

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 6 JUILLET 2021

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 6 JULI 2021

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 07 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.07 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

01 Actualiteitsdebat over IFIC en toegevoegde vragen van

- Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De investering in het zorgpersoneel van 600 miljoen via IFIC" (55018252C)
- Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het kwijtspelen van de banabapremie na het instappen in IFIC" (55018881C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De negatieve impact van het IFIC-model op zorgverleners zoals gespecialiseerde verpleegkundigen" (55018892C)
- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het IFIC-verloningssysteem in de ziekenhuissector" (55019161C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De IFIC-loonsverhoging voor het zorgpersoneel" (55019632C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het IFIC-loonmodel" (55019646C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De situatie van de verpleegkundigen met een beroepstitel intensieve zorg en spoedgevallenzorg" (55017929C)

01 Débat d'actualité sur IFIC et questions jointes de

- Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'investissement de 600 millions pour le personnel de soins par le biais de l'IFIC" (55018252C)
- Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La perte de la prime bac post-bac après l'adhésion à l'IFIC" (55018881C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'impact négatif de l'IFIC sur les soignants dont les infirmiers spécialisés" (55018892C)
- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le régime de rémunération IFIC dans le secteur hospitalier" (55019161C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation des salaires IFIC pour les soignants" (55019632C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le barème IFIC" (55019646C)
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation des infirmiers SISU" (55017929C)

01.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik kom graag terug op de vragen rond de premies voor het zorgpersoneel. In woorden worden die heel snel uitgedeeld, een belofte is snel gemaakt, maar bijvoorbeeld rond de premie voor het beschermingsmateriaal zien we dat de uitwerking gebrekkig blijft. Met de IFIC-verloning is dat niet anders. Toen we u daar de vorige keer vragen over stelden, zowel in de commissie als in de plenaire vergadering, gaf u toe dat de besprekingen nog volop liepen om euvels daaromtrent uit de

weg te ruimen.

Dat uitstel is laakbaar. De verpleegkundigen moeten immers dringend kiezen of ze willen instappen in het systeem of niet, als de deadline niet al verstreken is. Hoe kunnen zij nu een goede keuze maken, als de gesprekken over oplossingen voor de mankementen in het systeem nog volop aan de gang zijn? Ik wil dus van u nu horen of de besprekingen om een vlotte overgang te verzekeren intussen zijn afgerond. Is de deadline voor de keuze om al dan niet in het systeem te stappen nu wel of niet verlopen?

Een van de euvels van het IFIC-systeem heeft specifiek te maken met de banabapremie. Spelen mensen die kwijt als ze instappen? U zei dat er naar een alternatief wordt gezocht, maar ik heb daar niets meer over vernomen. Wat is de stand van zaken in die discussie?

Le **président**: Mme Catherine Fonck est excusée.

01.02 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, het nieuwe IFIC-verloningssysteem, dat de regering halfweg 2020 finaal goedkeurde, is inmiddels geïmplementeerd. Daardoor worden nu zowat alle ziekenhuismedewerkers geconfronteerd met wijzigingen in hun verloningssysteem. Voor de ene betekent het een aanzienlijke loonsverhoging tot zelfs 8 %, terwijl anderen blijven steken en hun vrijwel geen verhoging te beurt valt. Doordat het was aangekondigd als een loonsverhoging tot 8 %, is een deel van de ziekenhuismedewerkers logischerwijs ietwat ontgoocheld.

Mijnheer de minister, hoeveel personeelsleden uit de ziekenhuissector gingen akkoord met het nieuwe verloningssysteem en hoeveel hebben ervoor geopteerd om hun oude functieclassificatie en de daaraan verbonden loonsvoorwaarden te behouden?

Kunt u op basis van het aantal instappers in het nieuwe verloningssysteem de extra brutokosten van de operatie aangeven?

Sommige functieclassificaties krijgen amper of geen opslag, zoals de ziekenhuispsychologen. Voorziet u nog in aanpassingen van het systeem?

01.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vous ai interpellé à ce sujet lors d'une récente séance plénière. Vous aviez précisé que l'IFIC n'engendrerait pas de perdant et que le personnel ne serait pas obligé de le signer. En disant cela, vous avouez indirectement que tout le monde ne sera pas valorisé.

Pas mal de témoignages concrets me reviennent. Par exemple, une partie du personnel soignant perdrait son salaire à cause des nouvelles échelles. Cela concerne des personnes qui relevaient de l'échelle 1.55 et qui relèveront de l'échelle 13, par exemple, dans l'IFIC. En l'occurrence, j'évoque le cas d'une personne engagée le 1^{er} avril 2018 et qui se trouve dans l'obligation d'accepter ce nouveau barème IFIC.

La question se pose de savoir ce qu'il adviendra du personnel infirmier qui travaille en soins intensifs, par exemple, et qui voudrait accéder, à un moment donné, à un poste de travail un peu plus adapté, comme le travail en consultation. La crainte du personnel, c'est d'être reclassifié et rémunéré sous un barème moins avantageux.

Un autre problème existe. Dans certains hôpitaux, le personnel bénéficiait déjà, suite parfois à des luttes syndicales, de salaires plus élevés que ce que l'IFIC prévoyait. Savez-vous si c'est le cas ou non?

Enfin, une autre crainte surgit, à savoir qu'en passant par l'IFIC, le calcul de la pension serait différent et que le personnel des hôpitaux publics serait également pénalisé.

Concrètement, savez-vous pourquoi le personnel des hôpitaux publics en particulier est à ce point réticent? Combien de personnes ont-elles choisi le barème IFIC? Pouvez-vous répondre aux différentes questions que je vous ai posées? Prendrez-vous des décisions pour faire en sorte que chacun soit réellement revalorisé à la suite de la crise sanitaire?

De **voorzitter**: De heer De Caluwé is niet aanwezig.

Comme vous le savez, nous sommes dans un débat d'actualité et il est possible pour d'autres membres de poser des questions ou de prendre la parole lors de répliques.

01.04 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, j'ai une question qui vient plus tard dans l'agenda, mais qui est en lien direct avec l'IFIC. Elle concerne la situation des infirmiers SISU. On a déjà évoqué la problématique de cette réforme de l'IFIC à de nombreuses reprises. Elle représente de nouveaux avantages pour beaucoup d'infirmiers et d'infirmières, mais aussi une situation pénible pour certains d'entre eux. C'est le cas des infirmiers et infirmières SISU, qui se retrouvent face à un choix délicat et complexe. Soit ils vont vers l'IFIC - ils perdent ainsi certains avantages actuels et tendent vers une perte de reconnaissance de leur statut - soit ils restent dans leur statut actuel pour ceux qui le peuvent, sans savoir s'ils le conserveront à l'avenir. Ce n'est pas simple.

La situation est claire. Je posais ma question le 20 mai dernier. Les auteurs d'une carte blanche formulaient déjà de nombreuses attentes, allant notamment dans le sens d'une reconnaissance et d'une revalorisation financière des spécialisations - or, nous allons ici dans l'axe contraire - d'une révision des normes d'encadrement infirmier en soins intensifs et aux urgences, mais également d'une série de services hospitaliers qui font actuellement défaut, ainsi que de l'élaboration d'un vrai plan pour lutter contre la pénurie de personnel infirmier. Bien que la réforme IFIC permette aujourd'hui de motiver et de mobiliser le personnel soignant en nombre, elle a aussi une conséquence: elle démotive les spécialisations. C'est un danger.

Avez-vous bien entendu ces revendications, monsieur le ministre? Avez-vous pu vous concerter avec l'UGIB sur la question? Avez-vous des solutions et des réponses à apporter à ces infirmiers SISU et à ces infirmiers spécialisés? Où en sommes-nous dans les discussions relatives à la lutte contre la pénurie des infirmiers? Cette réforme de l'IFIC mène à ce questionnement, car elle nous situe dans une politique générale et globale à l'égard de la motivation du personnel infirmier. Ne laissons pas les spécialistes de côté.

Le **président**: Merci, monsieur Rigot. Je déduis de vos propos que vous avez posé votre question n° 55017929C. C'est peut-être un oubli dans le regroupement des questions en fonction du débat d'actualité. Je le signale alors à M. le ministre.

01.05 Hervé Rigot (PS): Oui, je me suis permis de la poser. Nous gagnons ainsi du temps.

01.06 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik moet bekennen dat ik in een ver verleden functieclassificatiedeskundige was. Ik weet dus als geen ander hoe moeilijk het is om zo'n functieclassificatieproject op te starten, vorm te geven en vooral te implementeren. Het gaat immers niet alleen over loon - ik stel u wellicht teleur -, maar vaak ook over de relatieve waarde van een job ten opzichte van een andere job. Vaak vertalen werknemers dat als "mijn waarde", terwijl het eigenlijk daar niet over gaat.

Een modernisering was alleszins noodzakelijk. Als ik goed geïnformeerd ben, dateerden het vorige loonmodel en de financiering van dertig jaar geleden en op een gegeven moment moet men moderniseren. Dat brengt de zaken in beweging, maar roept ook weerstand op. Er werden enkele mooie principes vastgelegd na grondige onderhandelingen met de sociale partners. De verloning is gebaseerd op de inhoud en de functie. Ook heel belangrijk is dat het een evolutief model is. Er is de vrije keuze: de huidige werknemers die er geen voordeel bij hebben, kunnen ervoor opteren om in het oude systeem te blijven. Die mooie principes zijn ook belangrijk om het IFIC-systeem op termijn te implementeren.

Omdat ik weet dat het moeilijk is om het systeem te implementeren en dat de rol van de sociale gesprekspartners daarbij heel belangrijk is, is mijn eerste vraag of er ook systematisch met de sociale partners wordt overlegd. Op welke manier zal dat gebeuren? Zullen ook de beroepsorganisaties worden gehoord?

De attractiviteit van het beroep moeten we verhogen. Daarom is mijn tweede vraag of het systeem zodanig is aangepast dat het de instroom bij het begin van een carrière kan verhogen.

01.07 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, het onderwerp is al enkele keren ter sprake gekomen, ook in de plenaire vergadering. Ik begin met te herhalen dat IFIC een nieuw loonclassificatiemodel is dat tot stand is gekomen onder impuls van de sociale partners van de zorgsector zelf. Het is een model dat wordt uitgerold in de hele sector, zowel privé als publiek.

Voor de private sector is het sinds 1 juli 2021 in voege. De modaliteiten van de invoering werden overeengekomen binnen het paritair comité 330 en werden neergelegd in de collectieve

arbeidsovereenkomst betreffende de volledige invoering van een nieuw loonmodel voor de federale gezondheidsdiensten van 31 maart 2021.

Wat de publieke sector betreft, zijn de besprekingen tussen de sociale partners gaande. Deze worden zeer intensief opgevolgd door mijn beleidscel om zo snel mogelijk tot een akkoord te kunnen komen. Wat de timing betreft, is het de bedoeling dat de werknemers in de publieke sector op dezelfde manier van IFIC kunnen genieten als hun collega's in de private sector. Dat betekent dat het nog steeds de intentie van de sociale partners is dat ook de werknemers in de publieke sector nog in 2021 zullen kunnen toetreden tot IFIC, met terugwerkende kracht vanaf 1 juli. Dat is de datum van overschakeling naar IFIC in de private sector.

Een eerste deelprotocol werd hierover ondertussen ook afgesloten in comité A. Het tweede deel is in voorbereiding. Op dit ogenblik is het nog niet mogelijk om cijfergegevens te geven over hoeveel mensen voor IFIC kozen in de private sector. Het is immers nog maar enkele dagen in werking. Op basis van ramingen van IFIC zou bijna 80 % van de werknemers de keuze voor IFIC kunnen maken.

Over het algemeen betekent IFIC dus een vooruitgang. Dat is zeker zo aan het begin van de carrière. Mevrouw Vanpeborgh verwees naar het belang daarvan. Dat is inderdaad een bewuste keuze, ook van degenen die IFIC opgesteld hebben. Men wil de aantrekkelijkheid van het beroep voor beginners verbeteren.

Ik wil dus herhalen dat het nieuwe IFIC-systeem niet verplicht is voor werknemers die al werkzaam zijn in de zorg. De werkgever heeft aan elke werknemer het voorstel bezorgd om al dan niet toe te treden tot IFIC. Daarbij gaf hij aan elke werknemer een vergelijkingsoverzicht van zijn loontraject op basis van de oorspronkelijke barema's en op basis van IFIC. Zo kon de werknemer een keuze maken.

De werknemer voor wie IFIC ongunstig bleek, stond het dus vrij om dit te weigeren. Dat principe wordt niet in vraag gesteld want de werknemer die ervoor kiest zijn huidige loopbaan- en loontraject te behouden, blijft genieten van de bestaande loonvoorwaarden, inclusief de overeengekomen toekomstige verhogingen. De gespecialiseerde verpleegkundigen met een erkende beroepstitel of beroepsbekwaamheid, de zogenaamde BBT/BBK, behouden de daaraan gekoppelde premie, ook indien ze veranderen van werkgever. Zoals steeds gezegd kan het IFIC-systeem dus nooit nadelig zijn voor de bestaande werknemers. Ik durf eigenlijk wel zeggen dat zo'n garantie toch redelijk ongezien is. Het principe is ook opgenomen in de cao die afgesloten is door de sociale partners.

Wat betreft de nieuw aangeworven gespecialiseerde verpleegkundigen moet vooreerst opgemerkt worden dat de bestaande premies voor specialisatie geïntegreerd zijn in de IFIC-barema's, waardoor ze dus in de toekomst gevaloriseerd blijven. IFIC gaat daarbij uit van de verantwoordelijkheden en de technische handelingen die daadwerkelijk op de werkvloer worden uitgevoerd. Men kijkt dus niet langer alleen naar het diploma. Dat was ook een bewuste keuze van de partners en IFIC.

De signalen van het terrein met betrekking tot de specialisaties die u inspireerden om deze vragen te stellen, hebben zowel de sociale partners als mij bereikt. De sociale partners hebben ons daarover geïnterpelleerd en dit laat mij helemaal niet onverschillig. Ik heb de frustraties en bezorgdheden zeer goed gehoord en zoals gezegd is het overleg daarover lopende. Verder heb ik de beroepsverenigingen zelf daarover gehoord.

Samen met de sociale partners wordt onderzocht welke nieuwe incentives kunnen worden gegeven voor levenslang leren en voor de specialisaties voor een kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de situatie van de verpleegkundigen, ook andere zorgkundigen worden in deze oefening meegenomen. Tegelijk is het belangrijk dat dit alles een plaats vindt binnen de logica van IFIC.

IFIC is sowieso een evolutief model want ongeveer 10 % van de functies wordt jaarlijks herzien, wat kan leiden tot een wijziging in een baremacategorie. De inhoud van de taken en de IFIC-functiebeschrijvingen worden daarbij gebruikt om de IFIC-score en de IFIC-categorie te bepalen, en om op basis daarvan een barema toe te wijzen. Op die manier is IFIC niet alleen aangepast aan de realiteit van vandaag, het model is ook toekomstbestendig. Uiteraard zal een medewerker de keuze hebben om tot IFIC toe te treden.

Ik begrijp zeer goed dat er vragen en bezorgdheden bestaan over de invoering van dit nieuwe model. Op zulke momenten is het belangrijk om goed te luisteren en ook zo goed als mogelijk informatie te bieden. Mijn beleidscel heeft samen met de sociale partners deelgenomen aan een webinar, georganiseerd door de koepelorganisatie Algemene Unie van Verpleegkundigen van België vzw, net over de implementatie van

IFIC. Samen met de sociale partners hebben wij getracht antwoorden te bieden op de vragen die leven op het terrein.

Ik ben met de sociale partners blijvend in overleg om oplossingen te zoeken voor de uitdagingen die voorliggen omtrent de specialisaties binnen IFIC, maar ook het zorgberoep, de valorisering en de activiteit van het zorgberoep. Dat is geen eenvoudige opdracht waarbij ik met een enkel simpel antwoord wegkom. Het gaat om een oefening die dient te gebeuren op basis van objectieve gegevens en die grondig onderzoek en debat vraagt. Het zal ook enige tijd vergen, maar we gaan het niet uit de weg. Het tripartiet overleg daarover is lopende, zowel voor wat betreft IFIC als de attractiviteit. In de middelen daarvoor is ook voorzien. Specifiek voor de attractiviteit is er 100 miljoen euro gereserveerd en ook daarover blijf ik natuurlijk in gesprek met de beroepsorganisaties.

Mijnheer de voorzitter, ziedaar een antwoord op de gebundelde vragen.

01.08 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik vind het heel goed dat u in overleg bent getreden met de sector en hebt deelgenomen aan de webinar, want er leefden daarover inderdaad heel veel vragen op het terrein. Goed is ook, zoals u in plenaire vergadering al had onderstreept, dat de keuze blijft bestaan en dat er niemand op achteruitgaat.

Het is evenwel niet fair dat wie geïnvesteerd heeft in beroepsbekwaamheid en dus een extra titel heeft verworven, er niet op vooruit zou gaan in vergelijking met iemand die dat niet heeft. Ik had begrepen dat er nog werd overlegd om daar een mouw aan te passen, zodat ook zorgverstrekkers met een bijzondere beroepsbekwaamheid of beroepstitel erop vooruit zouden gaan. Ik heb nog niet vernomen of de kwestie inmiddels geregeld is. Als de enige oplossing is dat de betrokkenen in het oude systeem kunnen blijven, vind ik dat teleurstellend.

