

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES

du

JEUDI 15 JUILLET 2021

Matin

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DONDERDAG 15 JULI 2021

Voormiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 9:18 uur en voorgezeten door mevrouw Frieda Gijbels.

La réunion publique de commission est ouverte à 9 h 18 et présidée par Mme Frieda Gijbels.

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.

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 **voorzitster**: De vragen nrs. 55017948C en 55017949C van de heer Prévot worden op zijn verzoek uitgesteld.

01 Samengevoegde vragen van

- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55018011C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-quota" (55018714C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-nummers" (55018896C)
- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55018924C)
- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsencontingentering" (55019745C)

01 Questions jointes de

- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55018011C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas INAMI" (55018714C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les numéros INAMI" (55018896C)
- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55018924C)
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contingentement des médecins" (55019745C)

01.01 **Barbara Pas** (VB): Mevrouw de voorzitster, ik veronderstel dat ik meteen mijn beide vragen mag stellen.

Mijnheer de minister, de wet van 10 mei 2015, gewijzigd in 2019, bepaalt dat er binnen de twee jaar een koninklijk besluit moet komen dat een contingentering invoert voor artsen en tandartsen die een opleiding aan een buitenlandse universiteit hebben gevolgd. Dat moet na advies van de Planningscommissie gebeuren, zodat het totale aantal artsen en tandartsen dat jaarlijks na het behalen van een diploma in het buitenland toegang krijgt tot die bijzondere beroepstitels kan worden bepaald.

Wat is het advies van de Planningscommissie over het te hanteren quotum voor artsen die hun diploma behaalden in het buitenland en die in België een RIZIV-nummer aanvragen? Zal u het advies van de

Planningscommissie volgen? Kan u dat advies aan het Parlement bezorgen? Op het ogenblik waarop ik deze vraag indiende, was de termijn bijna verstreken en ondertussen is er ook alweer enige tijd verstreken. Wanneer zal u het koninklijk besluit dat het contingent voor die artsen invoert, in orde brengen?

Het zijn niet alleen artsen die in het buitenland een diploma behaalden die hier een RIZIV-nummer aanvragen. Vorige week werden de toelatingsexamens voor het aanvatten van de studie afgenomen. De minister van Hoger Onderwijs heeft in de bevoegde commissie in het parlement van de Franse Gemeenschap verklaard dat er dit jaar 6.200 kandidaten ingeschreven waren voor die eerste test, terwijl dat er vorig jaar ongeveer 4.000 waren. De reden die zij daarvoor aanhaalt, is een forse stijging van het aantal kandidaten dat niet in België woont. Zij zijn voornamelijk afkomstig uit Frankrijk, waar de toegang tot de studie geneeskunde wel streng beperkt is, in tegenstelling tot in Wallonië.

Voorzitter: Thierry Warmoes.

Président: Thierry Warmoes.

Die problematiek sluit naadloos aan bij mijn tweede vraag over de artsencontingentering in het algemeen. Ik heb ook deze vraag al enige tijd geleden ingediend en gelet op de geschiedenis van dit dossier behoeft ze weinig toelichting.

Mijnheer de minister, zal u in een komend koninklijk besluit opnieuw een vrijstelling van de quota opnemen voor specialisaties met tekorten? In de Franse Gemeenschap worden er voor 2021 896 gediplomeerde artsen verwacht, in Vlaanderen 818.

Op die manier zal de historische scheefte dus nog groter worden. Hoe gaat u dat aanpakken? Vlaanderen heeft een overschot van minstens 1.040 RIZIV-nummers terwijl Franstalig België geen overschot heeft, integendeel zelfs. Gaat u toch RIZIV-nummers toekennen aan alle artsen die dit jaar afstuderen?

Ik heb nog een bijkomende vraag. Hoe zal u afdwingen dat er aan Waalse kant eindelijk een filter wordt ingebouwd bij de toelatingsexamens? Hoe gaat u reageren als er in de Franse Gemeenschap meer dan 505 studenten beginnen aan de opleiding tot arts?

Mijn belangrijkste vraag betreft het responsabiliseringsmechanisme voor wie de quota niet respecteert, iets wat in uw regeerakkoord beloofd werd. Wat zal dat mechanisme precies inhouden? Wanneer zal daar werk van worden gemaakt? Zal dat bij de start van het volgende academiejaar in voege treden of moeten we daar nog langer op wachten?

01.02 Sophie Rohonyi (DéFI): *"Monsieur le ministre, la crise sanitaire a mis en lumière les failles de notre système de santé et plus particulièrement la nécessité de pallier la pénurie de médecins mais aussi de revaloriser les professions médicales.*

C'est dans ce contexte que je vous interrogeais, en séance plénière du 10 juin dernier, sur la question des quotas INAMI et notamment sur l'un des deux projets d'arrêtés ministériels approuvé en première lecture par le Conseil des Ministres le 4 juin dernier.

Cet arrêté permet à la Communauté française de délivrer, en 2027, non pas 505 mais 555 numéros INAMI à une double condition:

- que les numéros supplémentaires soient uniquement destinés à la première ligne de soins

- mais aussi qu'un concours, et non plus un examen, d'entrée en médecine soit mis en place, comme en Flandre. Autrement dit, en plus de devoir réussir l'épreuve en elle-même, l'étudiant francophone devra être classé pour espérer commencer un cursus.

Lorsqu'on sait que près de 6.700 personnes sont attendues ce 6 juillet pour la première épreuve de l'examen d'entrée aux études de médecine et de dentisterie en Fédération Wallonie-Bruxelles, soit bien plus que les 4.025 enregistrées l'an dernier à même époque, l'on peut comprendre qu'en cherchant à imposer un concours vous espérez mieux faire correspondre le nombre d'étudiants au volume de quotas Inami qui leur sont destinés.

Sauf que ces quotas INAMI sont insuffisants pour répondre à la pénurie actuelle de médecins.

Se pose aussi la question de votre marge de manoeuvre dans ce dossier car si le fédéral est compétent pour fixer les quotas INAMI, ce sont aux communautés, et non au fédéral, de choisir la façon d'y parvenir. Toujours en séance plénière, vous vous vouliez alors rassurants en affirmant négocier les projets d'arrêts royaux, une structure interfédérale uniforme mais aussi la pratique de la planification avec les communautés.

Par conséquent, Monsieur le Ministre:

•Pensez-vous que l'instauration du concours d'entrée en FWB constitue réellement une solution dans un contexte de pénurie et d'épuisement du personnel soignant?

•Pourquoi cette situation n'est-elle vue que par le prisme d'un concours et non des numéros INAMI?

•L'octroi de 50 numéros INAMI supplémentaires en FWB ne devrait-elle pas être revu à la hausse au vu du grand nombre d'inscrits à l'examen d'entrée et aux besoins du terrain?

•Où en sont les négociations avec les Communautés? Les acteurs de terrain (médecins et étudiants en médecine) sont-ils concertés?"

01.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, ce dossier est important et je vous avais interrogé à son sujet, il y a quelques semaines, en séance plénière.

Concernant l'accord en première lecture intervenu au mois de juin, il y avait deux projets d'arrêtés royaux: l'un pour déterminer le quota d'étudiants pour l'année 2027 pour ceux qui commencent en septembre et un second pour le nombre de candidats supplémentaires qui terminent l'année 2021 ayant commencé leurs études en 2015.

L'accord semblait particulièrement flou en Conseil des ministres et c'est le moins que l'on puisse dire! Vous m'aviez répondu alors, en séance plénière, que vous négociez avec les Communautés (je vous cite).

J'aimerais donc savoir ce qu'il en est quelques semaines plus tard. Quel est le résultat de ces négociations? Sur quoi portent ces discussions? Y a-t-il un calendrier? Est-ce finalisé?

Par ailleurs, les acteurs de la santé seront-ils associés logiquement puisqu'il y a toute une série d'éléments majeurs en rapport à des spécialisations en pénurie, à la réalité démographique, au nombre de médecins et dentistes à la pension?

À la suite de l'actualité et au fait que je suis à l'origine de la loi votée en 2019, relative à l'application d'un quota pour les médecins et dentistes formés à l'étranger et en Europe en particulier (non-belges), car il est impensable de limiter strictement nos jeunes médecins et dentistes belges quand on attribue de manière totalement libre des numéros INAMI aux médecins et dentistes européens non-belges. Où en est-on sur ce volet?

Pour terminer, monsieur le président, je voudrais rappeler combien il est fondamental de se baser sur des données objectives en dehors de tout débat caricatural et des besoins sur le terrain en matière de santé publique.

01.04 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, u zal begrijpen dat ik een andere insteek heb dan collega Fonck. Ik heb veel respect voor haar, maar in dit dossier botsen onze geesten. Het zogenaamd wetenschappelijk onderbouwde verhaal van de Planningscommissie is veel karikaturaler dan het debat dat erover gevoerd wordt. U begint de neiging te vertonen om zich daarachter te verschuilen, terwijl u het dossier al heel lang kent en weet dat het hoogtijd is om er komaf mee te maken.

Ik zal de details niet herhalen. U kent onze stelling. De vraag is hoe u op lange termijn met dit dossier zal omgaan. U hebt geprobeerd om de KB's ter zake op een slinkse manier erdoor te jassen. De Vlaamse regering is daarover minder gelukkig dan u had verwacht, dus ben ik zeer benieuwd hoe de gesprekken verlopen.

Hoe zal u aan Franstalige zijde die filter nu eindelijk afdwingen? Hoeveel RIZIV-nummers zal u uitdelen aan

Franstalige zijde? Uw antwoord zou 505 moeten zijn, maar er werd mij ingefluisterd dat u daarmee andere plannen heeft. Ik herinner u er evenwel aan dat het akkoord van de Zweedse coalitie waarover ik zelf mee onderhandeld heb, reeds een serieus compromis was waarin een halvering van het daadwerkelijke overtal aan Franstalige zijde werd geslikt en een hele lange termijn op de afbetaling werd toegelaten. Als u nog ingrijpt op dit akkoord, lacht u de Vlaamse studenten gewoon uit in het gezicht. Ik hoop dat dit niet de bedoeling is.

Het verheugt me dat collega Farih aanwezig is zodat er toch een CD&V'er voor dit dossier aanwezig is. Alleen komen de christendemocraten in dit dossier niet meer tussenbeide. CD&V was bijzonder trots op het woordje "responsabiliseringsmechanisme" dat met veel moeite in het regeerakkoord was opgenomen. Toen heb ik daar hartelijk om gelachen omdat Vivaldi CD&V niet écht nodig heeft. In dit dossier wordt dat opnieuw bewezen. Buiten het lezen van dat woord in het regeerakkoord heb ik in dit dossier nog niets gemerkt van het responsabiliseringsmechanisme. Integendeel, men laat nu 6.000 deelnemers toe voor de toelatingsexamens en er is nog steeds geen numerus fixus. Vorige keer heeft men meer dan het dubbel aantal kandidaten laten beginnen, ook al was er toen reeds een duidelijke afspraak. Uw voorgangster, mevrouw De Block, ging met dit dossier op dezelfde wijze te werk als u vandaag, wat neerkomt op een jaarlijkse amnestie zonder stok achter de deur.

