatieplan psychofarmaca uitgewerkt, met als doelgroep huisartsen, apothekers en psychologen. Tevens wordt er in dat plan ook veel aandacht besteed aan de ondersteuning van de professionals via een nauwe samenwerking met de vele betrokken partijen. De insteek van dat communicatieplan is de bevordering van de samenwerking en overleg met en in functie van de patiënt, met als doel de patiënt te begeleiden naar de meest optimale vorm van zorg, met rationeel en adequaat gebruik van psychofarmaca.

Uit de resultaten van de recente enquête die het FAGG in 2020 heeft uitgevoerd, blijkt immers dat 70 % van

de patiënten zeer gemotiveerd is om te stoppen met het gebruik van benzodiazepines. Ze verklaren echter ook zich machteloos te voelen en ondersteuning nodig te hebben.

Vandaag willen wij de patiënten opnieuw helpen en ondersteunen. Naast de communicatiecampagne menen wij dat de patiënten ook begeleiding nodig hebben en dat multidisciplinaire samenwerking tussen patiënt, arts en apotheker vereist is. We overwegen tevens om een ontwenningprogramma te starten dat gebaseerd is op de toediening van magistraal bereide benzodiazepines. De praktische modaliteiten van een dergelijk programma moeten in een multidisciplinaire werkgroep worden besproken.

U zult vragen waarom we dan overgaan op magistrale bereidingen. Deze bereidingen bieden het voordeel dat de behandeling op elke patiënt individueel kan worden afgestemd. De behandeling zou dus gepersonaliseerd kunnen worden, zowel aangaande het aantal fases van de geleidelijke dosisvermindering, als de dosis die in elke fase wordt toegediend, maar wat ook de duur van elke fase betreft. De behandelende arts is de persoon die de patiënt het beste kent en hij zal dan ook een centrale rol spelen tijdens de hele duur van het ontwenning- en begeleidingsprogramma van de patiënt.

Ontwenning via dosisvermindering is in verschillende kwaliteitsvolle klinische studies onderzocht. Afhankelijk van het verbruikspatroon van de patiënt heeft die therapeutische benadering een slaagkans van 40 % tot 70 %.

Kortom, wij willen de patiënten helpen en ondersteunen met een globale begeleidingsstrategie, zonder een onderscheid te maken tussen provincies, Gewesten en Gemeenschappen. Om dat programma op poten te zetten, heb ik het RIZIV gevraagd een multidisciplinaire werkgroep op te richten. Die moet denkpistes verkennen en voorstellen formuleren met het oog op de creatie van een begeleidingsprogramma voor elke patiënt die gemotiveerd is om te stoppen met slaapmiddelen waar hij niet vanaf geraakt.

Tevens draag het voortzetten van de terugbetaling van de eerstelijns fysiologische zorg bij aan het oplossen van deze problematiek. Patiënten waarbij het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen problematisch dreigt te worden, moeten een beroep kunnen doen op dat laagdrempelige zorgaanbod. De deelstaten worden hierbij betrokken via het expertenplatform BelPEP. Ook via de interkabinettengroep Cel Gezondheidsbeleid Drugs zal dit thema worden besproken met de deelstaten.

*Voorzitter: Hervé Rigot.*

*Président: Hervé Rigot.*

**12.03 Gitta Vanpeborgh** (sp.a): Mijnheer de minister, ik noteer dat er een communicatiecampagne komt en dat er een ontwenningprogramma op punt wordt gezet, met betrokkenheid van de deelstaten. Ik hoop van harte dat dit resultaat zal opleveren want dat is wel nodig als men het gebruik van slaapmiddelen met en zonder voorschrift vergelijkt met andere landen.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het cochleair implantaat" (55014139C)**

**13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'implant cochléaire" (55014139C)**

**13.01 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, een cochleair implantaat stimuleert via elektrische impulsen de gehoorzenuw in de cochlea.

Hoeveel behandelingen worden op jaarbasis terugbetaald? Wat is de evolutie daarin? Werd een evaluatie gemaakt over het gebruik daarvan? Werden door de patiëntenverenigingen en door de neus-keel-oorartsen geargumenteerde vragen gesteld over een hogere terugbetaling of een herziening van de criteria voor terugbetaling? Ten slotte, kunnen patiënten die uit de boot vallen, een beroep doen op het Bijzonder solidariteitsfonds om een dergelijk duur implantaat gefinancierd te krijgen?

**13.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, in 2019 werden 233 aanvragen voor de terugbetaling van een cochleair implantaat goedgekeurd door het College van artsen-directeurs van het RIZIV.

Deze aanvragen komen niet helemaal overeen met de geboekte gegevens omdat de medische verstrekkingen tot twee jaar na hun verrichting door de ziekenfondsen kunnen worden geboekt. Vaak is er een verschil van enkele maanden tussen de uitvoering van een verstrekking en de boekingsdatum. Op basis van de geboekte gegevens zijn in de loop van 2019 276 verstrekkingen betreffende cochleaire implantaten geattesteerd. Deze gegevens houden geen rekening met de vervangingen van de spraakprocessor en/of het implantaat, die ook ten laste van de geneeskundige verzorging zijn genomen.

Ik kan u een tabel geven met de evolutie van het aantal verstrekkingen voor de laatste vijf jaar. Er wordt geen rekening gehouden met vervangingen. In 2014 gaat het om 235 cochleaire implantaten, in 2015 om 300, in 2016 om 317, in 2017 om 344, in 2018 om 325 en in 2019 om 276.

Er is dus een beetje een golfbeweging. Sinds 1 december 2019 zijn de indicaties voor de terugbetaling van cochleaire implantaten uitgebreid, wat in de praktijk betekent dat meer patiënten in aanmerking komen voor een cochleaire implantatie. De geboekte gegevens, die volledig zijn tot en met 2019, geven deze verandering natuurlijk nog niet weer.

Ook vroeg u of er een geargumenteerde vraag is om deze terugbetalingcriteria te herevalueren. Tot nog toe heeft het RIZIV geen aanvraag van de Vereniging voor Oto-Rhino-Laryngologie ontvangen om de terugbetalingcriteria aan te passen of te herevalueren. Tijdens de evaluatie van dossiers betreffende een aanpassing van de indicaties voor de terugbetaling heeft Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen expertadviezen van nko-artsen ingewonnen.

U vroeg of een evaluatie werd uitgevoerd van het aantal patiënten aan wie de terugbetaling geweigerd werd. De patiënt dient te beantwoorden aan de vastgestelde, specifieke selectiecriteria om in aanmerking te komen. Als niet voldaan is aan de terugbetalingcriteria, wordt de aanvraag geweigerd. Afhankelijk van de verstrekkingen is er ofwel geen aanvraagprocedure, dan wordt de terugbetaling automatisch toegekend, ofwel geldt een aanvraagprocedure die door de adviserend arts van de verzekeringsinstelling wordt beoordeeld of geldt een procedure waarbij het akkoord van het College van artsen-directeuren van het RIZIV wordt gevraagd.