U probeert vandaag duidelijkheid te scheppen, maar hebt nog niet meteen zicht op het aantal. U zegt dat 80 % erop vooruit kan gaan en gebruikt termen als "over het algemeen". Het zou beter zijn, mochten de nodige simulaties voordien gebeurd zijn, zodat u ons cijfers zou kunnen verschaffen over wie er exact op vooruitgaat en zodat u vooral ons een verklaring zou kunnen geven waarom 20 % er niet op vooruitgaat en wat er voor hen nog te verwachten valt. De onzekerheid zorgt in de sector begrijpelijkerwijs voor het nodige ongenoegen. Het is jammer dat u dat niet hebt kunnen rechtzetten.

Bij veel maatregelen voor de verpleging worden er wel vaker snel mooie woorden uitgesproken en beloftes gedaan, maar blijft de uitvoering wat achterwege. Dat is nu voor de zoveelste keer het geval. Hopelijk trekt u hieruit een les en pakt u het de volgende keer beter aan door eerst in overleg te treden en de zaken uit te klaren vooraleer aan te kondigen dat alle verpleegkundigen erop vooruitgaan.

01.09 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, het is bijzonder jammer dat ondanks een inspanning van ettelijke miljoenen euro's vanuit de overheid er een groep medewerkers uit de zorgsector met een ontevreden en wrang gevoel achterblijft.

Het doet bij ons weer de vraag rijzen hoe de beslissingen over de nieuwe functieclassificaties met bijhorende loonvoorwaarden tot stand zijn gekomen. Waren sommige groepen niet vertegenwoordigd of ondervertegenwoordigd, zoals dat wel eens gebeurt bij dat soort organen? Niet voor de eerste keer blijkt duidelijk dat sommige groepen medici een veel grotere invloed hebben op de beslissingen dan andere. Dit is ook de reden waarom een broodnodige hervorming van de ziekenhuisfinanciering finaal steeds tot mislukken gedoemd is: sommige mensen willen hun prerogatieven en privileges nooit laten inperken.

Het gedeeltelijke echec van de hervorming is natuurlijk te betreuren. Maar als men wist dat een groep werknemers er niet op vooruit zou gaan, dan had men beter wat voorzichtiger gecommuniceerd. Als men zeer bewust kiest voor een aankondigingspolitiek – "tot 8 % loonsverhoging" – dan horen de mensen de tot niet; enkel de 8 % extra blijft hangen, en dat keert nu als een boemerang terug in het gezicht van de minister.

Wij begrijpen dat de betrokkenen ontgoocheld zijn en dat het verhaal deels op een anticlimax eindigt, maar dat heeft het Belgische establishment enkel aan zichzelf en zijn communicatie te danken.

01.10 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le président, monsieur le ministre, je suis un peu plus rassurée aujourd'hui que je ne l'étais, il y a deux semaines, après vous avoir entendu en séance plénière. En effet,

vous avouez qu'il y a des problèmes.

Même si le système IFIC nous semblait, au départ, être une bonne chose puisqu'il est question de rémunérer la fonction et pas nécessairement le diplôme, il semble qu'il pose de nombreux problèmes.

J'entends qu'il n'y a pas encore d'accord et que les discussions sont en cours. En tout cas, une revalorisation des barèmes pour tous est nécessaire.

Vous dites que les gens ont le choix; ce n'est pas tout à fait vrai puisque les jeunes doivent opter pour ce nouveau système. Il faut donc que celui-ci soit bon.

Par ailleurs, une personne diplômée qui changera de fonction au sein de l'hôpital pourra-t-elle ou non continuer à bénéficier du même barème? Cette question suscite une grande inquiétude. Il est ici également question de la pénibilité du travail. Travailler, par exemple dans des services spécialisés, ne devient parfois plus possible à partir d'un certain âge. Dans ce cas de figure, la personne concernée perdra-t-elle ou non une partie de son salaire?

Se pose également la question de tous les acquis. Dans certains hôpitaux, les salaires sont plus élevés. Il n'est pas normal que, dans certains hôpitaux publics, on doive opter pour des salaires plus bas.

Vous n'avez pas répondu à ma question relative aux pensions. Le système IFIC peut-il avoir un impact sur les pensions des agents du service public?

Le PTB soutiendra les travailleurs et les revendications de ceux-ci, et n'hésitera pas à revenir vers vous pour vous interroger sur le sujet.

Quoiqu'il en soit, je vous souhaite de bonnes négociations. Monsieur le ministre, surtout écoutez bien le personnel et ses inquiétudes!

01.11 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, c'est une avancée pour la plupart des infirmiers et infirmières. On ne peut le contester. C'est une belle reconnaissance et une reconnaissance financière importante. Mais, comme je vous l'ai indiqué, les spécialistes craignent de faire un mauvais choix. Quant aux nouveaux travailleurs, ils devront rentrer dans le système IFIC; c'est un problème et ce n'est pas sans conséquence sur la motivation.

Je retiens toutefois des points très positifs. Premièrement, comme vous l'avez dit, le modèle est évolutif et vous ne manquerez pas de poursuivre la concertation avec tous ceux et celles que nous devons consulter au quotidien pour prendre les bonnes décisions. Je m'en réjouis.

Deuxièmement, je suis heureux de voir que cette concertation perdure pendant l'été et que vous avez bien la volonté d'atterrir avec une solution pour ces spécialistes qui, aujourd'hui, ont l'impression d'être laissés sur le carreau.

Enfin, puisqu'il s'agit d'une impression et qu'il y a des avancées positives, n'hésitez pas, monsieur le ministre, à bien communiquer avec les associations représentatives, les syndicats, les travailleuses et les travailleurs pour qu'ils aient le sentiment de ne pas être grugés et qu'ils soient convaincus que c'est le bon choix.

J'entends tous les jours des spécialistes qui émettent des craintes. Si ces craintes ne sont qu'un sentiment, communiquez sans relâche, allez vers eux, informez-les de ce que représente la réforme pour eux et indiquez-leur aussi les conséquences positives qui pourront être présentes demain sur le terrain! Ne manquez pas cet élément essentiel! Gardez le contact avec le terrain! Informez, communiquez, échangez! C'est ainsi que vous parviendrez à réussir la réforme.

01.12 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik ben blij met de mededeling dat het een van de doelstellingen is om de aantrekkelijkheid van het beroep te verhogen. Ik denk dat dat heel belangrijk is. We horen die vraag vaak op het terrein, maar ook in de commissie voor Volksgezondheid.

Dat de huidige werknemers bovendien niet achteruit kunnen boeren, is ook positief. Op basis van mijn jarenlange ervaring kan ik u alvast vertellen dat dat bij de implementatie van heel wat projecten van

functieclassificatiesystemen vaak niet het geval is. Hier is dat wel het geval en er staat zelfs een budget tegenover.

Ik ben ook blij met het systematisch sociaal overleg, ook met de beroepsorganisaties. De ervaring heeft mij geleerd dat een ideaal functieclassificatiemodel echt niet bestaat. De verschuivingen naar aanleiding van veranderingen zijn altijd confronterend voor een of andere groep. Het doet de gemoederen verhitten. Het gaat niet alleen over loon. Het is ook een psychologisch proces. Wat is de waarde van mijn job? Uit ervaring weet ik dat het overleg daarbij bijzonder belangrijk is.

Ik heb er alle vertrouwen in dat u hiervan een punt maakt en zult blijven maken, mijnheer de minister.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Actualiteitsdebat over PFOS Zwijndrecht en toegevoegde vragen van

- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "PFOS in Zwijndrecht en de verantwoordelijkheid voor gezondheidsproblemen" (55018880C)

- Séverine de Laveleye aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De pfas-vervuiling" (55019040C)

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "PFOS" (55019178C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Pfas en de PFOS-vervuiling in Zwijndrecht" (55019681C)

02 Débat d'actualité sur PFOS Zwijndrecht et questions jointes de

- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence de PFOS à Zwijndrecht et la responsabilité liée aux problèmes de santé" (55018880C)

- Séverine de Laveleye à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pollution aux PFAS" (55019040C)

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le PFOS" (55019178C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les PFAS et la pollution au PFOS à Zwijndrecht" (55019681C)

02.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, vaak heb ik het gevoel dat het pfos-schandaal enkel op Vlaams niveau actueel is of ter sprake komt, terwijl er toch ook een belangrijk gezondheidsaspect aan vasthangt. Aangezien er nog veel vragen op de agenda staan, zal ik de tekst van mijn ingediende vraag niet helemaal voorlezen, ik zal mij beperken tot de essentie.

Op Vlaams niveau wordt gesteld dat de vervuiler betaalt. Steeds weer rijst de vraag wie er opdraait voor de saneringskosten. Maar ik vraag mij af wie er opdraait voor de gezondheidskosten van mensen die ziek worden door een vervuiling die helemaal valt terug te brengen tot een bedrijf. Het gaat nu om een dossier met een concrete aanleiding, maar de vraag kan ook worden opengetrokken, zodat de kwestie preventief bekeken kan worden. Wanneer bedrijven een mogelijk vervuilend product op de markt brengen en/of in ons land produceren, wordt het met die bedrijven voorafgaandelijk al doorgesproken wie er opdraait wanneer het voorzorgsprincipe niet gehanteerd wordt of niet werkelijkheid wordt?

Mijnheer de minister, hoe zit het met de gezondheidskosten? Kunnen de gezondheidskosten verhaald worden op een bedrijf als 3M?

Welke rol kan Sciensano in dat dossier op zich nemen?

Hoe verloopt de samenwerking met de OVAM? Welke rol speelt de OVAM voor de gezondheidsrisico's? Kan ook Grondbank, de bodembeheerder van de Vlaamse overheid, een rol spelen?

Ik wil het debat verbreden zodat het niet enkel over de sanering van de grond gaat, maar ook over de gezondheidskosten.

02.02 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): *A la suite des travaux de la liaison Oosterweel, une quantité importante de PFOS a été découverte à Zwijndrecht. Le taux de PFOS dans l'eau est énorme: 500*

microgrammes par Kilogramme. La cause de cette présence énorme de PFOS est attribuée à sa production importante pendant 30 ans par la société 3M. L'Université d'Anvers avait pourtant publié des études à partir de 2004, dénonçant la présence de cette substance près de l'usine 3M. Les PFOS, une catégorie de PFAS, parfois appelés « produits chimiques éternels », ne se décomposent pas, se propagent facilement dans l'environnement, dans l'eau, nos aliments et notre corps. Ces substances nocives s'accumulent et causent, d'après un grand nombre d'études, des troubles hormonaux, cancers et troubles du foie, parmi d'autres. Dans un rapport de 2020, l'EFSA identifiait que plus de 70% de européens ont des niveaux de PFAS dans leurs organismes supérieurs aux seuils de sécurité. Les autorités flamandes ont conseillé de ne pas consommer d'œufs et volailles de sa propre production ni l'eau locale, dans les environs immédiats (1,5 km) du site 3M, de ne pas manger d'œufs de ses poules dans un rayon de 5km et de n'en manger qu'un par semaine dans un rayon de 10km. Ces mesures démontrent la gravité de la situation.

À la suite des prélèvements sanguins effectués gratuitement sur les habitants de la région, quelle a été la concentration de PFOS retrouvée dans les échantillons?

Comment évaluez-vous l'impact de cette pollution sur la population riveraine de l'usine, et plus largement sur la population belge?

Une intervention financière est-elle prévue dans les soins de santé des personnes contaminées dans la zone de Zwijndrecht?

En tant que ministre de la santé et en collaboration avec vos collègues, quelles sont les mesures que vous allez prendre pour limiter les effets néfastes des PFAS sur les belges?

La DG EMV va-t-elle effectuer l'étude demandée par le bourgmestre de Zwijndrecht? Si oui, quelle est la date de publication de l'étude?

02.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik verwijs ook naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Meer dan een miljoen mensen wonen op minder dan 15 kilometer van de oude 3M-fabriek in Zwijndrecht, waar de bodem zwaar verontreinigd is met fos. Iedereen die binnen die straal woont, eet volgens wetenschappers van de UAntwerpen beter geen eieren van eigen kippen meer, omdat ze te veel fos bevatten.

Hoe bekijkt u de situatie en welke maatregelen kan en zal u nemen (in het kader van uw bevoegdheid) om de schadelijke gevolgen tegen te houden?

Zal u hiervoor in dialoog gaan met de deelstaat?

Wat is de fos-concentratie in het bloed bij de inwoners in de regio?

Hoeveel stalen zijn afgenomen en wat is de conclusie?

Welke gezondheidsgevolgen heeft dit op de Belgen in de buurt en de algemene Belgische bevolking?

02.04 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, sinds een aantal weken is het pfos-schandaal uitgebroken. Het gaat klaarblijkelijk om een potentieel groot volksgezondheidsprobleem.

De mensen in de omgeving weten nog steeds niet waar zij aan toe zijn. Intussen is er wel gezegd dat de omwonenden geen eieren of groenten uit hun eigen tuin mogen eten. We weten ook dat fos een hormoonverstoorder is, die zorgt voor een vermindering van het immuunsysteem. Het is ook potentieel kankerverwekkend en tast de vruchtbaarheid aan.

Ik hoop dan ook dat u dit probleem als minister van Volksgezondheid ter harte neemt en dat u bekijkt wat de gevolgen zijn voor de volksgezondheid.

Ik ben eens gaan kijken bij ons vroegere Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, intussen omgedoopt tot Sciensano, dat wij allemaal kennen van de opvolging van de coronacrisis. Op de website van Sciensano staat effectief een klein hoofdstukje over fos en phas, maar dat is zeer beperkt.

Ik kom tot mijn vragen aan u.

Welke stappen hebt u, als federaal minister, genomen om de bevolking te beschermen tegen phas?

Bent u ook betrokken bij de problematiek in Zwijndrecht en omstreken? Hebt u bepaalde maatregelen genomen?

Hoe beoordeelt u op dit moment het gevaar en de gevolgen van die vervuiling? Hebt u opdracht gegeven tot enig onderzoek ter zake?

Er is reeds een klein gezondheidsonderzoek bezig. Hebt u daar inzage in gekregen? Wat wordt er precies gemeten? Kunt u ons daar al een stand van zaken van geven? In hoeverre werkt u op dat vlak samen met de Vlaamse overheid, gelet op de verschillende bevoegdheidsniveaus?

De **voorzitter**: Wensen nog andere leden het woord te nemen?

02.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb nog een aantal vragen.

Collega Merckx sprak al over de effecten op de hormoonbalans, het afweersysteem en eventueel ook een verhoogde kankerincidentie door phos of phas, maar zijn er al cijfers over een verhoogde incidentie in bepaalde regio's die eventueel aan die producten gekoppeld kan worden?

In Vlaanderen is er sinds 2020 een actieplan met betrekking tot phas dat zowel de gezondheid als het leefmilieu behelst, maar zijn er ook nationale acties met betrekking tot phas gepland door de FOD Volksgezondheid en kunt u daar wat over uitweiden?

Donderdag zal blijkbaar een interministeriële conferentie (IMC) plaatsvinden met betrekking tot pfas waar u ook aanwezig zult zijn. Kunt u even toelichten wat de bedoeling van die IMC juist is? Minister Demir wil de aanpak van pfas in de Raad Milieu bespreken, omdat de EU volgens haar te weinig actie onderneemt inzake normering. Bent u ook van plan om dat thema aan te kaarten in de EPSCO?

De **voorzitter**: Wensen nog andere leden het woord te nemen? *(Nee)*

02.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik begin met een algemene inleiding, waarin ik al een aantal elementen van het beleid wil aanstippen dat we op het federale niveau voeren.

Ik wil eerst nogmaals duidelijk zeggen dat ik als federaal minister van Volksgezondheid geen bevoegdheid heb in het aanpakken van plaatselijke milieuverontreiniging in Zwijndrecht. Dit is een bevoegdheid van de Vlaamse overheid, maar het is natuurlijk een belangrijke kwestie die we als burgers allemaal volgen.

Mijn administratie is wel actief in het Europese en internationale beleid in verband met deze stoffen. Enerzijds, met betrekking tot de hele REACH-regelgeving. REACH staat voor Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals. Anderzijds, bij de verontreiniging van pfas en pfos in voeding, omdat wij een verantwoordelijkheid hebben voor het vaststellen van voedingsnormen.

Mevrouw Gijbels, ik denk toch dat ik mag stellen dat België sinds enkele jaren een ambitieuze positie in de Europese Unie inneemt, ik kan natuurlijk alleen maar spreken vanuit het federale perspectief, om het gebruik van pfas zo veel mogelijk in te perken. Dan gaat het zowel over gebruiksproducten als over voeding.

Met betrekking tot die federale bevoegdheden volgt mijn overheidsdienst de ontwikkelingen in dit dossier zeer nauw op, maar er is een verdeling van bevoegdheden over de verschillende federale ministers. Op het vlak van de voedingscontrole is de heer Clarinval bevoegd. Het FAVV valt ook onder zijn bevoegdheid, maar we werken natuurlijk nauw samen voor dit thema. Voor de internationale aspecten van chemische stoffen is mevrouw Khattabi bevoegd. Dan verwijs ik naar REACH, maar ook naar POP, Persistent Organic Pollutants en CLP, Classification, Labelling and Packaging. Ook met mevrouw Khattabi heb ik natuurlijk nauw overleg.