Mijnheer de minister, hoe zal u dit dossier concreet aanpakken zonder de Planningscommissie te misbruiken die echt niet wetenschappelijk te werk gaat, zodat we het eindelijk, na 20 jaar van discussie, kunnen afsluiten.

01.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik zal in mijn antwoord drie punten aansnijden, ten eerste, een stand van zaken, ten tweede, de adviezen van de Planningscommissie en, ten derde, mijn standpunt over de manier waarop we naar het dossier moeten kijken.

Ten eerste, waar staan we? De ministerraad heeft in eerste lezing twee ontwerpen van koninklijk besluit met betrekking tot het medisch aanbod goedgekeurd. Het eerste heeft betrekking op de quota van artsen 2027 en het tweede heeft betrekking op de bijkomende kandidaten 2020-2021. Dat moet, om het plastisch uit te drukken, een antwoord bieden op de vraag wat we doen met de overtallen zowel aan Vlaamse als aan Franstalige zijde. Die ontwerpen werden naar de Raad van State gestuurd en intussen is het advies ter zake binnen. Dat betekent dat we definitieve beslissingen met betrekking tot die twee ontwerpen kunnen nemen.

Ik heb ook de opdracht van de ministerraad gekregen om overleg met de Gemeenschappen te plegen. Dat overleg is lopende en daarom wil ik op de resultaten ervan niet vooruitlopen. Ik hoop dat u dat begrijpt.

Concreet, het eerste ontwerp van KB legt in de praktijk het quotum artsen voor 2027 aan Vlaamse zijde vast op 977 en aan Franstalige zijde 505. Die cijfers zijn het resultaat van behoefteramingen en correcties wegens overschrijdingen in het verleden – ik ga niet in op het detail.

Het tweede ontwerp bepaalt dat de overtallen in Vlaanderen aanvaard worden, net zoals de overtallen in Franstalig België, die wel belangrijker zijn. Een aspect van de negotiaties die ik met de Gemeenschappen voer, gaat erover dat conform het advies van de Planningscommissie eventuele overtallen georiënteerd moeten worden naar knelpuntspecialismen zoals huisartsen, gerieters en kinderartsen, waarvoor er schaarste is, terwijl de behoefte groot is.

Ik geef u graag mijn insteek, mijn visie voor het debat mee.

Mijns inziens moet het perspectief van het debat de kwaliteit van de opleidingen, de beroepen en de zorg zijn. Ten eerste, kwaliteitsvolle opleidingen veronderstellen inderdaad het voorkomen dat de opleidingen, cursussen, aula's, labo's, onder druk staan van een veel te groot aantal studenten, wat men uiteindelijk niet nodig heeft. Omwille van de kwaliteit van de opleidingen is een beperking van de instroom op zich al nuttig. Dat is een eerste uitgangspunt. Het gaat om de kwaliteit van de opleidingen. Ik meen dat dat ook wel zo ervaren wordt, zowel in Vlaanderen als in Franstalig België. Men kan geen duizenden jonge mensen laten beginnen aan zo'n opleiding, want dat zet een enorme druk op de kwaliteit van de opleiding, als men weet dat daar maatschappelijk niet echt een vraag naar is.

Ten tweede gaat het over de kwaliteit van het beroep. Daarbij moet men twee uitersten vermijden. Het ene uiterste is dat men een overaanbod heeft van zorgverstrekkers, waardoor de zorgverstrekkers die in het beroep staan, hun werk eigenlijk niet goed kunnen doen, omdat zij wat zij geleerd hebben, niet goed kunnen

valoriseren. Wij hebben dat in het verleden meegemaakt met de kinesitherapeuten. Wij hebben periodes gekend van een zwaar overaanbod en men ziet dat het beroep dan eigenlijk onder enorme druk komt te staan en dat het moeilijk is voor de betrokkenen het nog goed uit te voeren. Er is dan een grote onderlinge concurrentie wegens het overaanbod in verhouding tot de behoefte. Ik verwijs naar wat wij twintig jaar geleden meemaakten met de kinesitherapeuten. Dat is geen verwijt aan de individuele kinesitherapeuten; dat is gewoon een structurele situatie, die men beter vermijdt.

Het andere uiterste is dat er een tekort is. Dan staan de mensen die het beroep moeten uitoefenen, natuurlijk ook onder enorme druk. Ik meen dat wij wat dat betreft in de voorbije dertig jaar een echte revolutie hebben gekend, omdat de opvattingen hoe men werk en leven, werk en familiale verantwoordelijkheid, werk en bijscholing, combineert, zijn geëvolueerd. Wij leven niet meer in een wereld waarin wij het normaal vinden dat een arts 80 uur per week werkt. Dat is ooit zo geweest. Dat werd als normaal ervaren. Heel lang geleden werd dat zelfs gezien als een onderdeel van de kwaliteit, namelijk dat zo'n arts geweldig veel ervaring opdeed en heel veel leerde uit zijn ervaring. Zo kijken wij vandaag niet meer naar de geneeskunde. Wanneer wij het dus hebben over de planning van het aanbod, moeten wij er echt wel rekening mee houden dat er in vergelijking met twintig jaar geleden een andere opvatting is over het aantal arbeidsuren dat men normaal vindt als men het werk wil combineren met onder andere een familiaal leven, een persoonlijk leven en permanente bijscholing.

Dat is zeer sterk geëvolueerd. Dat betekent dat wij toch wel een beetje anders moeten kijken naar het aanbod dat nodig is in termen van aantal zorgverstrekkers. Te veel is niet goed, maar te weinig is ook niet goed. Het gaat tenslotte om de kwaliteit van de zorg.

Het valt niet te ontkennen dat er hier en daar schaarste is. Een van de problemen in de psychiatrie, met name de kinder- en jeugdpsychiatrie, is dat er te weinig kinder- en jeugdpsychiaters zijn. Dat komt natuurlijk ook door het feit dat dat niet het lucratiefste specialisme is. Wij moeten daaraan iets doen. In elk geval is dat niet goed. Hetzelfde geldt trouwens voor de huisartsengeneeskunde in een aantal regio's en subregio's. Er is gewoon te weinig aanbod van huisartsen.

Te veel is niet goed, te weinig is ook niet goed. Men moet het juiste midden vinden. Voor mij is er daarin slechts één motto, namelijk kwaliteit. Dat is dus geen communautair gevecht van de ene Gemeenschap tegen de andere, dat is een gezamenlijke inzet voor kwaliteit, wat mij betreft.

Ik lees ook adviezen van de Planningscommissie in die zin. Ik vind ze wel waardevol. Ik verschil op dat vlak van mening met u, mevrouw Van Peel. Ik vind dat u daar nogal met de vuile voeten doorgaat, als ik mij zo mag uitdrukken, en dat u nogal krasse uitdrukkingen gebruikt. Ik weet niet of u het zelf echt meent als u zegt dat het helemaal niet wetenschappelijk is. Zijn u en ik dan zoveel wetenschappelijker dan de Planningscommissie? Dat durf ik van mijzelf niet zeggen, eerlijk gezegd. Ik denk dat de Planningscommissie over het algemeen probeert ernstig werk te doen en dat volgens de nieuwe methodologie. Ik vind de adviezen van de Planningscommissie interessant. Ik vind dat ze wel goed onderbouwde cijfers geeft, maar ook een aantal duidelijk signalen.

L'avis de la Commission de planification a tenu compte de la crise du covid et de l'impact de futures pandémies éventuelles. En conséquence, les membres de la Commission de planification ont décidé d'intervenir en réaction aux indications claires de pénurie reçue du terrain, en voulant renforcer les soins de santé primaires. C'est la raison pour laquelle ils recommandent d'augmenter le quota des médecins généralistes dans le cadre du quota global, pour passer de 362 à 400 en communauté flamande et de 266 à 300 en communauté française. Donc, la Commission de planification conseille un quota global de 1 517 médecins, à répartir évidemment.

Si l'on suit la Commission de planification, le quota de 2027 fixé à 505 est estimé trop bas, vu les besoins réels. C'est ce qu'elle dit. Or, l'arrêté royal qui est prêt stipule 505. La Commission de planification admet que le chiffre est peut-être trop restrictif tout en ajoutant immédiatement qu'il est possible d'en discuter, à condition que les deux communautés acceptent le principe d'un concours. Voilà ce qu'elle dit et je pense qu'elle a raison.

De Planningscommissie adviseert dus dat over de cijfers nog eens moet worden nagedacht. Er kan echter alleen maar over worden nagedacht, indien er een ernstig beheersingsmechanisme ter beschikking is, zijnde een echt vergelijkend examen dat de instroom controleert aan beide zijden, dus in beide Gemeenschappen. Dat is wat de Planningscommissie aangeeft.

De Planningscommissie onderstreept dat de artsen die buiten het kader van het RIZIV actief zijn en waarvoor het quotum dus niet geldt, zoals artsen die bezig zijn met het beheer van gezondheidsgegevens, arbeidsartsen, verzekeringsartsen of preventieartsen, ook een belangrijke rol spelen op het gebied van de volksgezondheid, wat wij trouwens hebben gezien tijdens de covidcrisis. Opleidingen die naar dat soort profielen leiden, mogen volgens de Planningscommissie niet worden verwaarloosd en bieden ook een perspectief voor jonge mensen die geïnteresseerd zijn in volksgezondheid en geneeskunde. Dat soort beroepen mag ook niet worden verwaarloosd door jong afgestudeerden. Dat is ook een belangrijk signaal.

De Planningscommissie wijst er ook op dat de overvallige afgestudeerden in 2021 een stageplaats kan worden gegeven, dus dat hun situatie kan worden geregulariseerd, op voorwaarde dat ze worden georiënteerd naar knelpuntspecialisaties, zoals huisartsen, kinderpsychiaters, psychiaters en geriaters.

Quatrièmement, la Commission de planification accorde toute l'attention nécessaire à la rigueur de ses travaux. Dans ce contexte, elle a demandé instamment de n'élaborer aucune législation impliquant une ingérence, tel l'arrêté royal du 6 août 2020, qui a exclu six disciplines du quota global. Pour ma part, je ne le ferai pas, car cela revient à installer une situation très nébuleuse et ingérable. En outre, la Commission de planification a actualisé et affiné sa méthode pour tenir compte de la mobilité et de l'inactivité des médecins au sein de l'INAMI. Il s'agit, entre autres, des étudiants étrangers qui suivent leur formation en Belgique, mais qui repartent ensuite pour exercer en tant que médecins. À partir du quota 2022, cet aspect sera intégré dans les nouvelles méthodes de la Commission de planification - ce qui n'était pas le cas auparavant, d'où cette demande d'ajustement par celle-ci.