Het College houdt een register bij van het aantal aanvragen dat is geweigerd. Deze geweigerde aanvragen worden niet verder geëvalueerd. Ik kan ze u meegeven. Goedgekeurde aanvragen in 2016: 365, geweigerd: 22. Goedgekeurde aanvragen in 2017: 325, geweigerd: 12. Goedgekeurde aanvragen in 2018: 383, geweigerd: 5. Goedgekeurde aanvragen in 2019: 233, geweigerd: 8.

U vroeg of patiënten die geen terugbetaling krijgen maar denken daarop recht te hebben, zich kunnen wenden tot het Bijzonder solidariteitsfonds. Het Bijzonder solidariteitsfonds is een bijkomend vangnet naast de "gewone" dekking van de verplichte ziekteverzekering. Het geeft aan patiënten met een zeer ernstige aandoening een financiële tegemoetkoming voor bepaalde medische verstrekkingen waarvoor geen terugbetaling gepland is en die bijzonder duur zijn.

In principe kunnen ook de cochleaire implantaten daaronder vallen, naargelang onder meer de specifieke medische situatie van de patiënt, maar het is niet aan het Fonds om de plaats in te nemen van de officiële instanties die de interventiecriteria beoordelen en uitbreiden. In zeldzame gevallen die beantwoorden aan de criteria gedefinieerd in artikel 25 van de wet van 1994 kan echter een eventuele tegemoetkoming door het Bijzonder solidariteitsfonds worden overwogen.

**13.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister. Ik vind het al positief dat het aantal geweigerde aanvragen vermindert. Dat zien we sinds 2016 of 2017. Ik denk dus dat we met de uitgebreide criteria op de goede weg zijn. Ik neem uw antwoord mee, wat het Bijzonder solidariteitsfonds betreft. Naar mijn vermoeden vallen nog steeds mensen uit de boot. Zij kunnen proberen zich tot dat fonds te wenden.

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

**14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie tegen pneumokokken" (55014154C)**

**14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)**

## sur "La vaccination contre les pneumocoques" (55014154C)

**14.01 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, wij zitten in een periode waarin wij heel wat aandacht aan vaccins besteden, vooral aan de covidvaccins, maar wij mogen uiteraard de pneumokokkenvaccins niet uit het oog verliezen. In deze covidperiode zien wij dat surinfecties soms een heel belangrijke rol spelen in de mortaliteit van een covidinfectie. Aandacht voor de vaccinatie tegen pneumokokken is dus zeker noodzakelijk.

Vaccinatie van de bevolking en grote groepsvaccinaties zijn uiteraard een regionale bevoegdheid, maar artsen melden ons dat er regionale verschillen zijn in het aantal patiënten dat gevaccineerd wordt tegen pneumokokken, vandaar mijn vraag of er een evolutie is in de voorbije vijf jaar in Wallonië, Vlaanderen en Brussel.

**14.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, (...) drie doses gegeven op de leeftijd van acht weken, zestien weken en twaalf maanden en voor mensen ouder dan 65 jaar.

Onderzoeken naar de vaccinatiegraad worden niet elk jaar gedaan. In Vlaanderen werd de dekking bij jonge kinderen voor de drie doses geschat op 96,5 % in 2012 en 94,9 % in 2016. In Wallonië ligt dat iets lager bij jonge kinderen voor de drie doses: 89,2 % in 2012 en 92,9 % in 2015. In Brussel was de schatting voor 2012 90,1 %. Wij hebben helaas geen gegevens over de vaccinatiegraad bij mensen ouder dan 65 jaar.

**14.03 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dit kan nu net de bottleneck zijn. Wat de vaccinatie van kinderen betreft scoort ons land meestal wel goed, maar wat de ambulante patiënten ouder dan 65 jaar betreft, zal het echt een aandachtspunt zijn dat moet worden meegenomen in het medisch dossier bij de huisarts. Ik zou ook aanraden om hierover data te genereren, want meten is weten, zeker in de gezondheidszorg. Ik denk dat u het ermee eens bent dat wij absoluut aandachtig moeten zijn voor deze problematiek.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**15 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pratique du dry needling" (55014173C)**

**15 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Dry needling" (55014173C)**

**15.01 Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, le *dry needling* est une méthode qui utilise des aiguilles très fines et sans médicament afin de faire disparaître des douleurs musculaires en relâchant des nœuds causant des douleurs plus générales.

Le *dry needling* est différent de l'acupuncture, même si la méthode peut *a priori* paraître similaire: alors que l'acupuncture se concentre sur les flux d'énergie à l'intérieur du corps et des organes, le *dry needling* cherche à stimuler un point qui provoque les douleurs ressenties.

Une enquête à grande échelle menée par des chercheurs du département des sciences de la réadaptation de l'Université de Gand montre que de plus en plus de kinésithérapeutes belges, spécifiquement au Nord du pays, utilisent cette technique.

Pas moins de 65,6 % des thérapeutes interrogés ont indiqué qu'ils avaient déjà utilisé des aiguilles sèches. Les physiothérapeutes interrogés ont indiqué que l'aiguilletage à sec est particulièrement indiqué pour les maux de tête, les blessures par sur-utilisation, les douleurs dans la mâchoire, le cou et le bas du dos.

Monsieur le ministre, mes questions ne portent pas tant sur les effets positifs de cette pratique que sur sa sécurité et son cadre juridique. Les chercheurs de l'Université de Gand ne se sont pas positionnés sur l'efficacité de la méthode, mais estiment que l'aiguilletage sec est actuellement dans une zone grise. Les kinésithérapeutes et médecins diplômés peuvent suivre des formations complémentaires pour apprendre la technique et peuvent également souscrire une assurance pour appliquer l'aiguille sèche. Cependant, il n'y a pas de cadre légal en Belgique, contrairement à des pays comme les Pays-Bas, la France et l'Italie. Selon les chercheurs, il y a un besoin urgent de cadre juridique.

Qu'en est-il effectivement du cadre légal relatif à l'utilisation de cette technique dans notre pays? Qui peut légalement l'utiliser? Existe-t-il des études démontrant son efficacité? Envisagez-vous d'encadrer celle-ci à l'avenir?