Ik weet nog niet precies wat in de interministeriële conferentie zal worden besproken, ik denk dat u dat aan mevrouw Khattabi moet vragen, maar ik denk dat het zal gaan over wat wij in België, maar ook op Europees en internationaal vlak kunnen voorstellen.

Wat de band betreft tussen leefmilieu en REACH, kan ik zeggen dat mijn administratie al langer actief is in het verzamelen van gegevens omtrent pfas in België. Bij het verzamelen daarvan werkt mijn administratie dan ook nauw samen met de gewestelijke instanties die daarvoor verantwoordelijk zijn.

Dat vindt plaats binnen de structuren van de CCIM – het Coördinatiecomité Internationaal Milieubeleid - in de korte keten pfas-subgroep. Dat is eigenlijk een vervanging van de *long chain* phas. De *short chain* phas is nog behoorlijk onbekend terrein. We werken in ieder geval daarrond samen binnen de structuur van de CCIM. Er is een rapport opgesteld in verband met pfas in België. Daarin vindt men onder andere de gegevens over de humane biomonitoring, de monitoring van bio- en emissiegegevens van de industrie, enzovoort.

Gegevens verzameld voor dit CCIM-rapport worden dan door onze diensten gecommuniceerd naar de Europese lidstaten, die bezig zijn met het voorbereiden van REACH-restricties van pfas. Ik verwijs naar een Europees beleidsproces dat onder andere de vervaardiging, het in de handel brengen en het gebruik van chemicaliën in de hele Europese Unie reguleert.

Volgens de huidige planning zal een algemene Europese restrictie op pfas ten vroegste in actie treden in 2024. Naast de aandacht voor pfas, die al langer bestaat, zijn we naar aanleiding van het incident in Zwijndrecht nu ook in nauw overleg met het kabinet van mevrouw Khattabi om te kijken welke bijkomende federale maatregelen rond leefmilieu of gezondheid we nog zouden kunnen nemen. Dat komt aan de orde op de vergadering waar u naar verwees, mevrouw Gijbels. Het is nog te vroeg om me daarover uit te spreken. Natuurlijk zal dit ook gebeuren in nauw overleg met de deelstaten.

Wat voedingsnormen betreft, maakt mijn administratie ook deel uit van de Europese werkgroep die nieuwe EU-geharmoniseerde normen aan het ontwerpen is met betrekking tot de aanwezigheid van phas in voeding. We verwachten dat deze werkgroep op het einde van 2021 tot een besluit zal komen, om daarna de goedkeuringsprocedure verder te zetten binnen de Europese organen.

Op basis van de nieuwe drempelwaarden die de Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid EFSA heeft voorgesteld met betrekking tot de inname van pfas per week, de zogenaamde *weekly intake*, heeft het Standing Committee on Plants, Animals, Food and Feed, het PAFF Committee, beslist om werk te maken van normen inzake pfas in voeding.

Er is dus enerzijds de EFSA die een nieuwe drempel heeft voorgesteld voor de *total weekly intake* waarna anderzijds het PAFF Committee heeft beslist om werk te maken van normen voor pfas in voeding.

Er is nu een preliminaire versie van de normen voorgelegd aan de lidstaten en men heeft hen verzocht om tegen eind juli een standpunt in te nemen. Daarna zal dit onderworpen worden aan een gerichte stakeholderanalyse, waarbij men de consumenten en de betrokken sectoren zal bevragen. Het is de bedoeling om eind dit jaar tot normen te komen, die dan de procedure zullen doorlopen binnen de Europese instellingen. In voorbereiding van het Belgische standpunt wordt momenteel de Adviesraad inzake voedingsbeleid geraadpleegd, waarin men onder meer de Belgische stakeholders vindt. De verwachting is dat we deze normen tegen de zomer van 2022, na het Europese proces, zullen kunnen implementeren.

U zal zeggen dat dit nog even duurt en dat klopt ook. Anderzijds, als dat lukt is het voor een Europees proces dat nu op volle snelheid komt toch behoorlijk snel. Het ontwerp van Europese verordening betreffende maximumgehalten van pfas in bepaalde levensmiddelen bevat ontwerpnormen voor de vier pfas die geïdentificeerd zijn door de EFSA, waaronder pfos. Er zijn ontwerpnormen voor zowel de som van de vier stoffen als voor elke stof apart.

Het gaat hierbij om de levensmiddelen groepen eieren, vis, schaal- en schelpdieren, vlees en gevogelte, wild, orgaanvlees en melk. Voor groenten en fruit wil de Commissie eerst meer monitoring krijgen alvorens men tot het opstellen van normen overgaat. Voor groenten en fruit wil de Commissie dus een aanbeveling uitvaardigen om eerst meer meetgegevens te verzamelen.

Er zijn op dit moment dus geen Europese normen met betrekking tot pfas in voeding. In afwezigheid daarvan heeft het FAVV actielimieten opgesteld. Die geven aan wanneer men vanuit het standpunt van voedselveiligheid in actie zou moeten komen. Die actielimieten zijn opgesteld op basis van een advies van het Wetenschappelijk Comité van het FAVV dat dateert van 2017.

Het FAVV is op dit moment monsters aan het verzamelen van 37 producenten van vlees, melk en eieren in een straal van 15 km rond de 3M-fabriek van Zwijndrecht. Het FAVV hanteert daarbij de huidige actielimieten, maar ik moet daar meteen aan toevoegen dat we weten dat die actielimieten verouderd zijn en op basis van voortschrijdend inzicht moeten worden beoordeeld als eerder hoog. In de toekomst verwachten we op basis van voortschrijdend inzicht lagere normen en lagere actielimieten met betrekking tot de verontreiniging van pfas die de veiligheid van voedsel in gevaar kan brengen.

Overigens is er ook een uitdaging met betrekking tot de performantie van de laboratoria. Die moeten immers in staat zijn om heel kleine hoeveelheden te meten. Ook daar is er nog werk aan de winkel. Het gaat over de LOQ, *limit of quantification*. Men moet LOQs hebben die voldoende scherp en voldoende laag zijn om te kunnen meten wat men moet weten of te kunnen vaststellen wat men moet vaststellen.

Om een goed beeld te krijgen van de gehele Belgische situatie zal het FAVV een campagne starten om in heel België pfas in voeding te meten. Alle informatie die samenhangt met de situatie in Zwijndrecht zal worden verzameld en geanalyseerd. Dat zal bijdragen tot de federale en Europese regelgevende acties die nodig zijn.

Les résultats des débats récents au Parlement seront pris en compte, ainsi que la résolution sur les PHOS adoptée en séance plénière le 1^{er} juillet. Nous suivrons de près ce dossier afin d'évaluer les possibilités de mise en œuvre, en sus des initiatives en cours. Nous soutiendrons une approche fédérale ambitieuse et complémentaire aux niveaux européen et régionaux en la matière.

Signalons que le cadre réglementaire existant couvre déjà une partie de cette problématique. Concernant le cas précis du PFOS, le polluant principalement cité dans le cas de Zwijndrecht, la production, la commercialisation et l'utilisation en sont interdites dans l'Union européenne depuis des années, exception faite du placage de chrome 6 non décoratif dans les systèmes fermés. Étant donné que le PFOS est un POP (un polluant organique persistant), il doit être conforme à la gestion des déchets imposée par ces règlements POP directement d'application en Belgique. Les Régions sont bien sûr libres de fixer des normes plus strictes. Ceci est une note de bas de page importante pour indiquer qu'il existe un cadre réglementaire déjà bien défini pour le PFOS.

Concernant la concentration de PFOS retrouvé dans les échantillons en Flandre, s'agissant d'une compétence de l'autorité flamande, les résultats dépendent de leurs recherches et ne nous ont pas encore été communiqués. Ils nous seront fournis par le NEHAP (*National Environment and Health Action Plan*) qui est une structure dans laquelle les différentes administrations de l'environnement et de la santé belges travaillent en étroite collaboration.

Ik voeg er nog aan toe dat de Vlaamse overheid al sinds 2007 aan biomonitoring van pfas in de Vlaamse bevolking doet. Het besluit is dat de pfas-concentraties in de Vlaamse bevolking vergelijkbaar zijn met die van andere Europese lidstaten. Voor pfos en PFOA zien we overschrijdingen van de gezondheidkundige toetsingswaarden: 77 % van de deelnemende volwassenen heeft een waarde die boven de toetsingswaarde ligt voor phos en PFOA, maar wel werd een daling van die componenten in de tijd vastgesteld. Dat is ongetwijfeld een weerspiegeling van de beperkingen op het gebruik van die stoffen.

Van andere pfas zijn er nog geen resultaten beschikbaar.

Il existe aussi un projet européen en cours – Human Biomonitoring in Europe (HBM4EU) – dans lequel les données des PFAS (incluant les PFOS) venant des différents pays seront analysées et comparées. L'analyse de ces données est en cours.

Nous évaluons l'impact de cette pollution sur la population riveraine de l'usine et sur la population belge au sens large à travers le biomonitoring général de la population belge. Celui-ci indique l'omniprésence des PFAS chez nos concitoyens, ce qui constitue une préoccupation et conduit la Belgique à proposer des actions européennes ambitieuses. D'ailleurs, nous ne sommes pas restés inactifs à propos de ces substances. Depuis les années 2000, il y a notamment les règlements POP, l'évaluation de substances, la participation à des comités d'experts en préparation de politiques européennes et internationales, la reconnaissance des PFAS comme une thématique prioritaire, etc.

Cependant, nous ne pouvons tirer aucune conclusion claire sur les conséquences précises de cette

pollution, en particulier avant que les données de biomonitoring de mesures dans l'environnement et de surveillance de la chaîne alimentaire ne soient entièrement disponibles pour ce cas précis. Les données d'exposition via l'environnement et de concentration dans la population sont de la compétence des Régions, qui les publient sur leur site internet et les partagent avec le niveau fédéral via l'application CCPI notamment.

Plus globalement, du point de vue de la toxicologie et de l'écotoxicologie, les PFAS et PFOS sont en effet un sujet de préoccupation important. Concernant les PFAS, considérés comme un groupe, certains de leurs dangers sont reconnus légalement en vertu de divers règlements, mais cette reconnaissance n'existe actuellement que pour une petite partie de plus de 6 000 PFAS. Le danger des PFOS en est d'ailleurs l'un des mieux connus. Une littérature scientifique récente et toujours plus abondante montre des indices de plus en plus solides des divers problèmes liés à certains PFAS. Il existe des effets cocktails et additifs possibles, c'est-à-dire que la mise en commun de deux PFAS peut constituer un plus gros danger que deux PFAS isolés. Il peut exister des liens avec des problèmes respiratoires, de la perturbation endocrinienne ou encore un lien potentiel avec l'obésité. Il existe aussi des préoccupations concernant une diminution de l'efficacité des vaccins suite à une exposition aux PFAS. Ainsi, le groupe scientifique CONTAM de l'EFSA a évalué, en 2020, que des concentrations basses en quatre PFAS de longues chaînes avaient un effet négatif sur la réponse immunitaire aux vaccins.

D'autres études scientifiques de confirmation des liens avec le covid-19 sont en cours dans divers pays. Nous ne pouvons pas tirer de conclusions maintenant, mais nous restons très attentifs à cet aspect du problème.

Naar de effecten van phos, dus een van de phas, is er sinds begin jaren 2000 al veel onderzoek verricht. Daar hebben we dus wel bijkomende informatie over. In zijn meest recente opinie met een overzicht van wetenschappelijke studies geeft EFSA aan dat PFOS vooral een effect heeft op de lever en op de ontwikkelings- en reproductietoxiciteit, neurotoxiciteits- en immunotoxiciteitseigenschappen en een verhoogd risico op verschillende kankers met zich zou kunnen meebrengen. Doordat de stof al sinds vele jaren onderzocht wordt, is de wetenschappelijke consensus daarrond sterker.

Er is al een analyse uitgevoerd op een aantal kankergevallen in Zwijndrecht, maar de conclusie daarvan luidt dat de kankers die mogelijk geassocieerd zouden kunnen zijn met pfas, in Zwijndrecht niet vaker voorkomen dan gemiddeld in Vlaanderen. Dat geldt ook voor alle vormen van kankers samen.

Samengevat, ook al zijn er nog veel onzekerheden over de verschillende soorten pfas, er is voldoende bezorgdheid met betrekking tot pfas om te werken aan een algemene benadering of een algemeen groepsverbod van pfas. Daar wijst eigenlijk de Europese discussie naartoe. De mogelijke effecten van de specifieke situatie in Zwijndrecht zijn moeilijk in te schatten. De studies die uitgevoerd zullen worden door de Vlaamse overheid, zullen daar hopelijk meer duidelijkheid in scheppen. De metingen van het FAVV zullen daar natuurlijk ook meer licht op werpen.

Ik had vragen over de nalatigheid van de vervuilers, de terugbetaling van de gezondheidskosten en de gezondheidsklachten. De milieuaansprakelijkheidsregeling voor onder meer de vervuiling van de bodem of het grondwater is een Vlaamse bevoegdheid. Dat zal ook aan bod komen in de onderzoekscommissie die opgericht werd in het Vlaams Parlement. Iedere burger is vrij om zich burgerlijk aansprakelijk te stellen of een strafklacht in te dienen. Ik begrijp dat dat inmiddels ook is gebeurd.

Er was een vraag over de Openbare Vlaamse Afvalstoffenmaatschappij, de OVAM. De bescherming van bodem en grondwater is zoals gezegd ook een Vlaamse bevoegdheid. OVAM en de vzw Grondbank zijn Vlaamse instellingen. Ook wat dat betreft, kijk ik naar wat de onderzoekscommissie in het Vlaams Parlement zal opleveren.

"La direction générale EMV va-t-elle effectuer l'étude demandée par le bourgmestre de Zwijndrecht?" De nouveau, l'étude demandée par le bourgmestre ne relève pas de mes compétences, ni de celles de la DGM, mais bien de la Région flamande. Selon mes informations, l'étude sera organisée par l'agence *Zorg en Gezondheid*.

Hoe volgt Sciensano dat nu op? Sciensano is samen met de universiteit van Luik het nationale referentielaboratorium voor in het milieu aanwezige contaminanten en procescontaminanten. Ze beschikken over een ISO/IEC 17025 geaccrediteerde methode voor de bepaling van geperfluoreerde componenten zoals pfas, in het bijzonder pfos, in een aantal levensmiddelen. Er was reeds contact met het FAVV.

Sciensano zal het FAVV steunen bij de eventuele analyse van stalen. Ik heb daarover uiteraard ook contact met mijn collega Clarinval, die verantwoordelijkheid is voor de controle op de veiligheid van de voedselketen.

Op 1 juni 2021 is het onderzoeksproject FLUOREX gestart. Dat staat voor exposure assessment of perfluoroalkyl substances as follow-up on the concerns raised in the recent draft opinion of EFSA. Het project FLUOREX wordt gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Het project verschaft informatie over de aanwezigheid van en de blootstelling aan vier pfas in de voeding van de Belgische bevolking. Dat project zal met gevoelige meetmethodes meer gegevens verzamelen over de contaminatie van levensmiddelen. Bovendien zullen bronnen van pfas-contaminatie in de voedselketen worden geïdentificeerd zodat, indien nodig, acties kunnen worden genomen om die bronnen te reduceren of zelfs te elimineren.

Tot daar mijn lange antwoord, mijnheer de voorzitter. Ik dacht dat het nuttig was om zowel de bevoegdheden duidelijk te situeren, als om het lopende proces te schetsen. Dat is een belangrijk proces. Het is ook hoopgevend dat dat Europese proces, waaraan we deelnemen, tegen midden 2022 moet resulteren in de implementatie van normen die we vandaag mankeren. We gaan ervan uit dat België daar echt constructief aan kan bijdragen. Ondertussen zijn er op de andere bevoegdheidsniveaus ook belangrijke initiatieven. Ik hoop dat het hele pakket aan maatregelen de volksgezondheid zal dienen, want dat is natuurlijk onze grote zorg.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, dank u voor het omstandige antwoord, maar het is ook een actueel debat. U verwijst naar de verantwoordelijkheid van minister Clarinval, bevoegd voor de voedselveiligheid. Wij hebben met minister Clarinval hierover ook een actualiteitsdebat op dinsdag 13 juli. Dan kunnen we het specifiek hebben over de voedselveiligheid en de acties die het FAVV onderneemt.