Selon moi, il y a à boire et à manger dans cet avis de la Commission de la planification. Ce n'est pas notre bible. Certains membres sont peut-être sceptiques devant ce plaidoyer en faveur d'une hausse des quotas en 2027. D'autres ne se montreront pas favorables à un avis prônant une limitation de l'accès aux études dans les deux Communautés. Ces deux recommandations sensées figurent dans l'avis de cet organe, mais cela n'en fait pas pour autant notre bible.

Mon devoir consiste à négocier ces questions avec les Communautés et à venir en Conseil des ministres, dans l'espoir d'aboutir à un accord et à une solution.

Meer zal ik daar niet over zeggen, omdat ik daarover nog aan het onderhandelen ben. Hoe dan ook vind ik het een probleem van de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van beroepen en de kwaliteit opleidingen. Ik denk dat we het advies van de Planningscommissie ernstig mogen nemen. Als we het advies van de Planningscommissie volgen, dan moeten er een aantal zaken bewegen, zowel met betrekking tot de cijfers als met betrekking tot de invoering van een vergelijkend examen.

Mevrouw Van Peel verwees naar een dispositief dat in de vorige legislatuur werd uitgewerkt, maar nooit werd uitgevoerd. Het ging met name over een responsabiliseringsmechanisme op federaal niveau. Dat is ook een mogelijkheid, maar het is eigenlijk een zaak die beter door de Gemeenschappen wordt geregeld.

Meer zal ik daar niet over zeggen.

01.06 Barbara Pas (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik zal beginnen met het laatste deel van uw antwoord. U blijft heel flou over het responsabiliseringsmechanisme. Het enige wat u daarover zegt, is dat het een mogelijkheid is, maar dat het eigenlijk een zaak voor de Gemeenschappen is. Dan vraag ik mij af waarom het dan wel in het federaal regeerakkoord staat. Ik vraag u naar de uitvoering van iets wat in uw eigenste regeerakkoord staat.

01.07 Minister Frank Vandenbroucke: Het is een mogelijkheid. Het mechanisme kan worden uitgevoerd. Het zou overeenkomen met het regeerakkoord, maar er zijn verschillende manieren waarop men kan optreden.

Een manier is dat de Gemeenschappen op een gelijkaardige manier zorgen voor een vergelijkend examen dat de instroom beperkt. Dat is het beste wat men kan doen. Dat moet men wel correct doen en dat is niet eenvoudig.

Een andere mogelijkheid is dat men een filter zet op het moment dat de mensen op de arbeidsmarkt komen. Een responsabiliseringsmechanisme op federaal niveau kan zoiets zijn. Wij kunnen dat invoeren op basis

van het regeerakkoord, dat is juist, maar ik heb niet gezegd dat dat de beste oplossing is.

De beste oplossing is dat men aan de instroom iets doet. Dat is wat ik heb gezegd en dat past ook bij wat in het regeerakkoord staat. Meer zal ik daarover niet zeggen. U hoeft niet zo verbaasd te kijken.

01.08 Barbara Pas (VB): U hebt ook niet gezegd dat u dat deel van het regeerakkoord zult uitvoeren. Het is een mogelijkheid, maar u engageert zich niet om dat uit te voeren. Zo begrijp ik dat.

01.09 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb gezegd dat het beste wat men kan doen, is de instroom van studenten beperken. Dat is het beste voor de studenten, voor de kwaliteit van de opleiding en voor de kwaliteit van het beroep. Dat is de allereerste prioriteit.

De **voorzitter:** Ik denk dat het standpunt van de minister duidelijk is. Gaat u verder, mevrouw Pas.

01.10 Barbara Pas (VB): Ik ben het ermee eens dat dat de beste oplossing is, mijnheer de minister, maar dat probeert men al decennialang te doen. Die oplossing lijkt aan een zijde in dit land absoluut niet goed te werken.

Dit wordt ongetwijfeld vervolgd, want uit uw antwoord blijkt duidelijk dat het dossier hier niet eindigt. Over de KB's zegt u dat er nog niets definitief is beslist en dat er zal worden overlegd. U geeft aan nog in die overlegfase te zitten. Ik mis daarbij van u het engagement waaruit zou blijken dat u tijdens dat overleg duidelijk zult maken dat een generaal pardon niet meer kan. Als u die stok achter de deur niet zult gebruiken, dan weten wij op voorhand waartoe dit overleg zal leiden, namelijk tot net zo weinig als de afgelopen decennia. Ik wens u veel succes met dat overleg, maar ik vrees dat ik al weet wat de uitkomst zal zijn.

U schat de Planningscommissie zeer hoog in. Ik meen nochtans dat die in het verleden al zeer bedenkelijke methodologieën hebben gehanteerd waarin zelfs de overconsumptie werd opgenomen. Er dan vanuit gaan dat dit allemaal perfect in orde is en dit als maatstaf te nemen, daar heb ik toch mijn bedenkingen bij. Misschien kunt u ons de adviezen van de Planningscommissie bezorgen zodat wij met zijn allen kunnen oordelen over de wetenschappelijkheid ervan.

Ten slotte, mijnheer de minister, ik heb u specifiek gevraagd naar twee extra situaties. Ten eerste, de buitenlandse studenten die hier ook het toelatingsexamen komen afleggen. Dit jaar hebben zich er al 3.303 studenten van buiten België ingeschreven terwijl er normaal slechts 505 mogen beginnen. Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vragen hoe u dit zult aanpakken. Ten tweede, ik heb ook geen antwoord gekregen op mijn vragen over de toekenning van RIZIV-nummers aan studenten die in het buitenland hun studies hebben afgerond.

Ik ben ervan overtuigd dat dit dossier nog een vervolg zal kennen en dat het zeker niet de laatste keer is dat wij u hierover zullen ondervragen.

01.11 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses, même si je me dois de vous dire que votre discours me semble pour partie déconnecté de la réalité. Vous parlez beaucoup du passé, en revenant sur l'offre excédentaire de kinésithérapeutes voici 20 ans. Or c'est la situation actuelle qu'il faut regarder en face, celle qui nous a été rappelée tout au long de nos travaux en commission spéciale covid, à savoir que la pénurie de médecins touche tout le pays. Contrairement à ce que vous affirmez, cela démontre qu'il existe bien une demande sociétale pour plus de médecins. À entendre mes collègues de la N-VA et du Vlaams Belang, cette demande n'existerait pas. Dès lors, je me permets de leur demander pourquoi le gouvernement flamand a décidé, en décembre 2019, d'autoriser 1 276 étudiants en médecine et 180 étudiants en dentisterie - soit un nombre deux fois plus élevé que le quota fixé au fédéral - à entreprendre leur cursus universitaire.

Le concours conditionnerait l'augmentation des numéros INAMI. Cette suggestion ne vient pas de vous-même, mais de la Commission de planification. Le problème est que, ce faisant, on va poser des obstacles devant des jeunes qui sont motivés - malgré la difficulté du métier - et sont obligés de participer aux examens d'entrée aux études de médecine, car ils veulent exercer cette profession pour sauver des vies et soigner des malades. Il faut permettre à chacun de pouvoir obtenir rapidement un rendez-vous chez le médecin, mais c'est actuellement un véritable problème. On va donc encore ajouter de l'arbitraire. En effet, l'étudiant qui sort de ses études secondaires, qui est bon en maths et en biologie, ne sera peut-être pas

suffisamment jugé apte pour figurer en tête du concours. Dès lors, on l'empêchera de devenir médecin alors qu'au fil de ses études, il pourrait très bien se révéler un excellent médecin, notamment grâce à ses qualités humaines.

Je relève une autre incohérence dans votre discours. Vous nous dites que la pénurie de médecins touche aussi les spécialistes. La situation ne risque pas de s'arranger au regard de leurs conditions de travail. Je pense aux neurologues, aux pédiatres, aux gériatres ou encore aux médecins urgentistes. Dans le même temps, vous nous indiquez que l'augmentation de numéros INAMI qui est proposée par la Commission de planification ne concernerait que les médecins généralistes.

Quant à votre argument tentant de justifier les quotas par la nécessité de garantir la qualité de la formation, je peux l'entendre. Néanmoins, si c'était votre véritable préoccupation, votre première initiative eût été de rencontrer tous les représentants des universités, ainsi que les fédérations d'étudiants en médecine et en général, de même que les ministres de l'Enseignement qui, tous, ne cherchent qu'à trouver des solutions avec vous.

Les ministres de l'Enseignement veulent aussi trouver ces solutions avec vous. Je suis donc heureuse que, finalement, une concertation soit en cours avec les Communautés. Mais je pense que cette concertation aurait dû avoir lieu beaucoup plus tôt, et en tout cas avant l'adoption de votre projet d'arrêté royal en Conseil des ministres. Ils ont vraiment eu l'impression d'être mis devant le fait accompli. Je ne pense pas que ce soit la meilleure manière d'entamer des discussions sereines.

Pour le reste, et j'en terminerai par là, vous ne nous précisez pas un calendrier quant à cette concertation. Je me permets de le regretter, parce que je pense qu'il y a urgence. Nous devons à tout prix éviter de donner de faux espoirs à tous ces jeunes qui sont motivés, qui veulent devenir médecins et qui ont déjà entamé leurs examens d'entrée. Je vous remercie.

Le **président**: Madame Rohonyi, votre réplique a été très longue. Faites attention la prochaine fois.

01.12 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, j'ai bien écouté votre réponse. Peut-être, d'abord, un petit préalable. J'entends des collègues dire que la Commission de planification travaille de manière tout sauf scientifique, qu'elle a une méthodologie douteuse. Permettez-moi de vous dire que ce sont des propos choquants! Je vous invite à vous pencher sur les différents rapports de cette Commission de planification, d'en faire une analyse méthodologique. Je vous invite aussi à examiner la composition de cette Commission de planification, et puis peut-être d'en reparler.

Cela m'amuse toujours, mais cela commence à me faire peur, voire froid dans le dos, quand je vois des politiques qui s'érigent en juges des scientifiques, alors - excusez-moi - qu'ils n'ont aucune méthodologie scientifique. J'en ai un peu assez de cette manière de faire. Produisez peut-être un rapport à la hauteur de leur méthodologie, et nous en reparlerons.

Monsieur le ministre, votre projet d'arrêté royal prévoit 977 numéros INAMI pour 2027 pour la Communauté flamande, et 505 pour la Communauté française. Cela fait une augmentation de 32 % du côté flamand pour une augmentation de 2,6 % du côté francophone. Je pense que ces chiffres ne tiennent pas la route.