**15.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Rigot, jusqu'à présent, l'exercice de *dry needling* est réservé aux médecins. Il est similaire à l'exercice de l'acupuncture qui est reconnue comme une pratique non conventionnelle, en vertu de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

Jusqu'à présent, pour les pratiques non conventionnelles, il n'existe qu'un arrêté royal sur la pratique de l'homéopathie qui définit les critères de la pratique de celle-ci. Ce n'est pas le cas pour l'acupuncture, ce qui signifie qu'actuellement, son exercice est aussi réservé aux médecins.

Le Conseil fédéral de la kinésithérapie a publié, en 2017, un avis sur le *dry needling* qui précise que celui-ci "n'est actuellement pas une pratique légale pour les kinésithérapeutes belges". En outre, le Conseil considère ces techniques comme fondamentalement différentes de l'acupuncture. Bien qu'elles soient indiquées pour certains problèmes myofasciaux primaires, la Commission scientifique liée au Conseil a estimé que le *dry needling* pouvait être considéré comme "une option de traitement chez les patients individuels sans preuve de supériorité ni d'infériorité par rapport à d'autres techniques classiques de kinésithérapie". Le Conseil n'a pas demandé que le *dry needling* soit considéré comme une pratique professionnelle spéciale pour les kinésithérapeutes.

Si les chercheurs de l'Université de Gand se positionnent sur l'efficacité de la méthode, ils peuvent en faire part à leurs collègues du Conseil fédéral de la kinésithérapie. Ce dernier est composé de représentants des universités ainsi que de représentants des associations professionnelles.

Le Conseil fédéral de la kinésithérapie donne au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, à la demande de celui-ci ou d'initiative, des avis sur toutes les matières relatives à la kinésithérapie. Le Conseil fédéral de la kinésithérapie peut également donner aux gouvernements des Communautés, à leur demande, des avis en toute matière relative aux études et à la formation des kinésithérapeutes.

Si la situation scientifique du *dry needling* a évolué depuis 2017, le Conseil fédéral pourra nous en aviser et nous pourrions alors envisager des modifications de la législation, mais le travail scientifique et universitaire de récolte de données probantes doit être fait afin de garantir la qualité de soins aux patients en amont d'une éventuelle régularisation de cette pratique.

**15.03 Hervé Rigot (PS)**: Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces compléments de réponse et aussi de souligner l'avis du Conseil sur la pratique illégale du *dry needling* par les kinésithérapeutes. Vous abondez donc dans mon sens en précisant qu'aujourd'hui, cette pratique doit être réservée aux médecins. Il est essentiel de le rappeler aux kinés et de le rappeler aussi aux patients qui pourraient être séduits par cette pratique et voudraient la tenter; de rappeler les risques et qui peut la pratiquer. C'est essentiel pour qu'il n'y ait pas demain des conséquences graves suite à une mauvaise pratique.

Ne l'oublions pas, sans opposer les missions des soignants, un médecin a ce pouvoir, ce droit et cette capacité de poser des diagnostics. Il a la responsabilité de les assumer. Aujourd'hui, les kinés ne peuvent poser de diagnostics. Ils peuvent faire des bilans. Il ne faut pas prendre à la légère de nouvelles pratiques qui pourraient mettre le patient en danger.

Je vous exhorte vraiment, si vous le pouvez, à le rappeler aux praticiens, mais également à veiller à l'information aux patients.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: La question n° 55014210 de Mme Barbara Creemers est transformée en question écrite.

**16 Samengevoegde vragen van**

**- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het geneesmiddel Zolgensma" (55014249C)**

- **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vertraging in de terugbetaling van spierziekte SMA van baby Pia en de opsporing via hielprik" (55014269C)

**16** Questions jointes de

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Zolgensma" (55014249C)

- **Sofie Merckx** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le retard dans les remboursements de la SMA de la petite Pia et le dépistage via une piqûre au talon" (55014269C)

**16.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het geneesmiddel Zolgensma is bekend van de crowdfunding ten voordele van baby Pia, die binnenkort naar de kleuterklas gaat, als ik dat goed heb gelezen.

Ik wil graag weten hoe de onderhandelingen met de firma Novartis op het moment verlopen? Tegen wanneer verwacht u duidelijkheid ter zake? En welke stappen zijn er ondernomen in het voorbije anderhalf jaar?

Ik wil ook graag weten hoeveel diagnoses van SMA er genoteerd zijn in het voorbije anderhalf jaar. Hoeveel behandelingen met Spinraza zijn er opgestart? Spinraza wordt wel terugbetaald voor SMA.

Misschien is het ook belangrijk de evolutie te kennen van de patiënten die met Spinraza behandeld worden. Voldoet het medicijn aan de verwachtingen?

Tot slot, in uw beleidsnota had u het over het Fonds Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen en een actieplan ter zake. Graag verneem ik van u welke acties al in dat verband ondernomen zijn?

**16.02** **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de aanleiding voor deze vraag is het recente interview met de mama van baby Pia. Zij zei op 19 februari: "In maart, april en mei kon ik aanvaarden dat corona een excuus was voor de vertraging in het dossier, maar nu niet."

We herinneren ons dat er voor de coronacrisis veel ophef was rond de crowdfunding om het duurste geneesmiddel ter wereld te kunnen betalen voor Pia. Een andere kant van de zaak is dat een vroege diagnose van de ziekte zeer belangrijk is om zo eventueel snel een behandeling te kunnen opstarten. Vlaanderen hinkt achterop in de zaak, ten opzichte van Wallonië, Duitsland en Nederland. Er is namelijk nog steeds geen screening naar de aangeboren aandoening. Ook minister Beke heeft hier nog steeds geen vooruitgang geboekt.

Wat vindt u ervan dat er een heel ander beleid is in de verschillende landsdelen voor een ziekte die vroegtijdig kan opgespoord worden? Dat verschil in beleid kost immers levens. Hoe ver staat het dossier op federaal niveau? Hoe zit het met het terugbetalingsdossier? Wordt er een discussie gevoerd of worden er maatregelen genomen om in te gaan tegen de woekerprijs van Zolgensma? Novartis heeft aangekondigd om met een programma rond *compassionate use* te beginnen, een soort loterij waarvan sommige baby's zouden kunnen genieten. Zo heeft baby Victor, die ook even in de media geweest is, een injectie gekregen. Weet u hoeveel patiënten in België al zo'n Zolgensmaspuit gekregen hebben?

**16.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik moet spijtig genoeg hetzelfde antwoorden als twee maanden geleden. De terugbetalingprocedure voor Zolgensma is nog altijd lopende bij de CTG. Ze is namelijk opgestart met de andere landen van het Beneluxa-initiatief.