02.07 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, u stelt mij niet echt gerust. U verwijst heel terecht naar de referentiedosis die de EFSA in september 2020, bijna een jaar geleden, heeft afgekondigd. U verwijst ook naar een document uit 2017 waarin de normen bepaald werden, maar dat document gebruikt voor pfos maximumwaarden uit 2008. Wij gebruiken dus op dit moment in België normen uit 2008, terwijl we intussen al 13 jaar voortschrijdend inzicht hebben. De normen uit 2008 liggen 1.000 keer lager dan de waarde waarnaar de EFSA in 2020 verwijst. Ik ben niet gerustgesteld als u zegt dat we midden volgend jaar nieuwe normen zullen hebben want nu zegt het FAVV dat het controles heeft uitgevoerd en dat er niets aan de hand is. Het FAVV is gerustgesteld. De VRT heeft dat vervolgens gewoon overgenomen en de mensen zijn gerustgesteld. Mijnheer de minister, ik ben niet gerustgesteld als wij ons laten sussen met normen die 1.000 keer lager liggen dan wat de EFSA bijna een jaar geleden aangaf. Ik kan mij er niet mee verzoenen dat wij twee jaar moeten wachten op nieuwe normen terwijl de EFSA vorig jaar al gezegd heeft dat de maximumdosis 1.000 keer hoger moet liggen.

Ik blijf daar bezorgd over, want u haalde terecht aan dat het een cocktail kan zijn, met verschillende zaken die we nog niet kennen. Ik ben misschien te donkergroen op dit punt en ik heb misschien te veel ervaring met pesticiden maar ook daar zitten we nog met een cocktail. Als we nu iedereen oproepen om zich te laten vaccineren terwijl we stoffen voor ogen hebben waarvan we weten dat ze de werking van de vaccins negatief zouden kunnen beïnvloeden, dan kan ik mij er niet meer verzoenen dat we tot midden volgend jaar moeten wachten op strengere normen. De EFSA vindt immers dat die nu ingevoerd moeten worden. Ik zal dit sowieso ook aankaarten bij minister Clarinval maar u heeft mij jammer genoeg niet kunnen geruststellen.

02.08 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'identifie plusieurs enjeux qui ont été posés dans les questions et sur lesquels vous avez rebondi dans votre réponse mais pour lesquels on a vraiment besoin d'entendre une réponse ambitieuse.

À travers ce scandale PFOS dans la région d'Anvers, ce sont des questions énormes que l'on suit pour documenter les impacts sur la santé. Pour ce qui est de cette dimension, comme ma collègue Barbara Creemers vient de le montrer, on ne dispose pas des outils adéquats. Or, si c'est le cas pour le scandale PFOS, c'est peut-être le cas pour d'autres types de pollution en cours en Belgique. Il est vraiment temps qu'on soit un pays du 21^e siècle avec des normes ambitieuses pour protéger la santé. À ce propos, je vous enjoins, en tant que ministre de la Santé et vice-premier ministre, d'avancer.

Vous avez également parlé des négociations en cours au niveau européen et indiqué qu'en 2022, on aura des normes pour les produits PFAS. Je voudrais rappeler que certains pays n'ont pas attendu l'Europe et ont avancé, notamment le Danemark qui interdit toute forme de PFAS dans certains *packagings* alimentaires. Il

faut que la Belgique se profile de façon extrêmement ambitieuse, pas uniquement sur les PFAS mais sur tous les produits toxiques. Cette expérience anversoise doit vraiment nous faire prendre conscience de la gravité d'être exposé tous les jours à des produits toxiques. Il faut avancer et je pense que c'est votre rôle aussi en tant que ministre de la Santé et vice-premier.

Quant à la question de la prise en charge, on n'a pas entendu beaucoup de choses sur des personnes qui seraient malades aujourd'hui. Existe-t-il des procédures? Que peuvent-elles faire pour trouver l'information et déclarer les difficultés qu'elles rencontrent? Votre réponse à ce sujet n'était pas claire. Je pense que cela pourrait encore être clarifié dans les semaines et mois qui viennent. Vient ensuite le gros dossier de la responsabilité sociale des entreprises. Qui va payer pour cela? C'est une question qui a été clairement posée par Mme Creemers et moi-même. Là-dessus, ce n'est pas encore très clair. Ce sont vraiment des choses sur lesquelles on doit vraiment avancer au niveau des réglementations belges et européennes. Le chantier est énorme à tous points de vue et on doit encore faire de gros efforts collectivement pour les atteindre.

02.09 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, het pfos-dossier verontrust inderdaad niet alleen de inwoners van Zwijndrecht die de raad hebben gekregen om geen groenten uit de eigen tuin en geen eieren van de eigen kippen te eten. Het gaat echter verder dan dat. Ook in andere gemeenten in het mooie Waasland – u moet echt eens op bezoek komen, als u dat nog niet zou hebben gedaan – en bij uitbreiding in het hele land heerst er heel wat ongerustheid. De boeren die actief zijn in de perimeter van vijftien kilometer rond Zwijndrecht kijken heel ongerust naar de impact van het dossier op hun landbouwactiviteiten en op de kwaliteit van hun producten. Wij moeten het dossier dus prioritair opvolgen met het oog op de volksgezondheid.

Het is goed dat er verdere onderzoeken komen naar pfas en pfos. Ik hoop dat de resultaten daarvan er zo snel mogelijk komen, want de bescherming van onze gezondheid is uitermate belangrijk. Er komt het best ook zo snel mogelijk duidelijkheid over de normen die gebruikt moeten worden.

02.10 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik ben echt niet gerustgesteld. U bent vrij uitgebreid ingegaan op het FAVV en de normen inzake voeding. De ambitie ligt precies heel laag, aangezien u voor eventuele nieuwe normen spreekt over 2022. Het FAVV brengt ondertussen een geruststellende communicatie uit op basis van normen die dateren van 2008. Dat is een eerste ongerustheid, net als het feit dat het verbod op de betrokken producten er veel sneller zou moeten komen.

Ik ben echter nog ongeruster over uw magere antwoord over de mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid in België van de vastgestelde vervuiling. Wat is het plan van aanpak van onze ministers van Volksgezondheid? Als ik het goed heb begrepen, zegt u dat een biomonitoring heeft uitgewezen dat 77 % van de mensen boven de norm zit. Is dat juist?

(...): (...)

02.11 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Het gaat om producten die eventueel kankerverwekkend zijn, die de hormoonbalans verstoren en de immuunrespons verminderen en blijkbaar zit 77 % van de bevolking boven de toegelaten norm. Hoe zit het juist in Zwijndrecht? Wordt de situatie daar gemonitord? Hoe zit het met de arbeiders die in de tunnel van de Oosterweelverbinding aan het werken zijn?

Moeten we het voorzorgsprincipe toepassen of niet? Wat denkt u daarvan als minister van Volksgezondheid? Worden er bloedafnames genomen? Soms wordt dat in haar gemeten, maar ik ben zelf ook geen specialist. Er zijn stoffen die zich in de vetten opstapelen. Wordt dat onderzocht?

Ik heb een heel vaag antwoord gekregen. Misschien zullen we in 2022 weten hoeveel gram er in eieren aanwezig mag zijn. Het kan veel erger zijn en dus had ik verwacht dat Sciensano, ons instituut voor volksgezondheid, in samenwerking met de Vlaamse overheid een ernstig bevolkingsonderzoek doet, een ernstig onderzoek van de arbeiders die effectief met die producten werken. Ik had verwacht dat wordt nagegaan in welke industrieën deze producten nog worden gebruikt. In plaats daarvan hebt u een heel vaag en lang antwoord gegeven. We zullen hierop zeker nog terugkomen. *Wake up!* U bent precies nog niet genoeg wakker geschud. Het is natuurlijk niet zoals corona, waarbij de ziekenhuizen meteen overstelpt zullen worden. Het ruikt evenwel naar een zeer ernstig volksgezondheidsprobleem. Uw antwoord is onvoldoende en ik hoop dat u het op een daadkrachtiger manier zult aanpakken.

02.12 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik zou ten aanzien van wat mevrouw Creemers en mevrouw Merckx gezegd hebben, toch willen benadrukken dat het allerbelangrijkste uiteindelijk is welke normen voor deze stoffen gehanteerd zullen worden in onze voeding. Dat is echt het cruciale punt. Ik denk dat we het daarover eens zijn. Dat is Europese regelgeving, regelgeving voor de interne markt die voor heel Europa wordt vastgelegd, wat ook logisch is. Er zijn nog geen normen en het is misschien een goede zaak dat dit proces van opstelling van normen tot stand komt op een ogenblik dat we ervan bewust worden dat deze stoffen zorgwekkende stoffen zijn waarvoor strenge normering nodig is. Die bewustwording is inderdaad een proces dat al enkele jaren duurt. Mijn ambitie is bij te dragen tot een ambitieus Europees normenstelsel met betrekking tot de aanwezigheid van deze stoffen in de voeding. Dat is het essentiële punt.

De rest is context. Ik ben hoopvol gestemd en wil echt ambitieus zijn om ervoor te zorgen dat het aan de gangzijnde Europese proces binnen een jaar uitmondt in behoorlijk strenge normen voor heel Europa.

Ondertussen is er een belangrijke bevoegdheid bij de Vlaamse regering met betrekking tot de bodem- en de watervervuiling en een bevoegdheid bij mijn collega-minister Clarinval met betrekking tot de controle op de voedselketen. Wat betreft dat laatste, men doet inderdaad stalenonderzoek waarbij actielimieten worden gebruikt die het FAVV zelf vaststelt en die er zijn bij afwezigheid van normen.

U hebt gelijk, mevrouw Creemers, maar u hebt eigenlijk gewoon herhaald wat ik heb gezegd. Ik heb niet de bedoeling gehad om iemand in slaap te sussen. Ik heb letterlijk gezegd dat er geen normen zijn, dat dit een probleem is, dat we dringend normen moeten hebben voor het voedsel en dat er wel actielimieten zijn, maar dat die verouderd zijn. Het is niet zo eenvoudig om die actielimieten onmiddellijk om te zetten in nieuwe actielimieten. Het FAVV heeft die niet, maar mijn boodschap aan de bevolking is niet dat we in paniek moeten schieten, maar wel dat er groeiend wetenschappelijk inzicht is dat deze stoffen schadelijk zijn en dat hun aanwezigheid in ons voedsel moet beperkt worden. Daar zijn dringend Europese normen voor nodig. Die zijn er zelfs niet en wij vechten daarvoor.

U moet correct inschatten waar we mee bezig zijn. Dit is een belangrijk Europees gevecht voor de volksgezondheid. Dat is een gevecht dat ik wil voeren. Ik wil ook niet vooruitlopen op de conclusies daarvan, want voor een deel is het inderdaad een wetenschappelijke discussie. Bovendien is het ook een probleem van de performantie van onze labo's. Ik geef een voorbeeld. Stel dat een bepaalde norm 0,2 microgram per kilo is. Als men dat niet kan meten, heeft het bedenken van die norm ook geen zin. De labo's moeten ook hun meetperformantie verbeteren als men dergelijke strenge normen oplegt. Mijn collega Clarinval is daarmee bezig.

Het is niet 100 % evident om van de vaststelling dat de actielimieten van het FAVV verouderd zijn onmiddellijk over te stappen naar nieuwe actielimieten, want men botst ook op beperkingen in de meetcapaciteit van de labo's vandaag, waar druk wordt gezet om ze te verbeteren. Ik spreek nu voor mijn collega Clarinval. Dit gaat echt over de controle op de voedselketen. U moet hem daarover volgende week ondervragen.

Zeggen dat we niet gealarmeerd zijn, klopt niet. Het gaat hier over de volksgezondheid. De essentie is: wat tolereren we in ons voedsel? Daar zijn geen normen. Stel u voor. We moeten dringend normen hebben. Wie stelt die vast? Europa. Dat is de inzet.

02.13 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de essentie is inderdaad de volksgezondheid. Daarover zijn we het allemaal eens. Voor mij is de essentie dat de overheid een beleid voert dat ervoor zorgt dat dit niet meer gebeurt. Ik vind dat we niet kunnen tolereren dat we moeten wachten van september 2020 tot midden 2022 tot die normen in voege treden. Als we iets uit de coronacrisis hebben geleerd, is het dat we heel snel kunnen schakelen als het over de volksgezondheid gaat. Als iemand vorig jaar had gezegd dat 70 % van de volwassen bevolking gevaccineerd zou zijn, had iedereen gezegd dat dit onhaalbaar was. Toch hebben we dat gedaan.

Ik denk dat we dit nu moeten vastpakken en dit op Europees niveau maar ook op federaal niveau moeten aanpakken. We kunnen het FAVV die actielimieten sneller laten bepalen dan Europa. Ik begrijp dat er heel veel wetenschappelijke drempels zijn, maar als we de voorbije 16 maanden iets hebben geleerd, is het dat we heel snel wetenschappelijke vooruitgang kunnen boeken in het belang van de volksgezondheid.

We komen hier zeker nog op terug. We zullen ook mevrouw Khattabi en de heer Clarinval ondervragen, want ik blijf hier ongerust over.

02.14 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik blijf ook op mijn honger zitten. Wat mevrouw Creemers zegt, is juist. Er moet veel sneller geschakeld worden inzake die normen. We weten al dat ze verouderd zijn. Waarom moeten we dan nog wachten? We kunnen ons ook gewoon op een wetenschappelijke consensus baseren om actie te ondernemen. We kunnen dat zelf bepalen.

Mensen hebben vragen. Ben ik vervuild door PFOS als ik in de buurt woon, als ik in de tunnel aan het werk ben? Neemt onze overheid dit in handen of niet? U blijft het antwoord daarop volledig verschuldigd.

Mijn vraag is dan niet wie welke bevoegdheid heeft. Neen, ik wil weten van mijn minister van Volksgezondheid wat het plan van aanpak is. Ik wil dat de vervuiling die gebeurd is wordt gemeten. Ik wil ook dat de gevolgen daarvan worden gemeten en in kaart worden gebracht. Ik heb de indruk dat men daarmee absoluut niet bezig is. Ik vind dat absoluut teleurstellend.

02.15 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik hoor enkele tegenstrijdigheden in uw antwoord. U zegt dat België op Europees niveau zeer ambitieus pleit voor het terugdringen van het gebruik van PFAS, maar tegelijkertijd zegt u dat het FAVV bij het onderzoek limieten gebruikt waarvan we weten dat ze verouderd zijn. Ik vind het heel moeilijk om dat helemaal te vatten. Ik snap wel dat er een bepaalde context is, maar ik begrijp niet waarom er niet sneller kan worden geschakeld als we weten dat we met verouderde limieten werken.

U maakte mij vooral ongerust toen u het over de detectiecapaciteit van de labs had. Is er iets mis met hun apparatuur, is ze wel up-to-date? We moeten minister Clarinval ter zake ondervragen om een goed overzicht te krijgen van de mate waarin wij mee zijn op dat vlak. Dat lijkt mij bijzonder belangrijk.

We zitten natuurlijk ook met een kluwen van bevoegdheidsniveaus en een versnippering van bevoegdheden over ministers en niveaus. Men zal er toch eens werk van moeten maken om domeinen die zo dicht bij elkaar liggen als leefmilieu, voedselproductie, voedselveiligheid en volksgezondheid naar één niveau te brengen. Dat zou de communicatie vereenvoudigen en tot snellere acties kunnen leiden. Wat ons betreft, zou dat allemaal zo snel mogelijk naar het regionale niveau mogen gaan. Ik hoop dat dit op zijn minst opnieuw een aanleiding kan zijn om daar een grondig debat over te voeren.

De **voorzitter**: Het Reglement bepaalt dat bij actualiteitsdebatten de groepen die geen vraag hebben ingediend een vraag kunnen stellen of een repliek kunnen geven. Ze moeten echter kiezen voor een van beide.

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

03 Vraag van Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bariatrische chirurgie" (55017658C)

03 Question de Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La chirurgie bariatrique" (55017658C)

03.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, het Kenniscentrum publiceerde een rapport over de organisatie en de financiering van obesitaschirurgie. De problematiek is gekend. Ongeveer 1 % van de Belgen heeft zich al laten opereren om gewicht te verliezen. De laatste jaren is het aantal chirurgische ingrepen voor obesitas dan ook sterk toegenomen. Dat is terug te vinden in de cijfers van het RIZIV. Chirurgie is echter niet altijd de mirakeloplossing. In de eerste plaats moet er maximaal ingezet worden op preventie en behandelingen die vermijden dat het tot een ingreep komt. Bariatrische chirurgie mag zeker niet de eerste oplossing zijn.

Als er dan toch een ingreep moet plaatsvinden, is het van het grootste belang dat hij plaatsvindt in een centrum waar voldoende expertise aanwezig is. Nadien moet er ook opvolging zijn met een blijvende aanpassing van de voedingsgewoonten. De patiënt moet zich ook nutritioneel en psychologisch laten opvolgen. Daar zijn veel patiënten echter onvoldoende van op de hoogte. Uit het rapport blijkt ook dat niet elk Belgisch ziekenhuis evenveel bariatrische ingrepen uitvoert. Sommige voeren bijvoorbeeld maar drie ingrepen per jaar uit, terwijl andere aan een gemiddelde van meer dan 800 kunnen komen. Dat is een zeer grote spreidstand. Daar heeft het Kenniscentrum dan ook aanbevelingen over geformuleerd. Zij pleiten voor

conventies.

Hebt u plannen om te onderzoeken hoe men inderdaad met een systeem van conventies zou kunnen werken en de bariatrische ingrepen enkel zou kunnen uitvoeren in de ziekenhuizen die aan bepaalde voorwaarden voldoen? Daar stelt het KCE dat er minimaal 100 bariatrische ingrepen zouden moeten worden uitgevoerd. Een andere aanbeveling betreft de ontwikkeling van een uniform, verplicht register voor de bariatrische chirurgie. Heel wat mensen hebben er na toch wel problemen. Dan is het toch belangrijk om te weten welke ingreep er juist gebeurd is en waar daar eventueel het probleem kan zitten.