Je vous invite, ainsi que l'ensemble des partis de la majorité gouvernementale, à revoir cet arrêté royal. Les concertations, me dites-vous, sont toujours en cours avec les Communautés. C'est ce que vous m'aviez déjà dit. Pouvons-nous à tout le moins avoir un calendrier? Nous sommes le 15 juillet. Il y a aussi des dates butoir qui doivent être honorées, ne fût-ce que pour un minimum de respect par rapport à l'organisation et aux personnes directement concernées.

Vous parlez maintenant d'un filtre à l'entrée dans le métier. Pendant ce temps-là, ceux qui sont formés en Europe en dehors de la Belgique, eux, ont quartier libre avec l'obtention d'un numéro INAMI de manière automatique. C'est évidemment totalement choquant.

Je n'approuve pas cette forme de discrimination à l'envers avec nos jeunes belges qui se sont déjà investis pendant sept ans, voire plus parfois, dans les études.

J'en viens enfin à la qualité. Pour la qualité de la formation, éviter un trop grand nombre et limiter l'afflux. Je regarde ce qui se passe parfois, et il y a un très grand nombre de Français, du côté de la Communauté

française. Je sais aussi qu'il y a régulièrement, bien que je n'aie pas les derniers chiffres, un nombre non négligeable de Hollandais au niveau de la Communauté flamande.

Il ne faut pas oublier qu'il y a une évolution dans le métier, notamment au niveau du rythme, mais n'oublions quand même pas les patients. En effet, quand on me parle de chiffres, je vois aussi une réalité dans laquelle la présence de médecins généralistes présente des carences dans de très nombreuses communes. Une réalité dans laquelle les gardes en médecine générale sont difficiles à organiser, où des délais de rendez-vous impossibles sur le plan de la qualité des soins aux patients existent dans toute une série de spécialisations. Une réalité dans laquelle des problèmes se posent régulièrement pour garantir les soins sur le terrain. Pour moi, tout cela doit être tout aussi prioritaire que la qualité.

L'évolution démographique est connue. Nous devons, et vous devez en tenir compte. À ce sujet je vous invite à sortir du champ politique et à travailler aussi avec les acteurs de la santé. Sur ce point, vous ne m'avez pas non plus répondu. Je vous invite à être beaucoup plus attentif à l'apport des acteurs de la santé dans ces discussions qui sont en cours. Je vous remercie.

01.13 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, sta me toe eerst even kort in te gaan op de Planningscommissie. U mag mij van eender wat trachten te overtuigen. De adviezen van die commissie, en vooral de gebruikte parameters, heb ik al heel vaak onderzocht. Het lijkt mij heel moeilijk te ontkennen dat de politiek daar insluipt. Een van de parameters is bijvoorbeeld dat werd ontdekt dat artsen in Franstalig België minder uren werken. Dat is een gevolg van het feit dat er in bepaalde specialiteiten zo'n overtal is dat die artsen amper patiënten hebben. Dat wordt geïnstitutionaliseerd om te stellen dat er in Franstalig België meer artsen nodig zijn. Op die manier werd indertijd ook getracht de verdeling volgens bevolkingsaantal aan te passen, maar dat hebben wij gelukkig kunnen tegenhouden. Maar goed, sindsdien heb ik daar dus mijn ideeën over. Ik vernoem ook nog de manier waarop de stemmingen in die commissie soms verlopen, bijvoorbeeld op momenten dat de Vlamingen er zelfs niet bij aanwezig kunnen zijn. U kunt dat aanvallen, maar ik zal daaromtrent niet gauw van gedachten veranderen, maar dat is eigenlijk niet het belangrijkste.

Ik heb u een heel goede uitleg horen geven. Daarom ben ik ervan overtuigd dat u eigenlijk wel weet hoe dat dossier bekeken moet worden. U hebt inderdaad nog eens heel goed uitgelegd waarom indertijd de beslissing werd genomen om het aantal artsen dat kan beginnen aan een opleiding en later ook in een job kan stappen, te beperken. U hebt de wet van twintig jaar geleden nog eens goed gemotiveerd, wat zeer terecht is.

Wat u in uw uitleg zo min mogelijk aanhaalt, is dat die wet langs Franstalige kant nooit gegolden heeft. Jaar op jaar was er aan Franstalige kant een generaal pardon en verschillende jaren zelfs helemaal geen filter, en sinds een jaar of twee heeft men er een semifilter die eigenlijk ook niet werkt. Daaraan gaat u volledig voorbij, hoewel dat in die twintig jaar is opgebouwd. Daar begint u niet over. Wel neemt u het fake – sorry – argument van de Planningscommissie over waarbij wordt gesteld dat er in Franstalig België nog altijd wel tekorten zijn in bepaalde deelspecialiteiten. Die stelling klopt, maar het feit dat die tekorten er nog bestaan, is het grote bewijs dat het niet aan de federale quota ligt, want die werden er nooit toegepast. Wel ligt het aan de toewijzing naar de deelspecialiteiten en dat is een gemeenschapsbevoegdheid. Die toewijzing is daar nooit fatsoenlijk gebeurd.

Ik zal het ook eens wiskundig uitleggen, want het komt altijd maar terug. Ik ga uit van de hypothese dat we 100 studenten laten afstuderen, waarvan er maar 10 voor huisarts kiezen, wat te weinig is. De logica die wordt toegepast, is dat de federale quota wat opgetrokken moeten worden. We laten dus 110 studenten afstuderen. In die berekening zijn er dan nog altijd maar 11 huisartsen, maar ondertussen zijn er 9 in overtal voor die ene huisarts extra. Dat is de echte kern van de discussie.

U hebt het over kwaliteit, maar een element dat u ook vergeet, is dat het deels ook over centen gaat. De overconsumptie in de tweedelijnszorg aan Franstalige kant wordt namelijk door Vlaanderen mee betaald. Van mij mogen die onevenwichten allemaal blijven bestaan, die ongelijke benadering van hoe men met geneeskunde moet omgaan, maar de rekening mag dan niet meer over heel het land worden uitgespreid.

Mijnheer de minister, ik hoor dat u gesprekken aan het voeren bent. Dat doet men ongeveer al 25 jaar. Ik heb daar zeer weinig hoop op, zeker als u geen stok achter de deur houdt en u bent er heel duidelijk over dat u dat niet wilt doen. Ik ben heel benieuwd om CD&V nog eens over deze discussie te horen. Vroeger stond die partij aan de kant van de Vlamingen, vandaag dienen zij geen vraag meer in en dat is voor mij al

duidelijk genoeg.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Ik denk dat de meeste sprekers te lang gesproken hebben, dus ik wil even de regels onder de aandacht brengen. De leden hebben twee minuten de tijd om hun vraag te stellen en een minuut voor de repliek. Ik probeer niet te strikt te zijn, maar er staan veel vragen op de agenda, dus ik wil iedereen oproepen om een inspanning te doen.

02 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état actuel de l'accord sur le statut des médecins spécialistes en formation" (55018067C)**

- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le non-respect des engagements promis aux MACCS" (55018305C)**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état des lieux concernant l'accord sur le statut des médecins spécialistes en formation" (55018310C)**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme du statut des médecins assistants candidats spécialistes" (55018686C)**

02 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken van het akkoord over het statuut van de artsen-specialisten in opleiding" (55018067C)**

- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het niet nakomen van de aan de ASO's gedane beloften" (55018305C)**

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken m.b.t. het akkoord over het statuut van de artsen-specialisten in opleiding" (55018310C)**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van het statuut van arts-specialist in opleiding" (55018686C)**

02.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le président, monsieur le ministre, il y a quelques semaines, vous annonciez un grand accord historique au sujet du statut des médecins spécialistes en formation.

Cependant, ce grand accord souffrait d'une certaine asymétrie puisque, du côté francophone, le Comité Interuniversitaire des Médecins Assistants Candidats Spécialistes (CIMACS) a fait savoir qu'il n'était pas du tout satisfait dudit accord.

Vous avez poursuivi les négociations avec eux, mais de nombreux problèmes continuaient à se poser. En effet, du côté francophone subsiste le problème *opting out*. Le CIMACS a d'ailleurs commencé à organiser une action en encourageant les étudiants en médecine à ne pas signer ce *opting out* qui les oblige à faire énormément d'heures supplémentaires. Restent aussi le problème de la formation et de l'encadrement qui sont toujours insuffisants et la question des salaires.

Monsieur le ministre, pourriez-vous me faire savoir comment évolue le dossier? L'accord qui a été trouvé garantit-il vraiment une amélioration pour les contrats qui prendront cours à l'occasion de la prochaine année académique?

02.02 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, le contexte est connu. Un accord était intervenu. Mais on s'est rapidement rendu compte qu'une partie des médecins assistants candidats spécialistes (MACCS) considéraient qu'ils n'avaient pas été correctement pris en compte. Pour rappel, ils ont d'ailleurs dénoncé l'accord en mettant en place un plan d'action.

Pouvez-vous nous donner des clarifications quant aux engagements qui avaient été pris le 23 mai? Ces engagements ont-ils été respectés, y compris dans le cadre des réunions supplémentaires que votre cabinet a organisées notamment avec le CIMACS? Quelle est la date exacte de l'entrée en vigueur des mesures qui ont fait l'objet de discussions dans le cadre de la Commission nationale médecins-hôpitaux? Le contrat sera-il bien d'application au 1^{er} août, comme promis? Quels points doivent-ils encore être discutés? Est-il clair que ces discussions interviendront dès le mois de septembre?

Monsieur le ministre, je vous demande de bien vouloir apporter des clarifications quant au contenu des

points qui seront discutés, quant au calendrier, quant à la suite concernant le contrat, le volet de la qualité de la formation, les heures et leur respect, les questions de pension, de chômage, du congé de maladie et de la grossesse.

Il me semble qu'il est de l'intérêt de tous, des assistants, des hôpitaux et de vous comme ministre de la Santé publique, qu'un accord soit respecté, opérationnalisé et que les soins puissent se poursuivre dans les meilleures conditions possibles.

02.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over hetzelfde onderwerp. Er zou een akkoord zijn tussen de ziekenhuizen en de artsen over een aanpassing van het statuut van de artsen-specialisten in opleiding. Er blijkt echter nog een haak in de boter of een kink in de kabel te zitten bij de Franstalige specialisten in opleiding. Hoe zit het intussen met de hervorming van het statuut? Kan u daar een bepaalde tijdlijn voor geven?

De inspanningen om tot een akkoord te komen, zijn voorlopig vooral geleverd door de sociale partners en de heer De Cock. Zal de regering nog stappen zetten om verder te werken aan de problematiek van de pensioenopbouw en die van de heel belangrijke scheiding van werkgever en opleider?

Waarom is één en ander tot nu toe niet opgenomen in het akkoord? Dat is immers een essentieel kenmerk van het statuut van de HAIO's, dat u indertijd zelf nog mee hebt opgesteld en dus waarschijnlijk heel goed kent. Zal u daarvan zelf nog werk maken?