Momenteel zit de procedure in het stadium van een gezamenlijke finale HTA-beoordeling door België, Ierland en Nederland met Oostenrijk als reviewer. Een eerste rapportering vond plaats in de Belgische CTG op 15 december 2020 en in de Nederlandse Wetenschappelijke Adviesraad op 14 december 2020. Ook zijn er interne studiebesprekingen lopende in het Ierse centrum voor farmaco-economie in Dublin.

Er zijn dus nog geen onderhandelingen opgestart. Op basis van de uitkomst van de HTA-beoordeling zullen de landen bepalen of de gezamenlijke beoordeling zal worden gevolgd door een gezamenlijke onderhandeling.

Voor een groen licht op internationale onderhandelingen zal de CTG een voorstel doen conform de wettelijke procedures.

Het bedrijf AveXis Novartis heeft verklaard bereid te zijn om samen te werken aan die gezamenlijke beoordeling en dialoog over terugbetaling. Als gevolg daarvan zullen HTA-agentschappen in de drie landen de timing en de inhoud van de lokale HTA-procedures op elkaar afstemmen.

Omdat de CTG-procedure loopt, kan ik u niet meer gedetailleerde informatie verschaffen. Dat zou het goede verloop van de terugbetalingsprocedure in het gedrang kunnen brengen. Dat geldt overigens voor alle dossiers waarvoor terugbetalingsprocedures lopende zijn.

Het dossier is eind oktober 2020 ingediend. De tijdlijn van de reglementering in België zal worden gevolgd.

Zonder schorsingen door het bedrijf duurt een procedure die onderhandelingen inhoudt, ongeveer tien maanden. Theoretisch zou ik dus een beslissing moeten nemen in augustus 2021. Aangezien de fabrikant de procedure echter heeft geschorst, dient die schorsingstijd nog aan de termijn te worden toegevoegd.

Ik kan u niet zeggen hoeveel diagnoses van SMA er het voorbije anderhalf jaar gesteld zijn. Ik kan wel zeggen dat er volgens de informatie die mij bezorgd is, momenteel geen Belgische patiënten zijn die in aanmerking komen voor een behandeling met Zolgensma en die er nog geen gekregen hebben in het kader van klinische studies, crowdfunding of het wereldwijd lopende Managed Access Program van Novartis.

Wat de behandeling van SMA met Spinraza betreft, kan ik u meedelen dat er op het moment van de data-extractie uit het Belgische SMA-register op 22 juni 2020, voor 134 patiënten gegevens waren ingevoerd waarbij sinds september 2018 een behandeling werd opgestart met nusinersen. De analyse van de gegevens en de validatie ervan moet nog gebeuren. Dat zal gebeuren in het kader van een CTG-procedure bij de afloop van de overeenkomst voor Spinraza.

Voor een screening met hielprik in Vlaanderen ben ik niet bevoegd. Dat is namelijk een gemeenschapsbevoegdheid.

U vroeg mij ook naar mijn actieplan inzake weesgeneesmiddelen en zeldzame ziektes. Ik zie daar meerdere uitdagingen. Naast de evidente budgettaire problematiek is er ook de stijgende complexiteit van de producten en de behandelingen van de aandoeningen, terwijl er ook veel meer wetenschappelijke en klinische onzekerheden zijn doordat de geneesmiddelen vaak vroeger geregistreerd worden. We hebben ook een aanbodgestuurd systeem, waardoor firma's een belangrijk aandeel hebben in de bepaling van de te behandelen medische nood en het tijdstip wanneer men een product in België op de markt wil plaatsen.

We hebben in België de mogelijkheden om producten snel aan de patiënten aan te bieden, zelfs voor de goedkeuring door het EMA. Het benutten van die mogelijkheden ligt echter in handen van de firma's en vaak zien we in de praktijk dat ze dat niet doen. Waarschijnlijk weegt de hoogte van de financiële incentives om hun producten vervoegd ter beschikking te stellen zwaarder door dan het belang van de patiënten. Ik betreur dat.

Dat zijn allemaal elementen die ik onderzoek en waarvoor ik oplossingen wil vinden in een nieuw pact met de farmaceutische sector, in overleg met alle betrokken actoren, niet enkel de industrie. Ik kijk hiervoor ook naar wat er in de omliggende landen gebeurt. Hiervoor kunnen we onze samenwerking in het Beneluxa-initiatief verder benutten.

**16.04 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Sinds 2018 geen evaluatie is gebeurd voor de 134 patiënten die met Spinraza zijn behandeld. Dat is toch lang. Wij moeten vrij kort op de bal spelen, als het gaat om patiënten met een dergelijke zware problematiek. Er moet worden bekeken of een optimale therapie kan worden gegarandeerd. Het gaat immers heel vaak om patiënten die werkonbekwaam zijn en die misschien beter zouden kunnen worden behandeld.

Ik heb op zich niets tegen gezamenlijke procedures, maar ze mogen vooral niet vertragend werken. Met tien maanden en de tijd van de schorsing, dan komen we aan augustus 2021. Dat is we twee jaar later, een lange tijd voor nieuwe patiënten.

Wat uw actieplan rond weesgeneesmiddelen en weesziektes betreft, verwijst u naar het farmapact. Het farmapact zal een deel van de oplossing zijn, maar voor de problematiek van de weesgeneesmiddelen en

weesziektes moet men ruimer kijken dan alleen maar naar de geneesmiddelen. Men moet ook de weg vinden naar het optimale geneesmiddel en naar de optimale behandelingsprocedure voor de patiënten. De N-VA-fractie heeft een voorstel van resolutie ingediend rond de aanpak van weesziekten en weesgeneesmiddelen. Ik nodig u uit om dat door te nemen. Het is uitgebalanceerd en het gaat uit van de problematiek van de patiënt en naar waar we naartoe zouden moeten gaan, naar het zorgtraject voor de patiënt, naar het delen van kennis tussen de referentiecentra en de behandelende huisarts, die soms heel moeilijk vindt waar hij terecht kan. Het gaat dus echt wel veel breder dan enkel het medicijn of het farmapact waarover u het hebt.

**16.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Ik heb u eigenlijk niks horen zeggen over de prijs van Zolgensma. Er zijn blijkbaar onderhandelingen bezig samen met andere landen. Dat is op zich goed, maar wordt er in die onderhandelingen ook besproken en bestudeerd hoe de prijs van Zolgensma tot stand is gekomen en hoe we daar samen tegenin kunnen gaan? U sprak over een tussentijdse bespreking op 15 december 2020 in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Zijn de documenten ter zake publiek?