Er is ook altijd veel te doen over de terugbetalingscriteria. Hebt u plannen om die aan te vullen met andere voorwaarden, zoals in het rapport van het Kenniscentrum wordt gesuggereerd?

Wordt er eventueel ook nagedacht over een vergoeding voor de deelname aan het multidisciplinaire overleg?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dank u voor uw vraag, mevrouw De Block. Ik waardeer het dat u uw vraag helemaal hebt toegelicht, zodat geïnteresseerde mensen van buiten deze commissievergadering ook goed kunnen volgen. De elementen die u hebt aangegeven, zijn inderdaad wezenlijk belangrijk en deze kwestie belangt ook veel mensen aan. Het is ook een illustratie van kwaliteit en een betere doelmatigheid in onze gezondheidszorg.

Mijn antwoord is nogal kort en ik hoop dat u dat niet teleurstellend vindt, want ik hoop dat u ook het engagement erin ziet.

U weet ongetwijfeld, aangezien u dat zeker nog volgt, dat het initiatief werd genomen om, ondersteund door het RIZIV en met alle betrokken partners van de ziekteverzekering, een meerjarig begrotingstraject uit te tekenen. Het is de bedoeling dat dit meerjarige begrotingstraject vertrekt vanuit de echte gezondheidszorgdoelstellingen. Daarbij hoort ook de ambitie om de doelmatigheid van de zorg te verhogen, waartoe voorstellen geformuleerd moeten worden. Het daarvoor gebruikt jargon, ook de betiteling van een van de werkgroepen in dat proces, is: voorstellen inzake *appropriate care*.

Een van de voorstellen die de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen zou indienen, betreft de realisatie van een zorgpad voor morbide obese patiënten. In dat voorstel heeft de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen ook de aanbevelingen uit het KCE-rapport 329, door u geciteerd, meegenomen. Verschillende stakeholders hebben ook voorstellen ingediend in het kader van gezondheidszorgdoelstellingen, die wij in het kader van dat proces eveneens opgevraagd hebben, rond een globale en multidisciplinaire aanpak van obesitas.

Daarbij zal ik het houden en ik hoop dat u dat niet teleurstellend vindt. De analyse van die voorstellen is namelijk aan de gang. De werkgroep *appropriate care* bekijkt die voorstellen. Er is ook een werkgroep gezondheidszorgdoelstellingen. We proberen een band te maken tussen de gezondheidszorgdoelstellingen, de begrotingswerkzaamheden en de nodige hervormingen en vernieuwingen. Wat u hebt aangehaald, past daar dus bijzonder goed in. U zegt naar mijn mening terecht dat ook over de terugbetaling en de toegankelijkheid moet worden nagedacht. De analyse is aan de gang. Ik kan niet zeggen wanneer precies het RIZIV die hoopt af te ronden. Ik vrees dat ik over al die werkzaamheden pas meer details zal kunnen geven na het zomerreces. Ik stel voor dat wij elkaar daarover dan zeker opnieuw spreken.

03.03 **Maggie De Block** (Open Vld): U gaf een kort antwoord, maar kwantiteit is niet altijd kwaliteit en inhoudelijk was het zeer goed. Er is dus een werkgroep in het kader van *appropriate care* en men werkt multidisciplinair, zoals het hoort. De rest komt er natuurlijk uit voort. Ik denk aan de terugbetalingen, de expertise in het kader van de zorgkwaliteit, doelmatige zorg, enzovoort.

Het is een actueel thema. Het is natuurlijk een al lang bestaand probleem, maar er komen berichten dat er mede door de lockdown nogal wat eetstoornissen de overhand hebben gekregen bij veel mensen, onder meer door te weinig beweging. Het zou inderdaad goed zijn om daarin orde op zaken te stellen in de volgende maanden.

Als u het mij toelaat, zal ik eind oktober of in november nog eens in deze commissie opduiken om te vragen wat de stand van zaken is. Ik zal het u op voorhand vragen, want als er een beetje vertraging is, dan doe ik het wel wat later.

03.04 Joris Vandenbroucke (Vooruit): Dat is goed. Dank u wel.

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

04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Kankerdiagnostiek en vloeibare bipten in de klinische praktijk" (55017714C)

04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le diagnostique de cancer et les biopsies liquides en pratique clinique" (55017714C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, vandaag of gisteren verscheen de publicatie over de ESMO-studie waarin duidelijk wordt aangegeven dat er 6 % minder diagnoses van kanker zijn gesteld in 2020. Er is een inhaalbeweging bezig, maar toch roepen heel wat specialisten ons land op om een nieuw kankerplan te maken, want het huidige dateert toch al van enige tijd geleden. Belangrijk in dat plan is de preventieve en diagnostische capaciteit van ons land.

Het FDA keurde al verschillende monogenetische testen goed. Bij die testen kan via bloedstalen tumor-DNA worden gedetecteerd. Het bloedstaal wordt dan een vloeibaar bipt en zo kan men op een minder invasieve manier de evolutie van de ziekte en de doeltreffendheid van de behandeling volgen. Bovendien kan zo'n vloeibaar bipt als basis worden gebruikt om een gepersonaliseerde behandeling op te stellen voor de patiënt. In België neemt een aantal patiënten deel aan een studie hieromtrent, het GeNeo-project, waardoor zij toegang krijgen tot multigenetische plasmatesten.

Ik heb hierover de volgende vragen voor u, mijnheer de minister

Ons land hinkt achter op de Verenigde Staten wat betreft het veralgemeende gebruik van vloeibare bipten in de klinische praktijk. In hoeverre voert uw administratie vandaag een onderzoek uit met het oog op de terugbetaling van dergelijke mono- of multigenetische testen in het kader van kankertherapie of diagnostisch onderzoek?

Op dit moment zijn er geen dergelijke testen op de markt. Zijn uw diensten hiermee bezig in het kader van een horizon scanning?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, uw inleidende opmerking wil ik heel graag onderschrijven. Er is inderdaad een belangrijke impact van de pandemie op consultaties, onderzoeken en interventies en dat heeft inderdaad ook een impact op het domein van kanker. Wij volgen dat ook wel op, samen met de ziekenhuizen, de artsen, de administraties, de Stichting Kankerregister en het Kankercentrum. Het is belangrijk dat wij lessen trekken uit de observaties die wij nu maken. Overigens is het ook belangrijk dat wij ervoor zorgen dat kankerpatiënten en in het bijzonder patiënten onder immunosuppressiecondities in de vaccinatiecampagne tijdig een plaats krijgen.

U weet waarschijnlijk dat er op Europees niveau een kankerplan wordt gelanceerd, namelijk Europe's Beating Cancer Plan.

Wij hebben dat besproken in de Raad van ministers van Volksgezondheid. Ik heb daar ook gezegd dat ik dit een heel belangrijke opportuniteit vond, ook voor ons eigen land. Wij zijn aan het kijken hoe we daarop het beste inspelen. Ik heb het Kankercentrum gevraagd om in aansluiting op dat Europe's Beating Cancer Plan een plan van aanpak uit te werken.

Iets concreter, er lopen momenteel verschillende studies die bekijken waar vloeibare bipten zouden kunnen worden gebruikt binnen onze diagnostiek in de oncologie. Mijn beleidscel en de administraties volgen het project Precision Belgium van The Belgian Society of Medical Oncology, waarin het gebruik van testen wordt bekeken. Het Kankercentrum volgt heel nauwgezet de resultaten op van onder andere het GeNeo-project waarnaar u verwijst. Ik ben natuurlijk heel benieuwd wat dat betekent voor de patiënt. We bekijken samen met het RIZIV hoe we zo'n test op een duurzame manier kunnen terugbetalen. Ik wil daar niet vooruitlopen op wat we zullen beslissen en zeker geen loze belofte doen, maar dat wordt bekeken.

Ik wil erop wijzen dat het Kankercentrum, in samenspraak met mijn diensten, het Europees

onderzoeksproject oncNGS leidt rond het ontwikkelen van dergelijke testen voor de oncologie door de producenten. De Europese Commissie heeft hiervoor middelen vrijgemaakt binnen het kader van het programma Pre-Commercial Procurements en volgt dat ook van nabij op.

Dit oncNGS-project loopt samen met de Belgische, Italiaanse, Franse, Duitse en Spaanse teams met expertise in het uitvoeren van een dergelijke test bij kankerpatiënten. Ik hoop dat hieruit goede en betaalbare oplossingen komen die wij dan in ons zorgsysteem kunnen integreren.

04.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik stelde deze vraag inderdaad naar aanleiding van het Europese kankerplan, maar ook omdat het nu toch wel echt het moment is om als land een eigen kankerplan voor te stellen.

U verwijst naar de Precision Group en het GeNeo-project. Ik herinner mij dat dit van start is gegaan op 14 februari 2020, vlak voor de covidpandemie. Op dat moment keken er al mensen van het RIZIV en vertegenwoordigers van Sciensano voor een eventuele terugbetaling van die diagnostische testen, om dan te kijken naar een heel specifieke behandeling van de patiënten.

Het is echt noodzakelijk om ten gronde te onderzoeken hoe we hiermee vooruit kunnen. Ik ben ook blij dat u dat zal doen. We zullen neveneffecten beter kunnen aanpakken. We zullen gericht kunnen werken voor de patiënt. We zullen op dat moment misschien ook kunnen nadenken over de studie van het KCE rond innovatieve therapieën. U hebt die wellicht ook gelezen. We weten dat Pay for Performance nog niet voldoende wordt toegepast in België. Hopelijk uiten uw diensten dan ook voorstellen daaromtrent.

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

05 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek inzake de NIPT" (55017777C)

05 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique en ce qui concerne le DPNI" (55017777C)

05.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft recent een advies uitgebracht over de NIPT. Die wordt in ons land sinds lange tijd standaard uitgevoerd met als doel de chromosomen 13, 18 en 21 te onderzoeken. Meestal wordt een genoomwijd onderzoek gedaan omdat dat makkelijker uit te voeren is. Hierdoor kan men ook numerieke afwijkingen van de geslachtschromosomen (SCA's) vaststellen.

Het Comité meent nu dat het prenataal identificeren van risicofactoren op dit moment geen meerwaarde biedt op het vlak van behandeling in vergelijking met de postnatale diagnose van SCA's. Het Comité vindt dat een SCA-screening geen deel moet uitmaken van een standaard NIPT-screening en -rapportering, maar SCA-screening kan als een optie worden aangeboden voor diegenen die SCA-gerelateerde risico's willen kennen. In elk geval pleit het Comité voor betere counseling voor en na de test, zodat toekomstige ouders hun geïnformeerde toestemming kunnen geven, maar ook hun recht om niet te weten kunnen opeisen.

Graag vernam ik van de minister wat uw standpunt is over de positie van het Comité om geen genoomwijde NIPT uit te voeren tenzij ouders die expliciet vragen.

Hoe wilt u ervoor zorgen dat toekomstige ouders beter geïnformeerd worden over de consequenties van de NIPT, inclusief de genoomwijde NIPT?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: De NIPT wordt sinds 1 juli 2017 door de ziekteverzekering terugbetaald via de nomenclatuur onder de volgende bewoording: prenataal opsporen van trisomie 21 door middel van een moleculaire biologische methode op een bloedstaal van de moeder vanaf de twaalfde zwangerschapsweek. Dat betekent dat er enkel in terugbetaling is voorzien voor de eventuele opsporing van trisomie 21. Als in de praktijk blijkt dat ook andere chromosomale afwijkingen worden opgespoord, dan is dat niet de intentie geweest van de wetgever. Het spreekt voor zich dat als er uitgebreider wordt getest, dat voorafgaandelijk met de toekomstige ouders moet worden besproken en vastgelegd in een met kennis van zaken verleende toestemming, een zogenaamd informed consent.

Ik sluit me aan bij het standpunt van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek dat er op dit moment te weinig argumenten zijn voor de inclusie van de SCA's – de *sex chromosome aneuploidies* of afwijkingen van de geslachtschromosomen waar u naar verwees – in de standaard prenatale NIPT-screening en -rapportering. Er kan over gediscuteerd worden of sommige van die aandoeningen gecatalogeerd kunnen worden als een uiterst zware kwaal die een laattijdige afbreking van de zwangerschap rechtvaardigt.

Dat geldt voor de beschreven SCA's, maar zeker ook voor andere genetische defecten die op die manier kunnen worden opgespoord en die bijvoorbeeld alleen de kans verhogen op een bepaalde afwijking of geassocieerd zijn met aandoeningen die slechts op een later moment in het leven tot ziekte kunnen leiden, zoals een verhoogd risico om kanker te ontwikkelen. Het debat gaat dus breder dan enkel over de SCA's. De beschikbaarheid van meer informatie over de foetus werpt de brede vraag op van het wenselijke bereik van prenatale screening.

Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft daarin op basis van medisch-ethische overwegingen geconcludeerd dat er op dit moment te weinig argumenten zijn om SCA's te includeren. Bij de introductie van nieuwe technieken en mogelijkheden is het belangrijk om ook de ethische afweging duidelijk te maken.

De nomenclatuur bepaalt dat de NIPT enkel kan worden voorgeschreven door de arts die de zwangerschap opvolgt. Dat houdt toch een zekere garantie in dat een zorgverstrekker-arts de toekomstige ouders informeert en ook het resultaat meedeelt. Als zorgverstrekkers en laboratoria echter overgaan tot een veel bredere prenatale screening die de bedoelingen zoals bepaald in de nomenclatuur overstijgt, dan moeten wij het maatschappelijk debat daarover verder voeren, waarbij het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek zeker richting kan geven.

Ik vind net als het Comité dat vrouwen en koppels wel moeten worden ingelicht over de mogelijkheid om te screenen op SCA's en ook moeten kunnen opteren voor de screening naar SCA's als zij daarover adequaat geïnformeerd zijn. Indien ingevolge de keuze van vrouwen of koppels SCA's worden meegenomen in de optionele niet-invasieve prenatale tests, dan moeten de resultaten daarvan aan de ouder of ouders op een begrijpelijke manier en genuanceerd worden meegedeeld. Dat vereist behapbare informatie over het algemene doel en het bereik van de screening, over de methode, de betrouwbaarheid en de validiteit van de test, over de noodzaak om een invasieve prenatale test uit te voeren in geval van een positief resultaat, duidelijkheid over wat de resultaten mogelijks impliceren en informatie die verder reikt dan de medische beschrijving van de aandoeningen waarop er wordt gescreend.

Indien dit aangewezen is, kan er ook een multidisciplinair overleg met de klinisch geneticus worden voorgesteld. Ik ga ervan uit dat dit behoort tot de medische standaard praktijkvoering.

05.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het duidelijke antwoord. Het zou inderdaad goed zijn dat hierover een maatschappelijk debat wordt gevoerd. Er zijn heel wat elementen die toch belangrijk zijn. We moeten ervoor zorgen dat de ouders voldoende kennis hebben om een juiste keuze te maken over het al dan niet uitvoeren van dergelijke testen.

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

05.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik vind het hier een beetje fris. Dat is uitstekend, want dat wijst op de kwaliteit van de ventilatie. Kunt u vragen dat er koffie komt, zodat ik mij een beetje kan opwarmen. Ik zie de leden instemmend knikken.

De **voorzitter**: Ik zal daarvoor zorgen, mijnheer de minister.

06 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Weesgeneesmiddelen" (55017803C)**

06 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments orphelins" (55017803C)**

06.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, volgens de WAIT-indicatoren uit 2018 scoorde ons land niet goed inzake de toegankelijkheid van weesgeneesmiddelen en in het nieuwe rapport is er niet veel verbetering zichtbaar. Aangezien we tegen midden 2022 een nieuwe Europese verordening inzake weesziekten en -geneesmiddelen verwachten en u zelf in uw beleidsnota kort verwees naar de

problematische toegankelijkheid van weesgeneesmiddelen en de begeleiding van patiënten met weesziekten, heb ik een paar vragen.

Ten eerste, welke positie zal ons land innemen ten opzichte van de Europese collega's wat de herziening van de verordening betreft? Op welke pijlers zou Europa volgens uw kabinet moeten focussen? Welk standpunt zult u als bevoegde minister van ons land innemen?

Ten tweede, hoe zult u zorgen voor een betere toegankelijkheid van weesgeneesmiddelen in ons land? We scoren immers slechts gemiddeld en zouden ambitieuzer moeten zijn.

Ten derde is er ook een probleem met programma's Unmet Medical Need. Patiënten moeten immers telkens apart worden ingeschreven, wat zeer omslachtig is voor de administratieve diensten van de ziekenhuizen. Zou het voor u mogelijk zijn om af te wijken van de individuele patiënt en met cohorten te werken?

Ten vierde vragen de patiëntenverenigingen al geruime tijd om meer betrokken te worden bij de behandeling van het dossier van de weesgeneesmiddelen bij de CTG. Wilt u die patiëntenplatformen mee laten monitoren, bijvoorbeeld wat een horizonscan betreft?