Kan u ook even aangeven welke problemen er vandaag zijn voor de Franstalige specialisten in opleiding? Hoe staat u tegenover die problemen? Zal men opnieuw rond de tafel gaan zitten?

02.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, en ce qui concerne la concertation et l'existence ou non d'un dialogue, etc., vous avez mentionné le CIMACS. Il est vrai que la représentation du CIMACS a quitté la table des négociations le 19 mai et n'y est plus revenue, depuis lors, mais une nouvelle délégation de médecins spécialistes en formation francophones s'est toutefois présentée peu après la conclusion de la convention collective en commission paritaire. J'y reviendrai.

Cette nouvelle délégation composée de deux représentants élus par faculté de médecine francophone a d'abord été reçue le 23 mai par mon chef de cabinet en présence de M. De Cock et une série d'accords concrets ont été convenus lors de cette réunion.

Il est vrai que cette délégation a estimé par la suite que ces accords n'étaient pas suffisamment clairs tels que mentionnés dans le courrier que je leur avais adressé un jour plus tard. Après plusieurs contacts, au cours desquels nos engagements ont été reconfirmés, en ma présence, et après une réunion de travail présidée par M. De Cock, je crois qu'on s'est bien entendu. Les esprits se sont apaisés. Cela signifie qu'on est vraiment dans un dialogue et dans un esprit d'accord. Depuis lors, cette nouvelle délégation a participé à d'autres travaux, par exemple à la rédaction d'une frequently asked questions (FAQ), sur laquelle je dirai quelques mots plus tard.

On est donc dans un dialogue très productif tant avec une représentation de médecins spécialistes en formation flamands qu'avec une représentation par faculté de médecins spécialistes en formation francophones et cela se passe très bien. Notre attention se porte sur l'élaboration d'accords.

Ik heb verwezen naar het akkoord dat in de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen is afgesloten. Wij formaliseren dat. Ik heb vanochtend mijn handtekening gezet onder het formele stuk waarin deze conventie algemeen bindend wordt verklaard. Mijn collega Pierre-Yves Dermagne moet daarvoor nog stappen zetten. Mevrouw Fonck, er bestaat geen enkele twijfel over, wij gaan dat akkoord ter harte nemen en het zal tastbare verbeteringen opleveren. Het is echter zeker geen oplossing voor alle problemen en dus ook geen eindpunt.

Wij werken eigenlijk in twee fases. Op deze eerste fase ga ik zo dadelijk wat dieper in. Wij beginnen ook onmiddellijk aan de tweede fase, die gaat over problemen als de bescherming tegen werkloosheid, de pensioenregeling en een aantal hangende problematieken in de sfeer van het ouderschapsverlof. Dat is dus de tweede fase. De ministers van Pensioenen en Werk moeten op die punten ook nog enig werk verrichten.

Ik heb aan de betrokken jonge mensen gezegd dat wij deze tweede fase onmiddellijk moeten aanvatten. Wij

temporiseren niet, wij wachten niet, wij gaan onmiddellijk verder. Dat verloopt ook in een goede geest.

De eerste fase wordt dus bezegeld door de conventie en dat is echt wel een verbetering. Wij besteden hier trouwens 30 miljoen euro aan. Op een loonmassa die iets minder dan 300 miljoen euro bedraagt, is dat een verbetering met 10 %. Dat extra geld laat toe om bijkomende vergoedingen te geven voor oncomfortabele uren en werken tijdens de nacht en het weekend. Ik wil ook duidelijk zeggen — want daarover bestonden er misverstanden — dat die extra vergoeding voor oncomfortabele uren absoluut niet afhankelijk is gemaakt van de duur van de werkweek zelf. Elke prestatie tijdens oncomfortabele uren wordt in de collectieve overeenkomst extra vergoed.

Het is mogelijk dat er ziekenhuizen zijn waar vandaag een hoger bedrag betaald wordt dan wat we nu voorzien in deze collectieve overeenkomst. De overeenkomst bepaalt dat die oude, betere loonsvoorwaarden behouden blijven tijdens de overgangsperiode. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat de jonge mensen in kwestie erop achteruit zouden gaan. Er is dus een overgangsperiode voorzien voor die uitzonderlijke situaties waarin een ziekenhuis meer betaalt dan wat we nu voorzien voor die oncomfortabele uren.

Er zijn ook misverstanden geweest die de wereld uit moeten.

Zo blijft de bestaande wetgeving natuurlijk helemaal gelden. De wet van 12 december 2010 bepaalt op het vlak van de arbeidstijd dat de basisarbeidsduur maximaal 48 uur per week bedraagt. Er kan overeengekomen worden om maximaal 12 uur extra te presteren per week. In uitzonderlijke omstandigheden kan nog eens 12 uur extra gewerkt worden, op voorwaarde dat die uren binnen de 13 weken terug gerecupereerd worden. Werkweken van bijvoorbeeld 90 uur zijn al heel lang illegaal. Het is natuurlijk een kwestie van controle in die situaties. Ik meen dat de collectieve overeenkomst die tot stand gekomen is, belangrijke aanzetten geeft om de registratie van de arbeidstijd beter en op een onafhankelijke manier te documenteren, zodat de Sociale Inspectie aan de hand van schriftelijke stukken heel gerichte controles kan uitvoeren.

Mevrouw Gijbels, dat is niet dezelfde oplossing als de oplossing die ontstaan is bij de huisartsen in opleiding. Daar zijn ook redenen voor. Bij de huisartsen in opleiding was de centralisatie van de overeenkomsten en de financiering in één vzw logisch, omdat het over duizenden plaatsen gaat. Bij de ziekenhuizen ligt dat enigszins anders, omdat het niet zoveel plaatsen zijn. De nood om dat voor de ziekenhuizen in één instantie te centraliseren, is veel minder groot. Wel is er nood aan een onafhankelijke controle op basis van een onafhankelijke registratie van de arbeidsduur. Dat is precies wat wij plannen. Een derde, onafhankelijke partij zal instaan voor de registratie van de arbeidsduur en zo controles, ook tegensprekelijke, mogelijk maken. De essentie is dat het over controleerbaarheid gaat.

De inzet bij deze conventie was om met name de arbeids- en loonvoorwaarden te harmoniseren, ze transparanter te maken en ze neer te schrijven in een generieke opleidingsovereenkomst. Tot nu toe bestond er zoveel verschil dat alles ook volkomen intransparant was.

Madame Fonck, la date d'entrée est bien le 1^{er} août, mais cela dépend évidemment du début de la formation, parce que c'est lié à la formation. On est en train de réaliser ce principe. On y travaille et je dois en discuter en profondeur aussi bien avec les représentants francophones que néerlandophones. On est occupé à plancher sur toute une série de problèmes et de questions qui ont été posées. C'est l'exercice du *frequently asked questions* (FAQ), exercice auquel participent ces personnes avec la Commission paritaire nationale et l'INAMI. Le FAQ est un instrument important pour clarifier tous les problèmes et questions en suspens dans la première phase. On a déjà lancé la deuxième phase.

Het is natuurlijk belangrijk dat de ziekenhuizen en de stagemeesters een grote verantwoordelijkheid blijven dragen. Er moet bij hen wel een echt engagement bestaan om de zaken overal ernstig aan te pakken.

Als er klachten zijn over de kwaliteit van de opleiding, moeten wij daarop inspelen.

Ik vind, net als de Vlaamse Vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding, dat dit een historisch akkoord is. Ik begrijp dat men aan Franstalige kant minder euforisch gereageerd heeft, met meer voorzichtigheid en veel meer vragen. Dat heeft waarschijnlijk te maken met de realiteiten op het terrein.

Ik vraag ook een sterk engagement van de Franstalige ziekenhuisdirecties om dit correct uit te voeren. Ik

meen dat dit belangrijk is. Wij zetten hiermee een zeer belangrijke stap vooruit.

02.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je dois tout d'abord dénoncer votre méthode. En effet, vous avez annoncé un accord, alors que le côté francophone qui était à l'initiative de la mobilisation parce que sa situation était particulièrement inquiétante n'était pas d'accord. Ce n'est pas normal. Il y a ensuite eu une mobilisation nationale et vous avez annoncé un accord, alors que les étudiants francophones n'étaient pas d'accord et que cela ne répondait pas du tout aux nombreux problèmes. Si, aujourd'hui, certaines avancées sont là, c'est effectivement grâce au fait que les étudiants en médecine, les jeunes médecins, se sont mobilisés à l'instar du personnel soignant de manière générale. Ils ont dit: "Maintenant, cela suffit! On veut des avancées."

Sur le fond, vous dites qu'aucun assistant ne perdra de l'argent. Pour les avoir rencontrés régulièrement, le premier problème n'était pas l'argent mais bien les conditions de travail et les conditions de formation. Ce n'était pas du tout une question d'argent. Quand vous dites qu'il n'y a pas de recul, qu'il n'y aura pas de recul possible, ce n'est pas vrai non plus car vous savez que, chaque année ou tous les six mois, ils changent d'hôpital et sont obligés de signer de nouveaux contrats. Il n'y a donc pas de droits acquis dans ces conditions-là.

Monsieur le ministre, je ne vous ai pas entendu sur la problématique spécifique de l'*opting-out* du côté francophone qui est très régulièrement appliqué. Les jeunes médecins sont mis sous pression pour qu'ils signent une clause supplémentaire. Avec ces contrats, leur limite hebdomadaire passe ainsi de 60 à 72 heures. Monsieur le ministre, allez-vous vraiment effectuer des contrôles pour qu'il soit mis fin à cet *opting-out*? Je ne vous ai pas entendu sur ce point précis. Ce qui est problématique, c'est qu'il n'y a pas encore d'accord. Il y a effectivement des avancées. Vous mettez un peu la pression sur les hôpitaux et dégagez des moyens mais il faut vraiment arriver à une situation identique à celle des médecins généralistes où un organisme indépendant contrôle vraiment la formation et les heures de travail. Je fais partie des premiers médecins généralistes qui ont pu bénéficier de ce nouveau statut et je peux dire que cela a mis fin à tous les abus et amélioré grandement la formation des jeunes médecins. Je crois dès lors qu'il faut aller dans le même sens du côté des médecins spécialistes en formation.

02.06 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, c'est une bonne chose que le dialogue ait repris, y compris avec les médecins assistants candidats spécialistes (MACS) francophones. La première phase sera concrétisée à partir du 1^{er} août 2021 et s'appliquera ensuite. Quant aux FAQ, il est important de vous dire que les représentants MACS ne doivent pas seulement être observateurs au niveau des discussions mais qu'ils doivent aussi être partie prenante des décisions. C'était vraiment un point d'attention pour cette première phase.