U zegt dat u niet bevoegd bent voor de hiepprik. Er zijn negen ministers van Gezondheid in ons land. Dat is niet alleen duur en inefficiënt, maar ook enorm slecht voor de gezondheid. In één regio wordt er niet opgespoord, wat meer kosten genereert op het andere niveau. Dat is zo absurd. Ik kan dat niet begrijpen. In de coronacrisis zagen we ook al dat we eenheid van commando nodig hebben. SMA is hetzelfde voor een Vlaamse of Waalse baby. We hebben die eenheid ook nodig op andere vlakken, voor andere ziekten. Voor de bestrijding moeten we naar het preventieve en het curatieve samen kunnen kijken. Ik kan niet begrijpen dat men eventueel nog verder zou willen gaan in die splitsingsdrang. We hebben echt één minister van Gezondheid nodig.

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

**17 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De screening op familiale hypercholesterolemie" (55014252C)**

**17 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage de l'hypercholestérolémie familiale" (55014252C)**

**17.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, familiale hypercholesterolemie ligt aan de basis van cardiovasculaire aandoeningen, die nog altijd de belangrijkste doodsoorzaak zijn in ons land. Een vroegtijdige diagnose kan echt wel een verschil maken. Vaak linken wij hypercholesterolemie aan de manier van leven, de algemene gezondheidsproblematiek, maar de familiale hypercholesterolemie komt heel vaak voort uit een genetische aandoening.

Wij zien dat ons land slecht scoort wat de opsporing van familiale hypercholesterolemie betreft. Volgens verschillende studies zou slechts 4 % van de patiënten met familiale hypercholesterolemie gediagnosticeerd zijn. Dat is heel weinig. Wij kunnen heel veel langdurige ziektes voorkomen door een betere opsporing. Die kan effectief op het niveau van de huisartsen worden geïmplementeerd.

Ik heb twee concrete vragen.

Wat is volgens u de oorzaak van onze slechte score voor die screening? Ziet u mogelijkheden om aan de hand van het globaal medisch dossier vaker te screenen op familiale hypercholesterolemie, en alerter te zijn?

**17.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, wat u over die genetische aandoening hebt gezegd, zal ik niet hernemen.

Onderdiagnose van familiale hypercholesterolemie wordt ook in andere landen vastgesteld en valt inderdaad te wijten aan onvoldoende gerichte screening. De identificatie van patiënten en hun familie is belangrijk voor de preventie van vroegtijdige cardiovasculaire complicaties. U hebt erin gelijk te verwijzen naar de huisartsen, want die spelen een grote rol in de opsporing van deze ziekten en de preventie van vroegtijdig cardiovasculair lijden. Wanneer de diagnose van familiale hypercholesterolemie gesteld wordt, is het aangewezen om ook de andere eerstegraadsfamilieleden en eventueel andere familieleden te screenen, omdat er inderdaad zowat 50 % kans bestaat dat dit overgaat van ouders op kinderen. Ik wil dat onderschrijven, zonder dat ik daaromtrent meteen beleid kan voeren.

De organisatie van een veralgemeende screening is een bevoegdheid van de deelstaten, dus eigenlijk mag ik daarop niet nader ingaan. Volgens mijn informatie zijn er in de wetenschappelijke literatuur echter geen aanwijzingen om daarvoor een veralgemeende screening van de gehele bevolking aan te bevelen. Dat debat moet, voor Vlaanderen, verder in het Vlaams Parlement gevoerd worden.

**17.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik vroeg niet naar een veralgemeende screening, maar wel naar een gerichte screening op niveau van de huisarts bij families waar de aandoening gekend is. In het globaal medisch dossier worden familiale links opgeslagen. Via die weg kan er gesensibiliseerd worden en zodoende kan ook in de terugbetaling van de screening worden voorzien.

Als wij de kostprijs afwegen tegenover de maatschappelijke winst die we maken, dan zal die absoluut positief zijn. Het aantal cardiovasculaire accidenten op jonge leeftijd ingevolge familiale hypercholesterolemie is namelijk gekend en is wetenschappelijk gefundeerd. Ik raad u aan om dat mee te nemen naar de volgende overlegmomenten met de huisartsen, zodat er wetenschappelijke targets kunnen worden opgezet om daar meer patiënten op te screenen, waarbij zeker de familiale clusters bekeken moeten worden. We zijn het nu toch gewoon om in clusters te denken en te werken. Het zou al een hele stap vooruit zijn, mochten wij op die manier te werk gaan.

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

**18 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het maagdenvliesherstel" (55014250C)**

**18 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconstruction de l'hymen" (55014250C)**

**18.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, technisch kunnen artsen het maagdenvlies herstellen bij vrouwen, indien zij dat willen. Daar zijn geen wetenschappelijke of medische indicaties toe. Heel vaak heeft dat te maken met overtuigingen.

Hoeveel vrouwen lieten hun maagdenvlies herstellen per gewest? Wat is de kostprijs per ziekenfonds in de tegemoetkoming van deze hersteloperaties? Wij willen een onderzoek vragen naar de redenen waarom vrouwen daartoe overgaan.

Voor de terugbetaling valt het herstel van het maagdenvlies onder de vulva- en vaginaplastiek. Indien u het onderscheid niet kunt maken naar het maagdenvliesherstel, kunt u dan de kostprijs per gewest meedelen voor de vulva- en vaginaplastiek? Kunt u duiden welk percentage hiervan het herstel van het maagdenvlies uitmaakt?

**18.02 Minister Frank Vandenbroucke:** De nomenclatuurverstrekking vagina- en vulvaplastiek is inderdaad een vlag die veel ladingen denkt. A posteriori kan niet worden uitgemaakt waarvoor de verstrekking werd geattesteerd. Over het aantal maagdenvlieshersteloperaties heb ik geen cijfers op basis van de nomenclatuur. Een arts moet bij een ingreep met het oog op herstel van het maagdenvlies een aantal wettelijke bepalingen in acht nemen, zoals artikel 34 van de GVO-wet. De verzekering voor geneeskundige verzorging dekt geen met een esthetisch doel verrichte prestaties, tenzij onder door de koning bepaalde voorwaarden, na advies van het verzekeringscomité.

Artikel 73 stelt dat de arts en de tandheelkundige in geweten en in volle vrijheid oordelen over de aan de patiënten te verlenen verzorging. Ze zullen erop toezien dat ze toegewijde en bekwame geneeskundige verzorging verstrekken, in het belang van de patiënt, met respect voor de rechten van de patiënt, rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen. Ze onthouden zich ervan om overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, uit te voeren of te laten uitvoeren. Dat is het wettelijk kader. Dat is natuurlijk zeer algemeen.

Ik heb uw vraag vrijdag gekregen, dus dat heeft misschien niet genoeg tijd gelaten om de opsplitsing per Gewest te geven. Ik heb die hier dus niet.