Tot slot, in hoeverre zult u de inzameling van data rond weesziekten en weesgeneesmiddelen faciliteren? Zult u hiervoor bijvoorbeeld het InterMutualistisch Agentschap inschakelen?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, u stelde interessante vragen, die ik één voor één zal behandelen. Om te beginnen, wat de positie van ons land betreft, het FAGG, het RIZIV en het KCE hebben reeds gemeenschappelijke commentaren bij de herziening van de verordening inzake weesgeneesmiddelen aan de Europese Commissie bezorgd. Die commentaren werden ook gepubliceerd op de website van de Commissie.

We erkennen dat de huidige verordening tekortkomingen heeft, die aangepakt moeten worden bij een herziening. Een van de aandachtspunten is bijvoorbeeld het feit dat voor de ontwikkeling van alle weesgeneesmiddelen dezelfde incentives worden gegeven, terwijl het een aanbeveling is om in verschillende niveaus van incentives te voorzien, afhankelijk van de hoeveelheid bijkomend uit te voeren studies alsook van het belang van de medische nood in de indicatie.

Belangrijk is ook dat de herziening van de verordening zaken die nu goed lopen, niet in gevaar mag brengen. De herziening van de verordening kan bijdragen tot de verdere ontwikkeling van weesgeneesmiddelen, maar ze moet natuurlijk vergezeld worden van niet-wetgevende acties zoals de financiering van onderzoek.

U had een vraag over de toegankelijkheid van weesgeneesmiddelen in België, indien uit EFPIA blijkt dat de stappen die genomen zijn in de vorige legislatuur, niet toereikend zijn. De vergunning voor het in de handel brengen van weesgeneesmiddelen wordt op Europees niveau verleend. Toch is de toegang tot de markt van die geneesmiddelen verschillend tussen de Europese lidstaten. De Europese Commissie heeft als doel de ongelijkheden weg te werken via de herziening van de verordening betreffende de weesgeneesmiddelen en meer algemeen van de Europese geneesmiddelenwetgeving. Op nationaal niveau proberen we de patiënten zo snel mogelijk toegang te geven tot die geneesmiddelen, ook voor ze een vergunning voor het in de handel brengen hebben. We zorgen onder meer voor een gunstig klimaat voor klinische studies. We hebben ook een goed werkend systeem voor unmet-medical-needprogramma's.

Firma's hebben alleszins een belangrijk aandeel in de kwestie. In België zijn er mogelijkheden om producten snel aan te bieden aan patiënten, vanaf de EMA-goedkeuring, en zelfs voor de EMA-goedkeuring. Het ligt echter in de handen van de firma's om die mogelijkheden ook te benutten. We zien vaak dat ze dat in de praktijk niet doen. Waarschijnlijk is voor hen het gebrek aan financiële incentives belangrijker dan het helpen van de patiënten. Ik betreur dat. Ik wil dat alleszins onderzoeken en ik wil daar oplossingen voor vinden in een nieuw pact met de farmaceutische sector. Dat staat in het regeerakkoord. We spreken daarbij met alle actoren en niet enkel de industrie.

In uw derde vraag gaat u in op het unmet-medical-needprogramma. Op het moment bestaat er een nationale procedure die toelaat om een compassionate-useprogramma, CUP, op te starten. Daarbij is het noodzakelijk dat er voldoende gegevens aanwezig zijn om een correcte baten-risicobeoordeling uit te voeren. Bovendien moet dat een effectieve communicatie met de artsen, volgens het protocol, en met de patiënten, die een

geïnformeerde toestemming moeten geven, mogelijk maken.

Betreffende de dringende nood voor het gebruik van een geneesmiddel zonder vergunning is artikel 107/1 van het koninklijk besluit van 14 december 2006 van toepassing, natuurlijk indien aan de voorwaarden in dat artikel voldaan is. Het aantal aanvragen voor *compassionate use programs* (CUP) en *medical need programs* (MNP) bij het FAGG is stabiel over de jaren. In 2020 werden er 38 CUP- en MNP-aanvragen ingediend, waarbij alles bij elkaar 2.900 patiënten betrokken zouden zijn.

Zoals al gezegd, neem ik een evaluatie aangaande de reglementering en de praktische toepassing ervan mee in de voorbereiding van het pact.

Wat uw vierde vraag, over de patiënten, betreft, is er tot op heden nog geen besluit genomen over de betrokkenheid van patiëntenorganisaties in een *horizon scanning platform*. Ik ben het alleszins met u eens dat patiënten deskundigheid kunnen inbrengen. Daarom heb ik voorgesteld dat ze actief deelnemen aan de besprekingen over het meerjarenbegrotingstraject van het RIZIV, waarover ik het had in mijn antwoord op een eerdere vraag van mevrouw De Block. Eén vertegenwoordiger van de koepel van patiëntenverenigingen maakt bijvoorbeeld deel uit van de stuurgroep, die mij het eindverslag van het werk rond het meerjarige begrotingstraject 2022-2024 zal bezorgen.

De besprekingen voor het farmaceutisch pact zijn opgestart. Patiëntenverenigingen zijn daarbij geraadpleegd. Ik zal het verslag van de stuurgroep en de feedback van de besprekingen over het farmaceutisch pact aandachtig lezen en er natuurlijk de nodige conclusies uit trekken.

U sloot met de stelling "Meten is weten". Dat is absoluut correct. Datacollectie kan bijdragen aan een kwaliteitsvolle en beter toegankelijke gezondheidszorg. Het eHealthplatform biedt de mogelijkheid tot verdere uitwerking van datacollectie.

Het farmapact zal elementen bevatten ter stimulering van onderzoek en ontwikkeling. Dat gebeurt door data te verzamelen rond geneesmiddelen, waaronder de weesgeneesmiddelen. Zo wordt onderzocht of het bestaande TARDIS-systeem, een systeem waarbij de arts patiëntengegevens in het kader van bepaalde pathologieën kan invoeren en tegelijk online een terugbetalingsaanvraag kan doen volgens het only-onceprincipe, uitgebreid kan worden en als basis dienen voor kwalitatieve real-world-data studies.

Dataconnectie – ik heb het dan over de real world data – kan nieuwe evidentie genereren. Dat is vooral van belang voor geneesmiddelen bestemd voor patiënten die lijden aan een zeldzame aandoening.

06.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het vrij volledige antwoord.

Wat het Europese aspect betreft, u kondigt aan te onderzoeken hoe we op basis van de nieuwe Europese richtlijn het klinisch onderzoek kunnen clusteren en leiden. Dat maakt me wel bezorgd over de nieuwe Europese wetgeving over klinische studies, die op het moment wordt geïmplementeerd. U zult zeer waakzaam moeten zijn om de leidende positie die ons land op dat vlak inneemt, te blijven verdedigen. Er is met name een vrij grote concurrentie tussen verschillende firma's en organisaties over de instapprijs, het faciliteren en het aanspreken van patiënten. Het zijn net de patiënten die men moet kunnen vinden. In ons land mogen patiënten niet aangesproken worden. Ze moeten zich aanbieden. Het is misschien een tip om hierop iets dieper in te gaan.

U zegt ook dat al kan worden gewerkt met medicijnen die nog niet werden goedgekeurd, maar er is een terughoudendheid van de firma's. De prijsbepaling is dan wel heel belangrijk en daarvoor is er absoluut een gesprek met de firma's nodig.

Voorts vind ik het jammer dat u voor de specifieke aanpak van weesgeneesmiddelen naar het Farmapact wijst. Uiteraard is het er een deel van, maar ik denk dat een actieplan met betrekking tot weesziekten en weesgeneesmiddelen echt noodzakelijk is in ons land. Het delen van informatie en het delen van de resultaten van klinische proeven, ook in ons land, is heel belangrijk.

Op het moment heeft er een vertegenwoordiger van de overkoepelende patiëntenorganisaties zitting in de stuurgroep, maar weesziekten zijn zo specifiek dat het misschien een idee is om per specifieke aandoening experts die patiënten en patiëntenplatformen begeleiden en die ook de overheid kunnen begeleiden bij het nemen van beslissingen, te vragen.

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

07 Question de Nathalie Gilson à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des frais d'inscription à des stages pour les jeunes aidants proches" (55017838C)

07 Vraag van Nathalie Gilson aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de inschrijvingskosten voor sport- en andere kampen voor jonge mantelzorgers" (55017838C)

07.01 **Nathalie Gilson** (MR): *Monsieur le ministre, l'Office de Contrôle des Mutuelles, qui est l'organisme chargé par l'Etat du contrôle effectif des mutuelles, a refusé en 2021 l'unique avantage octroyé depuis plusieurs années aux Jeunes Aidants Proches, argumentant le fait que ledit avantage est discriminatoire par rapport aux jeunes qui ne sont pas des jeunes aidants-proches.*

Cet avantage représente une intervention significative dans les frais d'inscription à des stages ou des camps de vacances de ces jeunes.

Les mutuelles jouent un rôle essentiel et important en tant qu'intermédiaires entre l'Etat (INAMI) et la population en ce qui concerne les remboursements de soins santé.

Outre le remboursement des frais de santé, les mutuelles sont invitées par l'État à mener une politique de prévention et d'information du public. Par le biais des cotisations versées dans le cadre de leurs assurances complémentaires, les mutuelles gèrent leur politique de prévention et d'information. Chaque mutuelle est donc libre dans le choix de ses interventions. Là où l'Office de Contrôle des Mutuelles joue un rôle déterminant en sa qualité de « contrôleur », en donnant le feu vert pour les interventions choisies et cela à chaque fois. L'intervention pour les aides ménagères, pour des lunettes, pour des séances chez le psychologue, sont des exemples concrets d'intervention.

L'intervention majorée pour les stages et camp de vacances que Partenamut accordait aux jeunes aidants proches a été autorisée en 2018, 2019, 2020 par l'OCM. Pour 2021 cette intervention a été refusée car l'OCM juge cet avantage discriminatoire vis-à-vis des jeunes qui ne sont pas considérés comme étant des jeunes aidants-proches.

Entre 2018 et 2020 (inclus), l'OCM a autorisé cet avantage. Pourriez-vous nous préciser pourquoi à présent cela n'est plus le cas? L'OCM étant sous votre tutelle, êtes-vous en mesure de nous confirmer cette situation et qu'entendez-vous faire pour rectifier cette décision?

L'État, en interdisant l'avantage octroyé par la mutuelle, dénie l'existence de ces jeunes. Ces jeunes méritent notre soutien. Que comptez-vous mettre en place pour soutenir ces jeunes?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: *Monsieur le président, madame Gilson, il me semble nécessaire de brièvement rappeler le cadre dans lequel l'assurance complémentaire des mutualités est organisée.*

En 2010, à la suite d'une plainte introduite auprès de la Commission européenne par Assuralia, la Belgique a dû modifier sa législation en ce qui concerne les services que les mutualités peuvent offrir à leurs membres. Cette plainte invoquait le fait que les mutualités belges offraient à leurs membres des services qui constituaient en fait des assurances, et ce sans être soumis à la législation relative aux assurances. La plainte a été déclarée fondée et la réforme a été réalisée par une loi du 26 avril 2010.

Suivant les termes de celle-ci, les mutualités qui désirent continuer à offrir des services qui constituent des assurances relatives à la santé de leurs membres doivent les offrir par le biais d'une société mutualiste d'assurances qui constitue une nouvelle forme d'entreprise d'assurances qui ne peut, conformément au principe de spécialité, offrir d'autres services que des assurances, et qui ne peut les organiser qu'en faveur de ses membres.

Par ailleurs, pour que les services de l'assurance complémentaire d'une mutualité ne puissent pas être considérés comme des assurances et qu'ils puissent toujours être organisés par cette mutualité, ils doivent répondre à un certain nombre de critères qui ont été inscrits dans la loi.

Parmi ces critères figurent les critères suivants: chaque personne affiliée à la mutualité doit avoir accès à ce service quel que soit son âge, son sexe, son état de santé; par dérogation, certains avantages peuvent, pour autant que cela soit objectivement justifié, être limités à certaines catégories de membres; le montant de l'avantage peut être majoré pour certains membres, mais uniquement en faveur des membres qui bénéficient d'un statut social qui donne lieu à une intervention majorée dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Or, les aidants proches ne sont pas une catégorie de personnes bénéficiant d'un tel statut social.

Les statuts de la mutualité que vous évoquez prévoient déjà que les aidants proches peuvent bénéficier de certains avantages spécifiques dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Présidente: Gitta Vanpeborgh.

Voorzitter: Gitta Vanpeborgh.

À chaque fois, l'octroi des avantages spécifiques aux aidants proches a été approuvé par l'Office de contrôle des mutualités, qui a estimé qu'il était objectivement justifié d'octroyer des avantages spécifiques pour le seul groupe cible des aidants proches. En revanche, ce qui a justifié le refus de l'Office de contrôle, c'est l'offre d'une intervention d'un montant supérieur aux aidants proches par rapport aux autres membres de la mutualité, qui peuvent également bénéficier de cet avantage. L'Office de contrôle des mutualités me signale qu'une disposition qui prévoyait un avantage d'un montant supérieur pour les aidants proches a initialement fait l'objet d'un refus en 2015 pour les mêmes raisons.

À l'occasion de la fusion des mutualités Partena et Securex le 1^{er} janvier 2017, la nouvelle version des statuts complets, approuvée par l'Office, réintroduisait toutefois la disposition refusée en 2015. Celle-ci a malheureusement échappé à la vigilance de l'Office de contrôle à ce moment. Il s'en est rendu compte récemment, lors d'une demande d'adaptation nouvelle des statuts concernant les aidants proches.

Bien que j'estime, tout comme l'Office de contrôle des mutualités, qu'il est objectivement justifié de prévoir les avantages spécifiques pour ce public cible dans le cadre des services de l'assurance complémentaire des mutualités, je n'estime pas opportun de remettre en question les critères repris dans la loi avalisée par la Commission européenne à la suite d'une longue procédure, auxquels doivent satisfaire ces services pour qu'ils ne soient pas considérés comme des assurances. Cependant, comme je l'ai déjà évoqué ci-dessus, le cadre actuel prévoit déjà plusieurs possibilités pour les mutualités d'intervenir en faveur des aidants proches. Elles peuvent soit prévoir des avantages spécifiques pour les aidants proches et, le cas échéant, pour un autre public cible pour lequel ce serait aussi objectivement justifié et ne pas les prévoir pour les autres membres, soit augmenter l'importance de l'avantage pour tous les membres, de sorte que l'accès au service soit effectif pour tous les membres et que la garantie soit identique quel que soit le public cible. Il est donc tout à fait possible pour les mutualités d'adapter leurs offres d'avantages en fonction de ce public cible spécifique.

07.03 Nathalie Gilson (MR): Monsieur le ministre, ce que je veux retenir de votre réponse, c'est qu'il faut absolument éviter une discrimination entre les aidants proches et les jeunes aidants proches. Je vous fais confiance pour veiller au mieux à leur venir en aide à travers les missions de prévention des mutualités. Je vous remercie pour votre réponse.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Gedwongen opnames" (55017843C)

08 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les admissions forcées" (55017843C)

08.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, *Het Laatste Nieuws* rapporteerde over het stijgende aantal gedwongen opnames in de psychiatrie. In 2010 waren het er nog 3.043. Sindsdien zijn ze met gemiddeld 4,6 % per jaar gestegen. In 2020 gebeurde een op de acht opnames in de psychiatrie onvrijwillig. Zorgnet-Icuro verzamelde deze cijfers en gedelegeerd bestuurder Margot Cloet merkte ook op dat de gedwongen collocatie nu vaak wordt gebruikt om de lange wachttijden voor een gewone psychiatrische opname te omzeilen.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen formuleerde reeds in 2015 op vraag van de toenmalige minister van Justitie Laurette Onkelinx een advies om de toenmalige wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke grondig aan te passen. Deze wet regelde onder andere de gedwongen opname in de psychiatrie, beter gekend als collocatie. Die aanpassingen waren hoognodig. De bestaande wetgeving dateerde immers van 1990. Maar verder dan een advies kwam het nog steeds niet.

Bent u op de hoogte van dit advies? Indien niet, zult u dit advies opvragen bij de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen? Indien wel, zult u bij uw collega-minister van Justitie erop aandringen om dit zes jaar oude advies om te zetten in wetgeving? Steunt u de wijzigingen van de wet die worden voorgesteld in dat advies? Welke stappen zult u ondernemen om dit probleem en dat advies eindelijk bovenaan de agenda van deze regering te zetten?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, ik ben zeker op de hoogte van het advies van de toenmalige Nationale Raad voor het Ziekenhuisvoorzieningen over de gedwongen opname.

Naar aanleiding van dat advies is op initiatief van toenmalig minister Geens een gemengde werkgroep opgericht die de opdracht kreeg een herziening van de wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke voor te bereiden. De werkgroep was samengesteld uit vertegenwoordigers van de kabinetten van de ministers van Justitie en Volksgezondheid en hun administraties, magistraten, artsen en ziekenhuisdirecties.

Op het einde van de vorige legislatuur heeft deze werkgroep zijn werk beëindigd, maar geen rapport opgeleverd. In het federale regeerakkoord staat dat de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de geesteszieke persoon grondig wordt hervormd op basis van het voorbereidend werk van deze gemengde werkgroep en van de nieuwe inzichten in de geestelijke gezondheidszorg en Justitie.