En ce qui concerne cette deuxième phase, il reste beaucoup à faire. Reconnaissons-le! Cela ne va pas se faire en deux jours. Cela ne me pose pas de problème. D'autres ministres sont effectivement concernés, à tout le moins les ministres du Travail et des Pensions. Mais il me semble important de vous faire passer le message suivant. Ce qui serait considéré comme totalement inentendable pour les MACS, c'est qu'on tergiverse pendant des mois sans décider pour cette deuxième phase et pour les différents points qui les concernent. Fixer une date butoir, c'est toujours très compliqué et cela rend les choses difficiles. Mais fixer un objectif d'atterrissage me semble vraiment indispensable pour qu'on puisse avoir une situation sereine du côté des MACS tout en poursuivant le dialogue. J'imagine que des discussions plus concrètes et beaucoup plus fréquentes vont recommencer à partir de septembre

Vous faites des différences entre les MACS néerlandophones et les MACS francophones. Il y a effectivement des différences et la réalité est d'ailleurs extrêmement plurielle du côté francophone. La situation dans les hôpitaux est parfois très différente d'un hôpital à l'autre ou d'un réseau universitaire à l'autre, avec des situations extrêmement diverses entre assistants au niveau des contrats, rémunérations ou autres points. Il faut aussi pouvoir l'entendre et connaître cette réalité.

Enfin, j'en terminerai en insistant sur la question des heures et, de manière plus globale, de leur statut. C'est d'abord une question humaine. Il faut des conditions de travail raisonnables. Mais c'est aussi une question qualitative de soins aux patients. On ne peut pas réanimer correctement quelqu'un quand on a déjà 24 heures de garde derrière soi. Monsieur le ministre, je peux vous le dire d'expérience. Pour la qualité des soins aux patients, ce sont des points fondamentaux qui doivent pouvoir être concrétisés au-delà de cette première phase.

02.07 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u gaf aan dat de Vlaamse arts-specialisten in opleiding zelf spreken van een historisch akkoord. We mogen hen zeker lof toezwaaien, want zij hebben hier gedurende een heel lange periode de schouders onder gezet. Zo konden er zeer belangrijke stappen gezet worden in een dossier dat al decennia aansleept.

U zei verder dat een 90-urige werkweek gewoon illegaal is. Dat was vroeger ook al het geval, maar het probleem was dat de werkduur niet gecontroleerd werd. Een onafhankelijk controlemechanisme voor de arbeidsduur is dan ook absoluut een goede zaak. Toch blijf ik het betreuren dat we niet voor een echte scheiding tussen werkgever en opleider gegaan zijn. De arbeidsduur is immers niet het enige punt van belang, er moet ook een veilig omgeving zijn, met een aanspreekpunt waar de artsen in opleiding problemen met betrekking tot de arbeidsomstandigheden en de kwaliteit van de opleiding kunnen melden. U rekent daarvoor op het engagement van de ziekenhuizen en de stagemeesters. In heel veel gevallen zal men daar ongetwijfeld op kunnen vertrouwen, maar dat zou toch opgevolgd en gerapporteerd moeten kunnen worden.

Ik zal de manier waarop dit verder verloopt zeker blijven volgen. Het is alleszins een goede zaak dat er nu concrete stappen worden gezet en dat er ook al wordt gedacht aan de volgende fase van deze overeenkomst.

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

03 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe gunning m.b.t. de voorraadbeheersdiensten van de strategische voorraad" (55018157C)

03 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle procédure d'attribution relative aux services de gestion du stock stratégique" (55018157C)

03.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik zal kort zijn. Wij hebben al een paar keer over het onderwerp gedebatteerd.

Wat is de stand van zaken rond de voorraadbeheersdiensten van de strategische stock van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, en de aanbesteding ter zake?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, het contract met de firma Medista nv voor de voorraadbeheersdiensten van de strategische voorraad van geneesmiddelen en de medische hulpmiddelen, alsook het contract voor de voorraadbeheersing van medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek liepen inderdaad af eind mei 2021. De offertes werden ontvangen op 14 mei 2021. Ze worden momenteel geanalyseerd.

Zolang de procedure niet werd afgerond en de aanbesteder geen beslissing heeft genomen over de gunning van de opdracht, mogen derden geen informatie hebben over de procedure. De openbaarmaking van die informatie zou de goede afloop van de lopende procedure om de overheidsopdracht te gunnen, in gevaar brengen en aldus de financiële belangen van de Staat schaden.

De vorige gunningprocedure was een onderhandelingprocedure zonder voorafgaande bekendmaking volgens artikel 42, § 1, 1°, b, van de wet van 17 juni 2016 inzake overheidsopdrachten.

Op het ogenblik van de start van de activiteiten eind maart, begin april 2020, zijnde de beginperiode van de crisis, was Medista de enige groothandelaar die op dat ogenblik over de onmiddellijk beschikbare capaciteit en installaties bleek te beschikken voor de dringende stockage van de door de Belgische Staat aangekochte geneesmiddelen.

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is nu al half juli 2021. De datum van 14 mei 2021 is toch al een tijdje geleden. Hebt u een timing waarbinnen de procedure zal zijn afgerond?

03.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, ik heb geen timing waarbinnen de procedure moet zijn afgerond, maar het moet natuurlijk vooruitgaan.

03.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal de vraag opnieuw indienen tijdens de zomer. Ik hoop een antwoord te krijgen.

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

04 Samengevoegde vragen van

- **Barbara Creemers** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het nationaal actieplan voor hormoonverstoorders" (55018165C)
- **Karin Jiroflée** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanwezigheid van bedenkelijke stoffen in zonnecrèmes" (55018341C)
- **Patrick Prévot** aan **Eva De Bleeker** (Begroting en Consumentenbescherming) over "De schadelijkheid van bepaalde zonnebrandcrèmes en -lotions" (55018515C)

04 Questions jointes de

- **Barbara Creemers** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan d'action national sur les perturbateurs endocriniens" (55018165C)
- **Karin Jiroflée** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence de composants douteux dans les crèmes solaires" (55018341C)
- **Patrick Prévot** à **Eva De Bleeker** (Budget et Protection des consommateurs) sur "La nocivité de certaines lotions solaires" (55018515C)

04.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, u werkt samen met uw collega-ministers Clarinval en Khattabi aan een nationaal plan tegen hormoonverstoorders.

Met de regelmaat van de klok berichten de media over hormoonverstoorders. Dat heel de PFOS-kwestie mij na aan het hart ligt, is precies omdat PFOS en bij uitbreiding PFAS hormoonverstorende eigenschappen zouden hebben. Collega Jiroflée zal het dan weer hebben over de dierhormoonverstorende eigenschappen in zonnecrème en ook pesticiden bevatten hormoonverstoorders. Verontrustend is vooral het cocktaileffect, waar we het vorige week nog over hadden.

Ik heb mijn vraag ingediend, nadat we in de commissie voor Klimaat het voorontwerp van plan voor duurzame ontwikkeling besproken hebben, omdat ik ter zake op mijn honger blijf. Men gaat daarin immers niet verder dan informeren en sensibiliseren. Ik kies in de winkel doelbewust voor de producten met zo weinig mogelijk hormoonverstoorders, maar dat is steevast de duurdere optie. Met informatie en sensibilisering van de consument zullen we er evenwel niet geraken, als het product met schadelijke stoffen slechts 2 euro en dat zonder 10 euro kost.

Wat zal uw rol zijn in het nationaal plan tegen hormoonverstoorders? Wanneer horen we daar meer over?

Wanneer mogen we de specifieke website rond het thema verwachten?

04.02 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de minister, Test Aankoop heeft 16 zonnelotions en 14 sprays met factor 30 en 13 producten met factor 50 bestemd voor kinderen, onderzocht op hormoonverstoorders en microplastics. 18 van de 30 onderzochte producten voor volwassenen bevatten een of meer van de 26 op Europees niveau erkende allergenen.

Een tot drie procent van de Europese bevolking kan hierop allergische reacties vertonen. Van alle onderzochte producten bedoeld voor kinderen, was er één dat allergenen bevatte. Test Aankoop is van mening dat allergenen niet thuishoren in producten bestemd voor kinderen. Ook werden er in een aantal van die producten hormoonverstoorders aangetroffen.

U begrijpt dat ik mij vooral zorgen maak over de allergenen in de producten voor kinderen. Ik verneem graag wat uw mening daarover is. Wat kunnen we daaraan doen? Kunnen we daar überhaupt iets aan doen, zonder dat van Europa te verwachten? Wat is uw standpunt met betrekking tot de hormoonverstoorders in de producten? Wat is de stand van zaken met betrekking tot het weren van die producten op Europees niveau?

Mijn laatste vraag sluit aan bij wat mevrouw Creemer al heeft gezegd. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de uitwerking van een nationaal actieplan hormoonverstoorders?

Le **président**: M. Prévot s'est excusé et sa question n° 55018515C devient sans objet.

04.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Creemers, in onze visie *One World, One Health* zijn initiatieven tegen hormoonverstoorders belangrijk. Het Nationaal Actieplan Hormoonverstoorders (NAPED) wordt op het moment uitgewerkt door de FOD Volksgezondheid in overleg met de bevoegde administraties op het federale en het gewestelijke niveau en het gemeenschapsniveau. Dat overleg verloopt via de zogenaamde cel Leefmilieu-Gezondheid. De acties moeten bijdragen tot een betere gezondheid en ervoor zorgen dat de Belgische bevolking en het milieu minder blootgesteld worden aan hormoonverstoorders.

Het NAPED zal in september via een geïntegreerde interministeriële conferentie Leefmilieu-Gezondheid voor voorafgaande validering aan de ministers van Leefmilieu en Volksgezondheid worden voorgelegd. Vervolgens zullen wij in oktober-november het publiek raadplegen. De finale validering van het NAPED is gepland voor december, zodat de eerste acties in 2022 gelanceerd kunnen worden. Laten wij hopen dat dat begin 2022 zal zijn.

Naar aanleiding van een raadpleging van de stakeholders en de bevoegde autoriteiten zijn drie prioritaire krachtlijnen vastgelegd. Ten eerste zijn er de preventieve acties. Het gaat dan over het sensibiliseren en het opleiden, maar over ook het etiketteren van de producten. Ten tweede zijn er reglementaire acties, nationaal en/of Europees. Wijzigingen van de wetgeving, communicatie, economische instrumenten en traceerbaarheid spelen daarin een rol. Ten derde zijn er acties in verband met wetenschappelijk onderzoek. Wij zullen in elke actiefiche die in het NAPED is opgenomen, de uitvoeringsperiode van die acties vermelden.

Op uw tweede vraag kan ik antwoorden dat het NAPED rekening zal houden met het bestaande reglementaire kader in België. Bovendien bestaat een van de doelstellingen van het NAPED erin partnerschappen en samenwerking te bevorderen tussen de verschillende bevoegde autoriteiten en de stakeholders die betrokken zijn bij de uitvoering van elke actie.