Ik kan u wel een gedetailleerde tabel geven. U zult daarin zien dat het aantal verstrekkingen per jaar ongeveer 2.500 bedraagt in ambulante setting en ongeveer 500 in de ziekenhuizen. Ik heb hier een

overzicht van vier jaar, met een beetje detail. Ik heb op dit moment echter geen opsplitsing per gewest.

**18.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, kunt u mij de opsplitsing per gewest schriftelijk bezorgen?

**18.04 Minister Frank Vandenbroucke:** Dat zal ik navragen.

**18.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Het gaat hier om een nomenclatuur van 117 euro per ingreep. Dat is niet onoverkomelijk. U gaf het zelf aan, het is de arts die beslist of het terugbetaald wordt of niet. Het interesseert mij geweldig om te weten of er hier verschillen zijn.

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

Le **président:** La question n°55014329C de Mme Rohonyi est reportée, ainsi que la question n°55014357C de Mme Fonck.

**19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Gratis advocaat voor slachtoffers van seksueel geweld" (55014358C)**

**19 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise à disposition gratuite d'un avocat pour les victimes de violences sexuelles" (55014358C)**

**19.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik heb een vraag over de slachtoffers van seksueel geweld.

We stellen vast dat het intrafamiliaal geweld in coronatijden toegenomen is. Steeds meer slachtoffers richten zich tot de Zorgcentra na Seksueel Geweld (ZSG), wat op zich een goede zaak is. Laat ons hopen dat het aantal slachtoffers niet groter is geworden.

Voor coronatijden hebben we met het Zorgpersoneelfonds meer middelen toegekend aan de Zorgcentra na Seksueel Geweld, met name aan de opleiding van verpleegkundig personeel in die centra.

Mijnheer de minister, wordt al meer personeel opgeleid en ingezet in die centra?

Vlaams minister voor Justitie, Zuhal Demir, gaf onlangs aan dat er een verschil is in de juridische begeleiding tussen slachtoffers en daders van seksueel geweld. Daders kunnen zich namelijk laten bijstaan door een gratis advocaat, terwijl de slachtoffers dat niet kunnen.

Zou u bereid zijn om te onderzoeken of men de slachtoffers ook kan laten bijstaan door een gratis advocaat zodat zij weten tot wie zij zich moeten wenden?

**19.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, in 2020 is nog geen gebruikgemaakt van de middelen waarnaar u verwijst. In 2020 werd voor de opleidingen van het personeel van de Zorgcentra na Seksueel Geweld nog gebruikgemaakt van de middelen die ter beschikking werden gesteld aan het Instituut voor de gelijkheid van mannen en vrouwen. Vanaf 2021 zullen voor de opleiding van het personeel de middelen worden geput uit het fonds.

Inzake het aantal aanmeldingen kan ik u meegeven dat er zich sinds de start van de zorgcentra tot en met 30 september 2020 3.027 slachtoffers hebben aangemeld in een van de zorgcentra, waarvan 1.458 in Brussel, 841 in Gent en 728 in Luik.

Ik kan u de cijfers ook per jaar geven. In 2018 ging het om 961 aanmeldingen, in 2019 om 1.152 aanmeldingen en in het eerste tot het derde kwartaal van 2020 om 784 aanmeldingen. Die cijfers voor 2020 moeten nog worden geactualiseerd. Dat brengt mij op een totaal van 3.027 aanmeldingen, indien ik er ook het vierde kwartaal van 2017 bijtel.

De cijfers vertonen een daling. De hypothese is natuurlijk dat die daling te maken heeft met de lockdown en de coronamaatregelen. Dat is ook de reden waarom specifieke sensibiliseringsmaatregelen zijn getroffen, om duidelijk te maken dat de centra ook tijdens de lockdown bereikbaar bleven.

De chat seksueel geweld vertoonde een verhoging met 58 % van de oproepen. Er is dus een bijkomend budget uitgetrokken om die hulplijn te versterken.

Ik kan u de details geven over de voltijds tewerkgestelde eenheden in de huidige centra, ook per kwalificatie. Misschien geef ik ze u best schriftelijk zodat u een volledige tabel hebt met ook de andere cijfers.

In 2021 wordt in een verhoging van deze vte's voorzien, gelinkt aan de uitbreiding van de bestaande zorgcentra naar het gehele gerechtelijke arrondissement, bijvoorbeeld in Oost-Vlaanderen, of naar meerdere politiezones, bijvoorbeeld in Brussel en Luik.

Ik kom tot uw vraag over de juridische bijstand. Uit de evaluatie van het pilootproject is inderdaad gebleken dat er nood is aan bijkomende juridische bijstand voor slachtoffers en voor het zorgpersoneel. Sinds begin vorig jaar werden verschillende stappen gezet om de bestaande gratis juridische bijstand aan slachtoffers te verbeteren. Er werd een nieuwe, snellere en adequatere samenwerking uitgewerkt tussen de zorgcentra, het parket en de justitiehuisen. Slachtofferonthaal in de justitiehuisen zal een automatische vatting ontvangen van zodra een dossier ZSG bij het parket ter kennis wordt gebracht. Op dat moment zullen justitieassistenten hun diensten onmiddellijk kunnen aanbieden aan de slachtoffers. Bovendien werden op basis van de aanbevelingen vanuit de evaluatie van het pilootproject ook reeds opleidingen georganiseerd voor de commissie juridische bijstand, die gratis juridische eerstelijnsbijstand verlenen. Ook in dit kader zal dus een samenwerking op punt worden gezet tussen de zorgcentra en de Commissies voor Juridische Bijstand om een betere, snellere en op maat gemaakte juridische bijstand te verlenen aan de slachtoffers en/of het personeel van de zorgcentra. Ik weet niet of dit uw vraag voldoende beantwoordt, maar het is toch een stap vooruit.

**19.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Dat is inderdaad een stap vooruit, dank u. U spreekt in de toekomstige wijs. Ik hoop dat dit dan snel kan worden uitgevoerd.

**19.04 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik heb op basis van mijn voorbereiding geen zicht op de implementatie. Ik spreek in toekomstige wijs, zoals u zegt. Ik durf niet zeggen wanneer dit op punt zal staan. Ik kan eventueel navragen of men het u kan laten weten.

**19.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Misschien kan dit aan het schriftelijk antwoord worden toegevoegd? Dank u.

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

**20 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een tekort aan plasma" (55014382C)**

**20 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de plasma" (55014382C)**

**20.01 Robby De Caluwé (Open Vld):** Een KCE-rapport van 2009 toonde al aan dat België niet was voorzien op een verdere substantiële stijging van de nood aan plasmaderivaten en gaf ook aan dat we sterk afhankelijk zijn van de internationale markt. Daarom werd in 2018 een aantal maatregelen genomen. Er werd toen onder andere een vierjarige tender gegund aan de firma CSL Behring voor 50 % van het IVIg-volume.