Ondertussen ontving mijn beleidscel een voorlopig rapport van deze werkgroep. Dat werd ook besproken met de voorzitter van de werkgroep en met de beleidscel van de minister van Justitie.

Het is belangrijk dat het rapport snel kan worden afgerond zodat het regelgevend kader op basis daarvan kan worden aangepast.

De herziening van het wetgevend kader behoort tot de bevoegdheid van de minister van Justitie. Als u vraagt naar de concrete timing en de stand van zaken met betrekking tot de herziening van de wet moet ik toch verwijzen naar minister Van Quickenborne.

08.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik ben blij dat van die herziening eindelijk, na zo veel jaren, werk wordt gemaakt.

Ik weet ook dat het niet uw bevoegdheid is, maar als de collocatie wordt gebruikt om de wachttijden voor een gewone psychiatrische opname te omzeilen, dan valt het wel onder uw bevoegdheid, denk ik.

Ik hoop dat de minister van Justitie hiervan snel werk maakt en dat u uw collega kunt aanporren om dit bovenaan de agenda te zetten, want het kan zeker niet de bedoeling zijn dat het voorbereidende werk onderaan in de lade blijft liggen.

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

09 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken m.b.t het KB inzake de erkenningsprocedure voor orthopedische technologen" (55017887C)**

09 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état d'avancement de l'AR relatif à la procédure de reconnaissance des technologues orthopédistes" (55017887C)**

09.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, Het is nogal een omslachtige vraag. Ik verwijs dan ook naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Geachte mijnheer de minister, het beroep van bandagist, orthesist en prothesist is het enige paramedisch beroep waarvoor de erkenningsprocedure nog niet gestart is. De wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg bepaalt nochtans dat alle professionals in de gezondheidszorg een visum moeten hebben, met ingang van 1 juli 2021. Het is daarom dringend noodzakelijk dat de afgifte van erkenningen en visa voor deze paramedische beroepsgroep begint. De Belgische Beroepsvereniging voor Orthopedische Technologieën (BBOT) luidt hieromtrent ondertussen de alarmbel, in het kader van de herziening van de beroepsopleiding en de nieuwe lichting die binnenkort afstudeert.

In een gezamenlijk advies van 17 december 2020 van de Federale Raad voor de Paramedische Beroepen en de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen aan de FOD Volksgezondheid werd de problematiek nog eens aangekaart, maar er werd tot dusver geen verdere actie ondernomen. De erkenningen en visa en in het bijzonder de voorwaarden en procedureregels met betrekking tot de aanvraag tot erkenning of hernieuwing van erkenning als stagemeeester en stagedienst/stagebedrijf alsook voor de intrekking van deze accreditatie dienen via KB vastgesteld te worden, maar dit laat tot nader order op zich wachten.

Wat is de stand van zaken m.b.t. het KB in kwestie? Kan u een timing meegeven?

Zijn er struikelpunten in het totstandkomingsproces en zo ja, welke? Wat plant u hieraan te doen om de zaken in een stroomversnelling te doen geraken?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Depoorter, ik zal een kort antwoord geven. Ik hoop dat u dat niet vervelend vindt.

Ik ben op de hoogte van de problematiek die u beschrijft en ook van de urgentie met betrekking tot de erkenningprocedure van het beroep van bandagist, orthesist en prothesist.

De Federale Raad voor de paramedische beroepen en de Technische Commissie voor de paramedische beroepen hebben op 17 december 2020 inderdaad een gezamenlijk advies opgesteld over de opleiding van orthopedisch technoloog.

Het advies en de verdere stappen worden op dit moment grondig onderzocht.

Het is niet het enige, maar ik besef dat het echt nodig is, om ter zake vooruitgang te boeken.

Het dossier wordt ook intensief besproken in de IKW Gezondheidszorgberoepen met de deelstaten. Dat moeten wij immers ook doen.

Ik kan niet vooruitlopen op de besluitvorming. Ik zal het dus daarbij houden. Het dossier is op dit moment echter echt in onderzoek.

09.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, uw antwoord is inderdaad heel kort. Ik had mijn vraag misschien beter toch helemaal gesteld.

Het is natuurlijk niet het enige beroep waarin wordt geworsteld met erkenningen en met de uitvoeringsbesluiten ter zake. Het verdient de absolute aandacht.

Er studeren vandaag alweer nieuwe studenten af die geen duidelijkheid hebben en geen garantie over de invulling van hun job. Voor de patiënten gaat het ook om een heel vervelend fenomeen.

Ik zou u dus met aandrang willen vragen om vooruit te gaan met alle erkenningen en koninklijke besluiten die nog moeten worden genomen voor paramedische en medische beroepen. Er komen er straks nog aan bod. Het is nu echt wel het moment om werk te maken van een degelijke structuur en een degelijk kader waarbinnen de betrokkenen kunnen werken.

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

10 **Samengevoegde vragen van**

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De professionele stage voor klinische psychologen en klinische orthopedagogen" (55017914C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stagemogelijkheden voor toekomstige psychologen en psychiaters" (55018651C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De professionele stage van klinische psychologen" (55019127C)

10 **Questions jointes de**

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage professionnel des psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens" (55017914C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les possibilités de stage pour les futurs psychologues et psychiatres" (55018651C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage professionnel des psychologues cliniques" (55019127C)

10.01 **Els Van Hoof** (CD&V): Deze vraag gaat over een stage voor klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen. De verplichte praktijkstage werd bepaald naar aanleiding van de wet van 10 juli 2016. In mei was er onduidelijkheid of degenen die hun studie hadden aangevat in 2016 een vrijstelling zouden krijgen voor die stage, ook al werden er overgangsmaatregelen vooropgesteld. Dat is uiteraard ook begrijpelijk. De mensen die toen zijn gestart, hadden immers een studie voor ogen waarin dat jaar praktijkstages niet was vooropgesteld. Soms zijn dit mensen die al werken of financieel kwetsbaarder zijn. Zij zagen op tegen dat bijkomende jaar. Ook is er altijd een probleem geweest van voldoende stageplaatsen voor psychologen. Ondertussen heb ik bericht gekregen dat het euvel in verband met het academiejaar 2016-2017 verholpen zou zijn.

U kunt misschien bevestigen dat de mensen die afstuderen in 2022 dat stagejaar niet meer moeten doen.

Natuurlijk blijft de vraag of degenen die gestart zijn in 2016-2017 en aanspraak maken op een schakelprogramma daar ook voor in aanmerking komen en of er mogelijkheden bestaan om gedeeltelijke vrijstellingen te krijgen voor werkstudenten die werkervaring hebben.

Uiteraard zijn er ook studenten die de studie hebben aangevat en niet op de hoogte waren van het feit dat er een stage van een jaar zou zijn, daarna hun studie onderbreken omwille van financiële problemen, zwangerschap of gezinsomstandigheden. Zouden de mensen met een onderbroken studie onder dezelfde modaliteiten kunnen vallen als degenen met een ononderbroken studie aangevat in 2016?

Président: Thierry Warmoes.

Voorzitter: Thierry Warmoes.

10.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, eigenlijk is de context van mijn vragen dezelfde als die van de vragen van mevrouw Van Hoof. We kampen echt met een tekort aan klinisch psychologen en zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Stagemeesters en stageplaatsen ondervinden duidelijk administratieve problemen. Het is heel moeilijk om de administratie rond te krijgen en de instellingen vragen uitdrukkelijk om die te vereenvoudigen en ervoor te zorgen dat de studenten effectief naar hun stageplaats kunnen gaan en daarmee geen problemen ontstaan. We weten allemaal hoe dringend dit is. Ik heb u onlangs de vraag gesteld of u de middelen zult kunnen uitgeven die aan geestelijke gezondheidszorg kunnen worden besteed. U hebt zelf geantwoord dat we er niet zullen geraken, omdat we niet over voldoende opgeleid personeel beschikken. Dat is misschien een van de stappen om de situatie te verbeteren.

Het tweede onderdeel betreft de gesuperviseerde praktijkstage, die voor bepaalde studenten later in hun studies pas duidelijk is geworden. Er zijn signalen van mensen die zich omscholen, zich bijscholen of aan een schakelprogramma werken, dat ze echt verrast zijn over het feit dat ze 1.700 extra stage-uren moeten uitvoeren. Dat kan een probleem opleveren als men al voor een gezin moet zorgen.

Het is toch wel verwonderlijk dat er geen regels zijn vastgelegd over de financiering en de gedeelde uitvoering van de stage verspreid over verschillende academiejaren. Op een vrij eenvoudige manier moet daarvoor een oplossing kunnen worden gevonden, zodat die mensen in de praktijk als klinisch psychologen aan de slag kunnen gaan. Voor het academiejaar 2016 is dat opgelost. Vooral de studenten die later zijn gestart, hebben nog altijd vragen. We moeten omscholing bevorderen en faciliteren, zeker naar

knelpuntberoepen zoals klinisch psychologen, gezien de hoge noden in de geestelijke gezondheidszorg. Dat moet dus op een snelle manier worden verholpen. Kunt u daar iets aan doen en op welke termijn?

10.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, mevrouw Depoorter, zoals u beiden ongetwijfeld goed weet, is de professionele stage een voorwaarde om, na het verkrijgen van het visum, erkend te worden als klinisch psycholoog of klinisch orthopedagoog. Die verplichting is van toepassing op alle klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen die het beroep autonoom willen uitoefenen, maar er zijn in de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wel uitzonderingen op die verplichting. De verplichting geldt niet ten aanzien van klinisch psychologen of klinisch orthopedagogen die op 1 september 2016 de klinische psychologie of orthopedagogie reeds uitoefenen. Ze geldt evenmin ten aanzien van de studenten klinische psychologie of orthopedagogie die op 1 september 2016 hun studie hebben aangevat of deze uiterlijk tijdens het academiejaar 2016-2017 aanvatten. De erkenning behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Mevrouw Van Hoof, u vraagt of de studenten die afstuderen in 2021-2022 ook van die verplichting zijn vrijgesteld. De wet spreekt zich enkel uit over de datum waarop de studie aangevat dient te zijn, niet over het tijdstip van afstuderen. Het is dus moeilijk om mij uit te spreken over wie wel of niet is vrijgesteld van de professionele stage buiten het algemeen kader van de wet dat ik heb geciteerd. Het gaat om veel verschillende trajecten die een aparte beoordeling behoeven. Hetzelfde geldt voor de schakelstudenten en zij-instromers. Ook in die groep zijn er veel verschillende trajecten die apart beoordeeld dienen te worden.

Een gedeeltelijke vrijstelling voor werkstudenten voor die professionele stage is niet opgenomen in de wet. Door de geest van de wetgeving is dat niet evident, vermits de vaardigheden, de vakkundigheden en de competenties die tijdens de professionele stage worden bijgebracht, in het teken staan van de verwerving van autonomie in klinische psychologische praktijk of orthopedagogische praktijk. Dergelijke competenties en expertise kan als dusdanig niet opgebouwd worden tijdens een masterstage en evenmin tijdens een eerdere werkervaring, aangezien het volgen van die professionele stage pas toegang zal geven tot de autonome uitoefening van de klinische psychologie of de orthopedagogiek.

Zoals ik net al zei, de erkenning van de gezondheidszorgberoepen valt onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Het komt hen dus toe te bepalen of aan de voorwaarden voor vrijstelling van professionele stage is voldaan. Zij werken de verschillende voorwaarden uit, ook voor de schakelstudenten en de zij-instromers. Ik kan de studenten dus eigenlijk alleen aanraden om de Gemeenschappen te contacteren om uitsluitsel te krijgen over hun specifieke dossier.

Mevrouw Depoorter, u vraagt of het mogelijk is om de stage over verschillende academiejaren te verdelen. Ik wil eerst benadrukken dat de professionele stage geen onderdeel meer uitmaakt van de opleiding tot master in de klinische psychologie of de klinische orthopedagogiek. De stage is een voorwaarde om een erkenning te krijgen om het beroep autonoom te kunnen uitoefenen, niet om het masterdiploma te verkrijgen. De stage dient dus niet in academiejaren te worden opgevat. Artikel 7 van de KB's tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen, alsmede van stagemeesters en stagediensten vermeldt dat de stage minstens 1.680 uur bedraagt, dat zij deeltijds kan worden uitgevoerd met een minimum van 20 % VTE en dat zij kan worden gespreid over een periode van maximaal vijf jaar.

U vraagt ook naar het aantal stageplaatsen en het statuut tijdens de stage. Het aantal stageplaatsen is nog niet bekend. De eerste aanvragen worden nu door de werkgroep binnen de Federale Raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen geëvalueerd. Zoals u weet, is de periode van de overgangsmaatregelen voor de aanvraag tot erkenning als stagemeester verlengd tot 1 juli 2026. De administratie verwacht dat het aantal aanvragen nu gestaag zal toenemen. De vrees in verband met het aantal beschikbare plaatsen is begrijpelijk. Mijn administratie communiceert daarom actief met het werkveld om potentiële kandidaten zo goed mogelijk te informeren en te begeleiden.

Met betrekking tot de verloning wil ik het volgende zeggen. De kandidaten dienen een overeenkomst te sluiten met een stagemeester of een coördinerend stagemeester, waarin de wederzijdse verplichtingen en de verloning zijn opgenomen. Er is dus vanuit de federale overheid geen vergoeding voor.

Tot slot, wat de administratieve last betreft, mijn administratie is enkel bevoegd voor de erkenning van de stagemeesters en stageplaatsen voor de professionele stage. Zij heeft om de administratieve last tot een minimum te beperken een portaalwebsite gecreëerd die voor alle kandidaat-stagemeesters beschikbaar is.

In het kader van de only-oncewetgeving zal hier enkel informatie waar de administratie nog niet over beschikt, moeten worden aangevuld. Er kan worden bekeken of die procedure nog verder dient te worden verfijnd. Voorts is het aan de Gemeenschappen om de procedure tot erkenning te vereenvoudigen indien dat nodig zou zijn.

10.04 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, blijkbaar worden mensen behoorlijk van het kastje naar de muur gestuurd. Voor studenten die ermee bezig zijn, die hun studie hebben aangevat in 2016 en een onderbroken studietraject hebben – omdat ze bijvoorbeeld ondertussen een gezin hebben –, kan de Vlaamse overheid blijkbaar ook geen oplossing vinden. Vlaanderen stelt daarbij duidelijk dat de overgangsmatregelen om een federale goedkeuring vragen. Langs Vlaamse zijde zijn de betrokkenen langsgesegaan bij het Agentschap en bij het kabinet van minister Beke, waarop ze worden teruggestuurd naar de federale overheid. Dat is de stand van zaken wat het onderbroken traject betreft.

Naar situaties waarin een alternatieve invulling van de stage zelf vereist is, hebt u daarnet zelf verwezen. Daarover staat in de wet heel duidelijk dat het op deze manier moet worden georganiseerd, maar het blijft een federale bevoegdheid om alternatieven uit te werken voor deze groep mensen. Ik roep u op om dat te bekijken met uw kabinet, eventueel in overleg met de ministers van Welzijn. Op het moment dat zij hun studie hebben aangevat, waren ze uiteraard ook niet op de hoogte van het feit dat er een professionele stage zou volgen.

10.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, net als mevrouw Van Hoof ben ik te rade gegaan bij een mij bevriend Vlaams minister, van Onderwijs in dit geval. Ook hij stuurde me naar u door. De overgangsmatregel moet inderdaad federaal worden uitgewerkt. Ik dring er dus op aan om de zaak te bekijken en de stagemodaliteiten, die een federale bevoegdheid zijn, uit te werken.

Een goede zaak is dat de stage over vijf jaar gespreid kan worden, maar wat het aantal stageplaatsen betreft, is de bezorgdheid – zoals u zelf overigens ook aangeeft – terecht. Zeker gezien de gezondheidscrisis waarin we vandaag nog altijd zitten, is het belangrijk om zoveel mogelijk stageplaatsen te kunnen garanderen. Een gesprek, allemaal goed en wel, maar de administratieve lasten blijven aanzienlijk, ook al hebt u een portaal opgezet. Dat kan een vertragend effect hebben.

We moeten goed voor ogen houden dat heel wat van de studenten die zowel bij mij als bij mevrouw Van Hoof aankloppen, aan een heroriëntering bezig zijn.

Zij hebben al een masterdiploma. Die erkenning van het beroep is dus zeer belangrijk, anders kunnen zij hun heroriëntering niet uitvoeren en kunnen zij ook geen belangrijke schakel worden in de geestelijke gezondheidszorg. Ik vraag hier dan ook de urgentie voor. Net als het vorige dossier en dat van de psychotherapeuten ligt het echt in uw handen, u kunt overgangsmatregelen nemen en ervoor zorgen dat we hele gezondheidssector op een eenvoudige manier kunnen invullen. De nood is groot, ik ben ervan overtuigd dat u die mening deelt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Questions jointes de

- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation du nombre de cancers de la peau" (55017920C)
- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'adoption d'une approche nationale pour lutter contre le cancer de la peau" (55018237C)
- Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre croissant de cancers de la peau" (55018647C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un plan national de lutte contre le cancer de la peau" (55018677C)

11 Samengevoegde vragen van

- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende aantal gevallen van huidkanker" (55017920C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een nationale aanpak van de strijd tegen huidkanker" (55018237C)
- Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgend

aantal huidkankers" (55018647C)

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een nationaal plan tegen huidkanker" (55018677C)

11.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, le cancer de la peau est un véritable fléau dans notre pays, avec une augmentation exponentielle des cas: 43 000 cas en 2018 contre 11 000 en 2004.