Sommige acties zullen dus opgenomen worden in andere nationale actieplannen, zoals het Federaal Plan voor Duurzame Ontwikkeling en het Nationaal Actieplan Leefmilieu-Gezondheid (NEHAP).

De uitvoering van de acties die in het NAPED, het plan met betrekking tot de hormoonverstoorders, zijn opgenomen, zal door de NAPED-taskforce worden opgevolgd volgens de timing, die op elke actiefiche wordt vermeld.

De FOD Volksgezondheid zal een rol spelen in de uitvoering van bepaalde acties, omdat bepaalde acties zijn opgenomen in het voorontwerp van het FPDO, het Federaal Actieplan voor Duurzame Ontwikkeling, waarover nu een publieksraadpleging loopt.

Ook zal er gedurende de hele duur van het NAPED overleg zijn met de twee opvolgingscomités, een van wetenschappers en een van stakeholders.

Uw derde vraag ging over gender. Gender zal voor bepaalde acties inderdaad in aanmerking worden genomen. Zo zal er een grote bewustmakingscampagne voor de Belgische bevolking worden georganiseerd in verschillende fases over verschillende jaren. De bevolkingsgroepen die het meest kwetsbaar zijn voor blootstelling aan hormoonverstoorders, zoals zwangere vrouwen, kinderen en kansarme groepen, zullen prioritair worden gesensibiliseerd.

Daarnaast zal België op Europees niveau pleiten voor een verbod om geïdentificeerde hormoonverstoorders te gebruiken in de samenstelling van consumptiegoederen die voor de meest kwetsbare populaties bestemd zijn.

Er wordt ook rekening gehouden met het aspect gender, omdat een blootstelling aan hormoonverstoorders een impact heeft op zowel mannen als vrouwen en die blootstelling ook gevolgen voor het nageslacht kan hebben. Er kunnen onder andere vruchtbaarheidsproblemen en epigenetische wijzigingen mee gepaard gaan.

In verband met uw vierde vraag zal een van de reglementaire acties in de tweede krachtlijn van het FPDO, waarover ik daarnet sprak, gezamenlijk door de FOD Volksgezondheid en de FOD Economie worden

gevoerd. Het doel van die actie is om uit te maken welke economische instrumenten het meest geschikt zijn om de hele Belgische bevolking een eerlijke toegang te bieden tot producten van hogere kwaliteit, bijvoorbeeld producten met een ecolabel, en welke economische instrumenten het meest geschikt zijn om de bevolking aan te zetten om producten die hormoonverstoorders bevatten, te vervangen door gezonde en duurzame alternatieven.

Daarnaast zal België, zoals ik eerder al heb aangegeven, op Europees niveau pleiten voor een verbod om geïdentificeerde hormoonverstoorders te gebruiken in consumptiegoederen die voor de meest kwetsbare populaties bestemd zijn, want we moeten het probleem natuurlijk bij de bron aanpakken.

Ik kom tot uw vijfde vraag. De website edlists.org is het resultaat van een samenwerking tussen zes Europese landen: België, Denemarken, Nederland, Spanje, Frankrijk en Zweden. De website biedt de vrije toegang tot drie lijsten van chemische stoffen, ten eerste, hormoonverstoorders die op Europees niveau werden geïdentificeerd, ten tweede, hormoonverstoorders die door een enkele lidstaat werden geïdentificeerd, ten derde, vermoedelijke hormoonverstoorders die op Europees niveau worden beoordeeld. Die website werd in juli 2020 online geplaatst en wordt frequent geüpdatet. Een van de acties van het NAPED voorziet in een bewustmakingscampagne rond die website voor industriële om de vervanging van geïdentificeerde en of vermoedelijke hormoonverstoorders te stimuleren.

Mevrouw Jiroflée had nog een vraag over het gebruik van allergenen in zonnecrèmes. Dat wordt meteen een stuk concreter. Allergische reacties op bepaalde stoffen zijn individuele reacties. De meeste stoffen kunnen bij sommige mensen allergische reacties uitlokken, maar hun allergeen potentieel is niet altijd even hoog. De Europese cosmeticaverordening nr. 1223/2009 regelt de samenstelling en etikettering van cosmetische producten.

Die verordening verbiedt verbindingen met het hoogste allergenenpotentieel en legt andere allergenen beperkingen op die het risico van een reactie aanzienlijk doen afnemen, met name door de concentratie ervan te beperken of door ze te verbieden in producten die lang in contact komen met de huid. Voor de 26 potentiële allergene geurstoffen die op Europees niveau geïdentificeerd zijn, werd beslist om ze op het etiket te vermelden, wanneer de concentratie ervan significant is, opdat consumenten geïnformeerd worden over de aanwezigheid ervan en zij met kennis van zaken een product kunnen kiezen. Het aantal geurstoffen waarop de etiketteringsverplichting betrekking heeft, zou binnenkort nog uitgebreid moeten worden.

Zonneproducten die gebruikt worden voor kinderen, kunnen specifieke producten zijn of producten bestemd voor het hele gezin. Die stoffen verbieden in zonneproducten voor kinderen, zou dus slechts een beperkte impact hebben. Met een vermelding op het etiket van alle zonneproducten wordt gekozen voor een bredere en meer proportionele aanpak en kunnen consumenten correct geïnformeerd worden en vrije keuzes maken.

04.04 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik ben blij met uw verklaring in verband met zonnecrèmes, want dat is exact het punt dat ik wilde maken met het oog op het nationaal plan rond hormoonverstoorders. Voor zowat 90 % van de bevolking zullen, wanneer hij of zij voor een rek staat met zonnecrèmes van 3 tot 10 euro, de vermeldingen op het etiket niets uitmaken. Ze zullen dus kiezen voor de goedkoopste optie; vakantie is al duur met onder andere bijkomende kosten voor tests. Dat geldt des te meer voor kansarmere groepen. Wanneer een product geïdentificeerde hormoonverstoorders bevat, mogen wij mijns inziens niet aarzelen en dat gewoon van onze markt bannen.

Ik blijf wat op mijn honger wat de keuze tussen informeren en sensibiliseren enerzijds en het uit de handel halen van dergelijke producten anderzijds betreft. Toen er gesproken werd over titaniumdioxide in mondmaskers, moesten meteen al die mondmaskers van de markt. Wanneer hormoonverstoorders in voeding aangetroffen worden, gaat het allemaal veel trager. Ik blijf op dat vlak op mijn honger.

Mijnheer de minister, ik noteer dat er in oktober en november een publieksraadpleging zal worden gehouden. Is daarin een rol voor het Parlement weggelegd of gebeurt dat buiten het Parlement om? In december volgt de finale validering. Ik kijk uit naar het moment waarop wij echt van start kunnen gaan, in januari.

Petra De Sutter heeft met de Senaatsploeg in de vorige legislatuur heel hard gewerkt aan een informatieverslag met gigantisch veel interessante aanbevelingen. Ik hoop dat dat wordt meegenomen in het werk rondom het NAPED. We komen er zeker op terug na de zomer.

04.05 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de minister, ik zal zo vrij zijn om in het late najaar terug te komen op de stand van zaken in het nationaal actieplan tegen hormoonverstoorders.

Ik ben wel bijzonder blij met uw aankondiging dat er bij de sensibilisering daarrond zal worden gekeken naar de doelgroepen, waaronder de kansarmen. Ik sluit mij wel aan bij de bedenking van mevrouw Creemers dat mensen die het niet breed hebben, vaak niet eerst de kleine lettertjes op een verpakking lezen, maar vooral naar de prijs kijken. Wij moeten dus strenger zijn wat de aanwezigheid van hormoonverstoorders in de producten betreft.

Wat de allergenen betreft, ik ben de mening toegedaan dat er geen aanwezig mogen zijn in producten voor kinderen en zeker niet in zonneproducten, die heel lang op de huid blijven. Hoe vroeger kinderen daarmee worden geconfronteerd, hoe problematischer dat is. Als ik u goed heb begrepen, zal de etikettering over die allergenen worden verstrengd. U had het over binnenkort. Wat bedoelt u daarmee precies?

04.06 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb nog niet heel precies aangegeven wat we zullen doen; ik heb gezegd dat een aantal acties moet worden ondernomen. Wat de etikettering betreft, zullen we de zaken natuurlijk niet versoepelen. Als we zeggen dat we dat zullen bekijken, dan wil dat zeggen dat we strenger zullen worden.

Ik heb goed geluisterd naar uw beider opmerkingen. Mevrouw Creemers, u had het uitdrukkelijk over het probleem van de prijs. Ik heb ook verwezen naar economische instrumenten in het algemeen. Ik heb aan mijn medewerkster gesignaleerd dat we moeten nagaan of we op een synchrone manier te werk kunnen gaan, vanuit de commissie en vanuit de regering en de FOD, bijvoorbeeld in het kader van een publieksbevraging.

Ik stel voor dat u met mijn kabinetschef, de heer Bertels, overlegt over het tijdstip wanneer we daarop zullen terugkomen. Het zou immers interessant zijn dat de timing van uw vragen en eventueel een thematisch debat daarover goed spoort met wat we doen ten aanzien van het grote publiek.

04.07 Karin Jiroflée (Vooruit): Dank u wel.

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

05 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Faagtherapie" (55018180C)

05 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La phagothérapie" (55018180C)

05.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de resistentie van bacteriën tegen antibiotica is een ernstig probleem, waarbij er voor bepaalde aandoeningen slechts met moeite bepaalde antibacteriële medicatie kan worden gevonden. Er moet dus een strijd gevoerd worden op verschillende fronten. Een belangrijk punt is het beperken van het gebruik van antibiotica, zowel in de menselijke geneeskunde als de diergeneeskunde. Een ander belangrijk punt is het blijven zoeken naar alternatieven om multiresistente bacteriën te lijf te kunnen gaan.

In uw beleidsnota verwees u heel kort naar de faagtherapie. Dat viel mij op, want dat interesseert mij bijzonder.

Ik heb daarover volgende vragen.

Hoeveel behandelingen met faagtherapie werden er de laatste vijf jaar, per jaar, uitgevoerd in België? Waren deze succesvol? Werden er ernstige nevenwerkingen gerapporteerd bij het FAGG? Bestaat er een nationaal register voor deze behandelingen? Wie betaalt deze behandelingen? Welke zijn de expertisecentra voor faagtherapie? Welke acties plant u te ondernemen op dit vlak?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, het gebruik van bacteriofagen in de bestrijding van antibioticaresistente bacteriën kent een lange klinische geschiedenis in Oost-Europa en een recent westers

onderzoek bevestigt het potentieel. (...)

Excuseer, ik krijg net de vraag om aanwezig te zijn in de plenaire vergadering. Dat is vervelend, want ik ben nu hier. Vanuit de oppositie moet men weten wat men wil. Mag ik daarvoor even telefoneren? (*Instemming*)

Ik herneem.