*PID zijn primaire immuunstoornissen veroorzaakt door een aangeboren, genetisch defect in één of meerdere componenten van het immuunsysteem ( ons eigen afweersysteem). Door een defect in het immuunsysteem is er een verhoogde vatbaarheid voor chronische, ernstige of recidiverende infecties die vaak slecht reageren op standaardbehandelingen. Patiënten met een antilichaamstoornis kunnen behandeld worden met een levenslange immunoglobulinetherapie, afkomstig uit plasma. Dankzij deze therapie slagen PID-patiënten erin een bijna "normaal" leven te leiden.*

*Vandaag stellen we vast dat we niet beschikken over een stabiele levering van plasmaderivaten. In 2020 besliste Octapharma hun Ig-producten van de Belgische markt te nemen.*

*De actuele en acute voorraadproblemen van vooralsnog enkel SCIg's leidt ertoe dat er de eerste helft van 2021 geen opstart van nieuwe patiënten gebeurt en waardoor SC-behandelingsonderbreking dreigt. De*

*steeds nijpende wordende voorraadproblematiek van IVlg's, die door bovenstaande versterkt wordt, wanneer SC-patienten terug gedwongen zouden worden over te schakelen naar IV-behandeling leidt mogelijk tot een onderbreking van de behandeling.*

*Graag vernam ik van de minister.*

*1. Welke acties wil de minister op korte en middellange termijn ondernemen om de voorraadproblematiek van Ig's op de Belgische markt aan te pakken? Hoe zal ervoor gezorgd worden dat er voldoende variëteit en voorraad aan Ig's beschikbaar is?*

*2. Wanneer mogen we resultaat verwachten van de maatregelen op korte termijn zodat er geen behandelingen moeten worden onderbroken of uitgesteld?*

*3. Welke aanbevelingen van het KCE mbt het verbruik van Ig's zullen omgezet worden naar welke concrete acties? Wanneer mogen we resultaat verwachten van die acties en wat verwacht de minister naar impact op het verbruik?*

*4. Hoe wil de minister in de nabije toekomst de afhankelijkheid van de internationale markt substantieel te verminderen? Wordt er op dat vlak binnen Europa samengewerkt?*

*5. Wat is de stand van zaken mbt het opstellen van een nieuwe tender en wat zijn de modaliteiten die hierin zijn vervat?*

**20.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Caluwé, (...) Europese landen zijn immunoglobulines in België afkomstig uit plasma van vrijwillige donoren, maar die voorraad moet worden aangevuld met immunoglobulines afkomstig van internationaal verzameld plasma om aan de vraag te kunnen voldoen. Recent rezen al problemen door acute tekorten. Door de impact van de covidpandemie op de internationale plasma-inzameling worden er nog extra tekorten verwacht.

België heeft een nationale aanbestedingsprocedure ingevoerd voor de fractionering van binnenlands plasma en het aanleggen van een nationale strategische voorraad. De Belgische ziekenhuizen zijn sindsdien verplicht om in 50 % van hun intraveneuze immunoglobulinebehoefte te voorzien via deze nationale aanbesteding. Op dat niveau doet zich geen tekort voor. Gelet op het feit dat deze tender binnen enkele maanden afloopt, heb ik aan de administratie de opdracht gegeven om op zeer korte termijn een nieuwe tender uit te schrijven. Dat is eerder een bewarende maatregel. Voor het aanbrengen van wijzigingen aan de tender zijn echter wetswijzigingen nodig.

Voor de resterende 50 % van de intraveneuze immunoglobulines en voor 100 % van de subcutane immunoglobulines bevoorraden de ziekenhuizen zich elk afzonderlijk via zogenoemde commerciële aanbestedingen bij bedrijven op de Belgische markt. Wat deze geneesmiddelen betreft, heeft Privigen een marktaandeel van 74,7 % van het totale volume intraveneuze immunoglobulines. Hizentra heeft een marktaandeel van 93,5 % van het totale volume subcutane immunoglobulines.

Nu is vastgesteld dat de prijzen van de geneesmiddelen zich bij de laagste van Europa bevonden en dat de prijs zich 20 % lager bevindt dan het Europees gemiddelde. In een omgeving met een toegenomen vraag en een schaarste van het aanbod, is zoiets niet vol te houden. Ik heb mij dan ook akkoord verklaard met de door de CTG voorgestelde prijsstijging die op 1 maart 2021 in werking zal treden en waardoor wij op het Europees gemiddelde zullen komen. Wij zullen op die manier op zijn minst vermijden dat voor deze geneesmiddelen een te lage prijs het aanbod nog eens negatief beïnvloedt.

Voor twee andere geneesmiddelen, met name Iqymune en Nanogam, is een procedure tot aanpassing van de prijs hangende. Ik wacht op het resultaat.

De problematiek wordt verder opgevolgd door de bevoegde administraties van het FAGG en het RIZIV. In het kader van de taskforce worden op basis van een bevraging van de firma's die intraveneuze immunoglobulines op de markt brengen, permanent aanbevelingen uitgewerkt voor ziekenhuisapothekers en gespecialiseerde artsen in ziekenhuizen om de gevolgen van de tekorten op te vangen.

Er werd recent geconcludeerd dat de aanbevelingen van 2019 moeten worden gehandhaafd, aangezien de stabiliteit van de beschikbaarheid van deze producten niet perfect kan worden gegarandeerd. Op

17 november 2020 werden tijdens een nieuwe vergadering van de taskforce de aanbevelingen van 2019 bevestigd, waaronder de rationalisering van het gebruik, ook voor de subcutane immunoglobulines, die nu niet als alternatief kunnen worden beschouwd aangezien ze zelf niet voldoende beschikbaar zijn.

Intussen heb ik mijn diensten de opdracht gegeven om voor de toekomst alle relevante beleidsopties te analyseren, dit met inachtneming van de baten en de risico's. De mogelijkheid tot uitbreiding van de toekomstige tenders en de hiermee gepaard gaande wetswijziging maakt daar deel van uit. Ook de Europese dimensie van de problematiek zal hierin worden meegenomen.

**20.03 Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik onthoud uit uw antwoord vooral dat intussen actie is ondernomen om ervoor te zorgen dat verdere tekorten kunnen worden vermeden. Ik ben ook blij te horen dat de problematiek wordt aangepakt en opgevolgd en dat naar een structurele oplossing wordt gezocht. Gezien het belang is dat zeker en vast een goede zaak.