La Fondation contre le cancer tire la sonnette d'alarme. Selon elle, la majorité des cancers de la peau peuvent être évités en se protégeant contre les rayons UV. Selon leurs experts, les bancs solaires, le réchauffement climatique et la diminution de la couche d'ozone en seraient les causes principales.

Monsieur le ministre, confirmez-vous l'augmentation considérable du nombre de cas de cancers de la peau en Belgique?

Cette hausse accélérée met les soins de santé sous pression. Les délais de rendez-vous chez les dermatologues sont trop longs, avec la conséquence, pour les patients, que les diagnostics sont posés trop tard. La Fondation réclame également un plan d'action national comprenant la détection, la prévention, le traitement et la recherche.

Monsieur le ministre, quelles pistes de solution peuvent-elles être envisagées dans ce cadre? Avez-vous eu des contacts avec vos homologues des entités fédérées? Un tel plan est-il envisageable et souhaité? Où en est le plan cancer lancé en 2008? Une évaluation est-elle à l'ordre du jour?

Enfin, la Fondation contre le cancer tire aussi la sonnette d'alarme et indique qu'une des pistes est d'interdire l'usage commercial des bancs solaires, comme l'ont fait d'autres pays tels que le Danemark, les Pays-Bas ou le Royaume-Uni. Quelle est votre position quant à cette interdiction éventuelle de l'usage commercial des bancs solaires? Je vous remercie d'ores et déjà pour vos réponses.

11.02 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, comme l'a dit mon collègue, le diagnostic précoce est essentiel pour combattre la maladie du cancer de la peau. Face à l'augmentation du nombre de cas diagnostiqués, la Fondation contre le cancer a tiré la sonnette d'alarme, estimant que les mesures actuelles sont clairement insuffisantes.

Pour y remédier, elle préconise entre autres d'adopter une approche plus coordonnée pour promouvoir un changement de nos comportements, notamment l'exposition aux rayons UV; d'organiser un dépistage efficient éventuellement basé sur de nouvelles technologies; d'adopter une réglementation pour contrer la désinformation; d'organiser les soins en vue de garantir une meilleure accessibilité; de revoir la répartition des tâches entre les différentes disciplines en termes de diagnostic, de soins et de suivi; d'octroyer un soutien financier à la recherche de thérapies plus ciblées ayant moins d'effets secondaires; ou encore de créer une *task force* regroupant des experts et des représentants de patients.

Monsieur le ministre, avez-vous pris connaissance des recommandations? Y êtes-vous favorable?

Envisagez-vous de prendre de nouvelles initiatives en vue de lutter contre la hausse du nombre de cancers de la peau? Combien de patients atteints du cancer de la peau ont-ils été recensés en Belgique durant ces cinq dernières années? Combien de personnes se font-elles dépister chaque année? Quels investissements scientifiques et technologiques ont-ils été engagés ces deux dernières années dans notre pays pour lutter contre le cancer de la peau? A-t-on observé une réduction des suivis médicaux contre le cancer de la peau durant la crise sanitaire? Des difficultés d'accessibilité aux traitements ont-elles été relevées?

D'autres pays appliquent une stratégie nationale, qui a été relevée par les experts en la matière. Une diminution du nombre de cas serait constatée. En Belgique, prévoit-on une stratégie nationale, globale et coordonnée de ce type? Avez-vous entretenu récemment des échanges avec vos homologues des entités fédérées à ce sujet?

11.03 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de minister, de Stichting tegen Kanker ziet het aantal gevallen van huidkanker spectaculair stijgen en trekt aan de alarmbel. Overmatig zonnen en overmatig gebruik van de zonnebank blijven de grootste oorzaken van huidkanker. Huidkanker is ook de meest voorkomende kanker in ons land. Het gaat om 40 % van de diagnoses. De Stichting Kankerregister voorspelt dat er tegen 2030

wel 77.000 gevallen van huidkanker in België zullen zijn. Dat is niet niets.

De huidige preventieve acties zijn onvoldoende volgens de stichting. Zij vragen een breed nationaal actieplan tegen huidkanker. Inzetten op primaire preventie kan onder meer door een zonnebankverbod. Secundaire en tertiaire preventie kan door de mogelijkheden voor een kostenefficiënte huidkankerscreening te verkennen. Men wil ook de organisatie van de zorg kritisch laten bekijken en bijkomende analyses laten uitvoeren naar de kosten van huidkankerzorg, de beschikbare kennis bij het publiek en de expertise en capaciteit van zorginstellingen.

Mijnheer de minister, welke maatregelen zult u nemen om de tendens van het stijgende aantal huidkankers tegen te gaan? De Stichting tegen Kanker vraagt een nationaal actieplan. Gaat u daarmee aan de slag?

Zult u samen met mevrouw De Bleeker de verkoop van zonnebanken en exploitatie van zonnebankcentra bekijken? Ik denk dat daar heel wat misloopt. Ik heb daarover in het verleden ook al heel wat vragen gesteld en initiatieven genomen. Ik denk dat op dit vlak heel wat kan worden verbeterd.

11.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik verwijs naar de ingediende vraag.

Huidkanker is de meest voorkomende kanker in België, blijkt uit cijfers van Stichting Kankerregister. Bij 40 procent van de diagnoses gaat het om huidkanker, daarna volgt borstkanker (tien procent), prostaatkanker (negen procent), longkanker (acht procent) en darmkanker (zeven procent).

Volgens de meest recente cijfers telde België in 2018 maar liefst 43.745 gevallen van huidkanker. De meest voorkomende vormen van huidkanker zijn de kwaadaardige huidtumoren basocellulair carcinoom en spinocellulair carcinoom en in mindere mate melanoom. Uit diezelfde cijfers blijkt dat één op de vijf Belgen huidkanker krijgt voor de leeftijd van 75.

De Stichting Kankerregister voorspelt dat er tegen 2030 wel 77.000 gevallen van huidkanker zullen zijn in België.

De Stichting tegen Kanker zet naar eigen zeggen al in op de sensibilisering van het publiek en de financiële ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek en ijvert voor een zonnebankverbod, maar noemt dat onvoldoende. Daarom vraagt ze om een nationaal plan van aanpak, gedragen door preventie-, wetenschaps-, beleids- en zorgexperten en patiënten.

De Stichting tegen Kanker wil ook inzetten op primaire preventie, door onder andere een zonnebankverbod, en op secundaire en tertiaire preventie, door mogelijkheden voor kostenefficiënte huidkankerscreening te verkennen. Ze wil ook de organisatie van de zorg kritisch laten bekijken en bijkomende analyses laten uitvoeren naar de kosten van huidkankerzorg, de beschikbare kennis bij het publiek en de expertise en capaciteit van zorginstellingen.

Erkent u het probleem en de noodkreet van de Stichting tegen Kanker?

Maakt u werk van een nationaal plan met screening, meer preventiemiddelen (overleg met deelstaten), betere behandeling en meer wetenschappelijk onderzoek?

Wie zal u daarbij betrekken?

Welke termijn heeft u voor ogen?

Zal u overleg plegen met de deelstaten wat hun bevoegdheden binnen dit plan betreft?

Welke initiatieven zal u nemen?

Bekijkt u het voorstel om zonnebanken definitief te verbieden? Wat is uw standpunt?

11.05 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai pris connaissance du rapport de la Fondation contre le cancer auquel vous faites référence et qui a été élaboré en collaboration avec le registre du cancer, qui est responsable de l'enregistrement des nouveaux cas de cancers en Belgique. Les chiffres mentionnés dans le rapport sont corrects; les chiffres les plus récents du registre du cancer sont ceux de 2018. Les chiffres de 2019 et de 2020 ne sont pas encore disponibles en raison du traitement des données qui dure deux ans. Les formes de cancers de la peau les plus courantes sont le carcinome basocellulaire (CBC), le carcinome spinocellulaire (CSC) et le mélanome. Le chiffre mentionné de 43 745 cas en 2018 comprend ces trois

formes. Le site web du registre du cancer reprend les chiffres de l'incidence du cancer en Belgique, excepté les carcinomes basocellulaires.

Pour les carcinomes spinocellulaires et les mélanomes, on a enregistré 10 549 nouveaux cas en 2016, 11 992 nouveaux cas en 2017 et 11 965 nouveaux cas en 2018. Pour les carcinomes basocellulaires, des chiffres approximatifs se trouvent dans le rapport de la Fondation contre le cancer. En 2016, environ 27 000 nouveaux cas ont été enregistrés, en 2017 environ 29 000 et en 2018, environ 31 000.

Il convient de préciser que le carcinome basocellulaire est la forme de cancer de la peau la plus courante et la moins dangereuse.

Il n'y a pas de données disponibles sur le nombre de personnes qui se font dépister chaque année. En ce qui concerne l'accès au diagnostic et au traitement durant la crise covid, il n'y a pas de données spécifiques pour le cancer de la peau.

Les principaux constats du rapport sont les suivants. Environ 40 % de tous les cancers détectés aujourd'hui sont un type de cancer de la peau. Comme je viens de le dire, en 2018, on en dénombrait 43 745 en Belgique. En raison du vieillissement de la population, une augmentation significative était attendue mais l'augmentation est plus importante que prévu.

Le registre du cancer prévoit une augmentation de cas à plus de 77 000 en 2030. Cette augmentation s'explique en grande partie par le comportement des Belges qui s'exposent régulièrement au soleil. Comme le rapport le mentionne, les séances de banc solaire sont devenues très à la mode et les voyages vers des destinations ensoleillées étaient bon marché. Le changement climatique joue également un rôle. L'augmentation du nombre de jours ensoleillés signifie davantage d'exposition à la lumière du soleil. La diminution de la couche d'ozone a mené à une exposition à des valeurs UVI plus élevées.

La plupart des Belges, plus de 60 % de la population, ont la peau claire, ce qui la rend inadaptée à l'exposition excessive observée lors de recherches.

Les personnes qui travaillent en extérieur, les sportifs et les enfants sont aussi des groupes à risque.

Certains facteurs ne peuvent pas être contrôlés mais l'exposition aux rayons UV et la protection utilisée pendant cette exposition jouent un rôle essentiel dans la prévention du cancer de la peau.

En ce qui concerne les recommandations de la Fondation contre le cancer, un plan national spécifique pour le cancer de la peau ne me semble pas approprié à première vue. Il ne semble pas efficace de développer un plan national pour chaque cancer ou maladie spécifique. Toutefois, il est vrai – et ce rapport le rappelle à juste titre – que le cancer de la peau représente un défi pour les soins de santé et que la prévention est un aspect important dans la lutte contre le cancer de la peau. Ce thème sera donc inclus dans les concertations avec les entités fédérées dans un groupe de travail spécifique sur la prévention dans le cadre de la Conférence interministérielle au cours des prochains mois.

Een verbod op zonnebanken, zoals dat werd voorgesteld door de stichting en ook door de Hoge Gezondheidsraad, valt niet onder mijn bevoegdheid. Het blijft wel van groot belang om de burgers goed te informeren en hen aan te moedigen om de verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid.

Laat ik wel opmerken dat een verbod op zonnebanken ook wel risico's inhoudt, zoals een verschuiving naar het gebruik van zonnebanken in de privésfeer. Gelet op het rapport en rekening houdend met de aanbevelingen van de WHO zal ik samen met de bevoegde minister bekijken op welke wijze daarmee best kan worden omgegaan.

En ce qui concerne le plan national cancer de 2008, je peux vous informer que la plupart des mesures de ce plan ont été mises en œuvre et structurées entre-temps. Pour les investissements scientifiques et technologiques, je peux mentionner le projet pilote de télé-expertise en matière de dermatologie relevant de l'INAMI qui a débuté en 2021. Il s'agit d'une nouvelle méthode grâce à laquelle le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste échangent des informations et des photos médicales via des canaux de communication sécurisés.

Dans le cadre de Mobile Health, l'application SkinVision a été certifiée. Elle permet une évaluation

instantanée du risque pour les principaux cancers de la peau, basée sur la photo prise avec le smartphone d'une tache sur la peau. Selon cette évaluation, le service SkinVision recommande de rendre ou non visite à un médecin. Enfin, les campagnes de sensibilisation dans le cadre de la prévention relèvent des compétences des entités fédérées.

Comme je l'ai déjà mentionné, le thème du cancer de la peau sera inclus dans les concertations avec les entités fédérées dans le cadre de la Conférence interministérielle.

11.06 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, comme l'a dit M. le ministre, 40 % des cas de cancer sont aujourd'hui des cancers de la peau. Les perspectives d'ici 2030 ne sont guère réjouissantes, avec 77 000 cas envisagés. C'est bien évidemment dramatique. Le problème du cancer de la peau est aussi un problème de prévention. Le citoyen oublie qu'il s'expose à chaque instant au risque et qu'il peut éviter cette situation en adaptant son comportement et en se protégeant. Je ne doute pas, monsieur le ministre, qu'il faudra être attentif, avec vos homologues des entités fédérées, à avoir une approche réellement préventive à l'égard des concitoyens qui oublient que le soleil n'est pas forcément leur ami et qu'il faut être prudent à son égard.

Mon papa a été touché par le cancer de la peau. Il était pourtant relativement prudent. Heureusement, il s'en est sorti grâce à un traitement compassionnel, mais je connais les séquelles qu'il en a gardées. Malgré une attitude qui lui semblait être la bonne, je sais qu'il serait beaucoup plus prudent aujourd'hui. Il aurait pu éviter toutes ces souffrances. Soyons vigilants! Malheureusement, ce cancer est bien plus vicieux que le cancer des poumons, où chaque fumeur sait à quoi il s'expose.

Merci pour vos réponses, monsieur le ministre. Je ne manquerai pas de revenir vers vous lorsque vous aurez eu l'occasion d'aborder ce problème avec vos collègues des entités fédérées.

11.07 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie également pour vos réponses. Je constate que ce sujet retient toute votre attention. J'entends vos explications quant au plan cancer, que vous trouvez inapproprié pour un cancer en particulier. Je peux comprendre cette optique et donc celle de travailler sur les cancers dans le cadre d'un plan national et dans le cadre de votre fonction de ministre de manière plus globale, avec une attention particulière pour les types de cancers qui ressortent en premier de cette liste noire.

J'entends aussi que le thème est inclus dans un groupe de travail et dans une conférence interministérielle qui se tiendra encore prochainement. Tout cela me rassure sur les suites à donner, tout comme votre écho positif. Je reviendrai vers vous, si on a le temps aujourd'hui sinon plus tard, vu que vous avez succinctement abordé la télé-expertise en dermatologie.

11.08 Karin Jiroflée (Vooruit): Als ervaringsdeskundige ben ik bijzonder begaan met het huidkankerprobleem, vooral als het gaat over jonge kinderen, vaak jonge meisjes. Ik ben blij te horen dat u daar heel binnenkort rond zult werken.

In verband met zonnebanken is er toch een en ander te doen, maar dat is inderdaad uw bevoegdheid niet. We moesten in het verleden vaststellen dat er toch heel wat dingen verkeerd liepen. We hebben daarover trouwens een voorstel van resolutie klaar en ik zal mevrouw De Bleeker daar nog over ondervragen. We volgen het dossier op.

11.09 Robby De Caluwé (Open Vld): Huidkanker is de meest voorkomende kanker in België. 40% van de diagnoses gaat om huidkanker. Volgens de meest recente cijfers zijn dat in België bijna 44.000 gevallen op één jaar tijd. De meest voorkomende vormen zijn de kwaadaardige huidtumoren, basocellulair carcinoom, spinocellulair carcinoom en in mindere mate melanoom. Uit dezelfde cijfers blijkt dat een op de vijf Belgen huidkanker krijgt voor ze 75 jaar zijn. Volgens voorspellingen zullen er tegen 2030 77.000 gevallen per jaar zijn. Huidkanker verdient dus een actieplan met maatregelen en bewustmaking. Ik ben u dan ook dankbaar dat u het onderwerp ter harte neemt. Ik ben heel benieuwd naar het vervolg.

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

De **voorzitter**: De vragen nrs. 55017948C en 55017949C van de heer Prévot worden uitgesteld.

Kunt u de volgende vragen nog beantwoorden? De vragen stapelen zich op, mijnheer de minister. We zullen er niet raken.

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

De **voorzitter**: Dan zullen we toch maatregelen moeten nemen om wat meer tijd vrij te maken. We hebben slechts 12 van de 69 agendapunten kunnen afwerken. We zien u terug op donderdag 15 juli, maar we zullen er niet door raken.

11.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik meen dat u over het algemeen niet kunt klagen over mijn bereidheid, mijnheer de voorzitter, maar ik moet straks naar het kernkabinet. Ik moet nu echt vertrekken.

De **voorzitter**: Het zij zo. Ik dank alle aanwezigen.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.54 uur.
La réunion publique de commission est levée à 16 h 54.*