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

**21 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wachtlijsten bij psychologen" (55014385C)**

**21 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les listes d'attente chez les psychologues" (55014385C)**

**21.01 Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, iedereen is zich bewust van de psychologische gevolgen van de coronacrisis. Er werden vandaag al vragen over gesteld. Studenten hebben daaronder te lijden. Zelfstandigen hebben problemen, net als werknemers en mensen die in de zorg werken. Dat leidt tot grote wachtlijsten bij zelfstandige psychologen. Sommigen voeren zelfs een patiëntenstop in om op die manier hun wachtlijsten te kunnen afsluiten. Zij stellen ook vast dat zij de vacatures voor meer uren niet ingevuld krijgen. Er was beloofd om door een aanpassing van de conventie te werken aan een betere verloning voor de klinisch psychologen.

Mijnheer de minister, wat is de stand van zaken betreffende een betere verloning voor psychologen?

Is de conventie inmiddels aangepast? Kunt u daar meer toelichting over geven?

Er zouden 1.500 eerstelijnspsychologen in dienst worden genomen. Wat is daarin de stand van zaken? Zijn zij al aangeworven? Zo nee, wanneer zullen zij beschikbaar zijn voor de behandeling van patiënten?

**21.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik zal herhalen wat ik al heb geantwoord op een vraag van mevrouw Depoorter. De pandemie is inderdaad een factor van enorme druk op de psychologische hulpverlening, want de nood is hoog. De middelen waarin voorzien is voor de eerstelijnspsychologen vallen uiteen in drie grote lijnen.

Ten eerste, momenteel zijn er binnen het bestaande ELP-aanbod (eerstelijns psychologische zorg) meer dan 800 klinisch psychologen actief. Kinderen, jongeren, hun gezin, volwassenen en ouderen met lichte tot matige psychische problemen hebben recht op een terugbetaling van maximaal acht individuele sessies per jaar. Daarvoor is een verwijzing nodig door een huisarts, een kinderarts, een CLB-arts, een arts van Kind en Gezin of een kinderpsychiater. Het remgeld bedraagt 11 euro per sessie of 4 euro met de verhoogde tegemoetkoming. De lijst met beschikbare psychologen en orthopedagogen is consulteerbaar via het internet. Dat is de eerste lijn.

U kent de vaststellingen die wij daarbij maken. Het budget daarvoor is absoluut ondergebruikt, wat een beetje paradoxaal is, gezien de klachten over de hoge nood. Het loopt dus niet zoals het moet lopen.

Ten tweede, onder de mensen met een hoog risico op psychische nood of zelfs zelfdoding – dit is relatief nieuw – zijn de zelfstandigen een belangrijke risicogroep. Om aan die nood tegemoet te komen, heeft het Verzekeringscomité van het RIZIV op verzoek van de minister van Middenstand en mezelf op 8 februari goedkeuring gegeven aan een overeenkomst waarin wordt voorzien in een aanvullend ondersteuningsaanbod, specifiek voor zelfstandigen.

Hoe zit dat in elkaar? Er is een overeenkomst gesloten met de vzw "Un pass dans l'impasse", een vzw die

hier ervaring mee heeft. Er wordt een specifieke gratis hulplijn of alarm geactiveerd door een aantal actoren die deze problematiek kunnen herkennen of ermee worden geconfronteerd, bijvoorbeeld curatoren, banken, ondernemingsloketten, sociale verzekeringsfondsen, zorgverleners of klinisch psychologen en orthopedagogen die regelmatig in contact komen met zelfstandigen. Zelfstandigen met psychische noden kunnen een beroep doen op maximaal acht gratis sessies psychologische zorg bij een erkend klinisch psycholoog of orthopedagoog.

Ondertussen is dat afgeklopt op het niveau van het RIZIV. Er is op 22 februari een contract goedgekeurd voor zelfstandige psychologen. Wij hopen hiervoor iets meer dan 600 klinisch psychologen en orthopedagogen aan te trekken. Er is een aantal specifieke vereisten ten aanzien van de hulpverlener: hij moet mobiel kunnen werken, hij moet een opleiding volgen inzake preventie zelfdoding, hij moet een beroep kunnen doen op een netwerk van partners, wanneer er naast psychologische hulp ook nood is aan juridische of financiële bijstand. Dat is een heel nieuw project dat ik samen met minister Clarinval heb vormgegeven. Ik durf nog niet vooruitlopen op de manier waarop de uitrol zal verlopen, maar formeel zijn alle beslissingen genomen.

Ten derde, er is ook een belangrijk project, waarover ik al heb gesproken in een antwoord op een vraag van mevrouw Depoorter. Wij wilden een aanpassing van de modaliteiten in de RIZIV-conventie met betrekking tot de psycholoog in de eerste lijn. Dat wordt besproken in de transversale overeenkomstencommissie. Dat gaat inderdaad over een belangrijke investering.

Ik zal herhalen wat ik aan mevrouw Depoorter heb gezegd. Dit is een vrij brede discussie geworden. Zij gaat niet alleen over de financiering van de klinisch psycholoog en orthopedagoog, maar zij gaat ook over welk type behandeling wordt terugbetaald – individuele sessies of eventueel ook groepsessies –, welke doelgroepen worden beoogd, hoe wij de kwaliteit van de bijkomende psychologische hulpverleners maximaal kunnen waarborgen en hoe de ondersteuning in de eerste lijn op het terrein het best wordt georganiseerd. Wij hebben daarover een principeakkoord met de Gemeenschappen, maar dat wordt verder uitgewerkt in de transversale overeenkomstencommissie. Ik hoop dat wij dat snel uitrollen, maar ik ben mij ervan bewust dat er een urgentie is op de korte termijn die daarmee niet onmiddellijk beantwoord is. Ik denk ook na over mogelijkheden om daar oplossingen voor te vinden.

**21.03 Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik weet dat u heel veel aandacht besteedt aan de psychologische hulpverlening, dus ik moet u niet overtuigen van het belang daarvan. Zeker in deze periode beseft iedereen dat, als er al mensen zouden zijn die vroeger twijfelden aan het nut daarvan.

Zoals u aanhaalt, is er uiteraard een urgente nood, maar u kunt natuurlijk ook niet toveren. Als de hulpverleners er niet zijn, kunt u ze ook niet inzetten, maar het is wel goed dat er wordt gewerkt aan oplossingen op maat van de diverse doelgroepen. Het initiatief voor de zelfstandigen dat u aanhaalt en dat werd uitgewerkt samen met minister Clarinval, is daarvan een heel mooi voorbeeld.

Ik ben er zeker van dat u in de commissie een partner hebt om de psychologische hulpverlening nog te versterken, maar ook dat zal een werk van lange adem zijn. Ik denk dat wij daar allemaal aan willen meewerken.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

*La réunion publique de commission est levée à 16 h 52.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.52 uur.*