Dit heeft dus een zekere traditie. Recent westers onderzoek – als ik mij zo *old fashioned* mag uitdrukken – bevestigt het potentieel daarvan. Alhoewel er nog geen commerciële producten op de markt zijn, kijken meer en meer artsen naar fagen als redmiddel bij onbehandelbare infecties.

In West-Europa speelt België op dat vlak een absolute pioniersrol. In 2016 leverde het FAGG een wetenschappelijk-technisch advies aan het Militair Hospitaal Koningin Astrid in verband met het gebruik van natuurlijke bacteriofagen. Dit advies stelde dat bij voorlegging van een analysecertificaat van een erkend laboratorium, bacteriofagen in de vorm van een magistrale voorbereiding kunnen worden afgeleverd voor een specifieke patiënt. Dat is uniek in Europa en laat ons land toe een kennisvoorsprong op te bouwen op het gebied van productie en gebruik van fagen. In België worden bacteriofaagproducten aangemaakt in het Militair Hospitaal en de kwaliteitscontrole wordt uitgevoerd door Sciensano.

U vroeg hoeveel behandelingen per jaar er zijn geweest de voorbije vijf jaar. Het waren er gemiddeld 12 per jaar in de periode 2015-2019, met een stijgende trend. In 2019 werden er 17 behandelingen toegepast.

Vanuit de instellingen die de behandeling toepassen, wordt gemeld dat er successen behaald werden met bacteriofaagtherapie in ernstige situaties waar antibioticatherapie faalde. Een belangrijk probleem is dat er nog een gebrek is aan objectieve klinische data om de doeltreffendheid van bacteriofaagtherapie te kunnen aantonen. Er is een beperkt aantal klinische studies waarvan de resultaten gepubliceerd werden, maar hiermee kon de doeltreffendheid van de therapie niet of nog niet overtuigend aangetoond worden, soms vanwege technische redenen. Het opzetten van een gerandomiseerde klinische studie is uiteraard moeilijk voor een gepersonaliseerde behandeling, waar de te gebruiken bacteriofaag geselecteerd wordt uit een bibliotheek, op basis van de specifieke infectie van de patiënt.

In de behandelingen die tot nog toe gebeurden, werd er eradicatie van de bacterie gemeld in 85 % van de behandelingen. Een belangrijke nuance hierbij is dat er in België bijna uitsluitend combinatietherapieën met antibiotica worden toegepast. Vaak is het zo dat de combinatie van fagen en antibiotica er toch in slaagt om de infectie met antibioticaresistente bacteriën uit te roeien.

U vroeg naar nevenwerkingen. Het FAGG heeft geen meldingen van ernstige bijwerkingen in het kader van de faagtherapie ontvangen, op een totaal van 87 behandelingen, soms meerdere per patiënt.

De behandelingen worden allemaal geregistreerd in een REDCap-database, die gecoördineerd wordt door dokter Sarah Djebara, die werkt bij het Militair Hospitaal en het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Momenteel is België een samenwerking begonnen met Zwitserland, daar is dokter Shawna McCallin verantwoordelijk, voor de creatie van een internationale databank over faagtherapie.

Wie betaalt? De geneesmiddelen op basis van bacteriofagen worden momenteel vervaardigd als een magistrale bereiding. Dergelijke bereidingen worden terugbetaald door de ziekteverzekering op voorwaarde dat de producten waaruit de bereiding is samengesteld op de lijst van vergoedbare producten zijn vermeld. Dat is niet het geval voor bacteriofagen. Vooralsnog betaalt de FOD Defensie daarom de gepersonaliseerde faagproductie, ook voor burgers.

Inzake expertisecentra kan ik u meegeven dat het Militair Hospitaal, met name via dokter Jean-Paul Pirnay, het eerste hospitaal in België was dat gebruikmaakte van faagtherapie. Het heeft zich dus als expertisecentrum ontwikkeld. Ondertussen wordt faagtherapie ook toegepast in verschillende universitaire ziekenhuizen. Daarbij wordt gebruikgemaakt van magistrale bereidingen van fagen, die worden aangemaakt in het Militair Hospitaal met een kwaliteitscontrole in de labo's van Sciensano.

Er was een vraag over acties. Het FAGG heeft een werkgroep met de belangrijkste stakeholders opgericht. Een eerste doelstelling was het gebruik van faagtherapie in België in kaart te brengen. Die activiteiten hebben wel enige vertraging opgelopen ten gevolge van de covidcrisis. Zij zullen echter opnieuw worden opgenomen. Bovendien heeft het FAGG het thema ook op de internationale agenda geplaatst. Daarbij werd

internationale samenwerking gezocht voor de uitwerking van een regulatorisch kader voor bacteriofaagtherapie. Er was echter over het algemeen weinig steun van de autoriteiten van andere lidstaten, om daaraan mee te werken. Het belangrijkste argument was het ontbreken van klinische studieresultaten. Mogelijks geven de lopende gesprekken rond de herziening van het Europees farmaceutisch wetgevend kader de gelegenheid opnieuw aandacht voor het dossier te krijgen.

Het FAGG heeft bij het European Directorate for the Quality of Medicines (EDQM) ook een verzoek ingediend, om in het Europese Farmacopee een tekst op te nemen over de kwaliteitsvereisten voor bacteriofagen. Dat zou toelaten geharmoniseerde kwaliteitsstandaarden te definiëren voor die producten, wat meer duidelijkheid zou scheppen voor artsen, apothekers, producenten en investeerders. Het EDQM heeft op basis van dat verzoek van ons land een werkgroep opgericht om de haalbaarheid, toepasbaarheid en impact van een dergelijke tekst voor kwaliteitsvereisten te onderzoeken. Een medewerker van Sciensano is voorzitter van die werkgroep.

In ons Nationaal Actieplan *One Health Antimicrobial Resistance* wordt de mogelijkheid onderzocht van de oprichting van een nationaal faagtherapiecentrum, waar fagen worden geïsoleerd, getest, bewaard en verdeeld. Dat nationaal faagtherapiecentrum, bijvoorbeeld het Militair Hospitaal, zou onder supervisie van de gezondheidsautoriteiten staan en opereren in interactie met de nationale stakeholders. Het ondersteunend wetgevend kader zou gebaseerd kunnen worden op het *quality by design*-concept, dat meer en meer wordt toegepast in de ontwikkeling en productie van biofarmaceutische middelen. In dat concept zou het commercieel belang worden verwijderd met een maximalisatie van klinische beschikbaarheid en controle over het klinisch gebruik.

05.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben heel blij dat wij een pioniersrol spelen op dit vlak. U zegt zelf dat maar een beperkt aantal gevallen wordt behandeld per jaar. In 2019 werden negentien behandelingen uitgevoerd, die vaak wel succesvol zijn. Voor de patiënten die uitbehandeld zijn met antibiotica en die vaak toch ernstige infecties hebben, is het een kwestie van leven of dood, dus ik ben heel blij dat er hier verder op wordt ingezet.

Ik vind het wel heel apart dat Defensie betaalt, ook voor burgers. Ik kijk uit naar een meer structurele oplossing op dat vlak, zodat het kan worden verankerd in het arsenaal dat wij ter beschikking kunnen stellen van patiënten die besmet worden met multiresistente bacteriën.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Farih heeft laten weten dat zij later zal komen door problemen met de trein, dus haar vragen worden wellicht straks behandeld.

06 Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanmoedigingspremie" (55018250C)

06 Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prime d'encouragement" (55018250C)

06.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijst naar de ingediende vraag.

In 2020 heeft zowel het parlement als uw regering een aantal maatregelen genomen om de verloning van (thuis)verpleegkundigen te verbeteren. Eén daarvan was de aanmoedigingspremie van 985 euro voor al het ziekenhuispersoneel en de thuisverpleegkundigen.

In de commissie van 25 mei zei u daarover: "Wat betreft de eenmalige aanmoedigingspremie voor zelfstandige thuisverpleegkundigen, werd op 26 april het KB gepubliceerd. Het RIZIV heeft daarover gecommuniceerd via zijn website, waar ook de operationele procedure wordt uitgelegd. Zorgverleners moeten voor de eenmalige aanmoedigingspremie geen aanvraag indienen. Zij hadden tot 17 mei de tijd om via MyRiziv een rekeningnummer te laten registreren waarop de premie wordt betaald. Als er voor hen al een rekeningnummer was geregistreerd en dat mag worden gebruikt voor de premie, hoefden zij niets te doen.

Intussen worden de vereiste gegevens ingezameld, onder andere bij het Nationaal Intermutualistisch College en het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen, zodat het RIZIV ze kan verwerken en kan bepalen aan wie welk bedrag wordt toegekend, overeenkomstig de modaliteiten in het

besluit. Als alles goed loopt – ik spreek met twee woorden, mevrouw Van Camp, want ik weet dat u daar belang aan hecht –, dan zal de concrete betaling normaliter in de loop van juni gebeuren."

Mijn vragen aan u:

Aan hoeveel verpleegkundigen is er ondertussen al een premie uitgekeerd? Bij hoeveel moet dat nog gebeuren?

Hoeveel verpleegkundigen hebben deze premie aangevraagd? Hoeveel niet?

Wat is het totale bedrag aan premies dat al uitgekeerd is en welk totaal bedrag moet er nog uitgekeerd worden?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het RIZIV heeft eind juni aan in totaal 14.839 verpleegkundigen die voldeden aan de criteria de aanmoedigingspremie uitbetaald, voor een totaal bedrag van 11.000.834 euro. Eventuele regularisatiebetalingen, bijvoorbeeld ingevolge gegronde betwistingen, kunnen deze cijfers in de loop van de komende maanden nog doen stijgen.

06.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de minister, in feite gaat het om een laag aantal verpleegkundigen. Ik vind dat enigszins vreemd en ik kom hier later zeker nog op terug. Hebben de andere verpleegkundigen soms geen rekeningnummer doorgeven of loopt deze oefening nog?

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 **Samengevoegde vragen van**

- **Yoleen Van Camp** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55018253C)

- **Catherine Fonck** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55018895C)

07 **Questions jointes de**

- **Yoleen Van Camp** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds blouses blanches" (55018253C)

- **Catherine Fonck** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds blouses blanches" (55018895C)

07.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): *In mei van dit jaar werd de verdeling en het gebruik van de begroting van het zorgpersoneelsfonds voor dit jaar goedgekeurd. Een belangrijk gegeven daarbij is dat onze fractie zowel in de commissie als in de plenaire er voor gewaarschuwd hadden dat deze middelen waarschijnlijk niet uitsluitend bij het zorgpersoneel terecht zullen komen. We hadden nochtans een amendement om dit wel af te dwingen, maar dat werd weggestemd door de meerderheid. Een tweede belangrijke zaak is de uitvoering van de nulmeting bij de ziekenhuizen, zodat we eindelijk een duidelijk zicht krijgen op hoe de situatie vandaag is.*

Mijn vragen aan u:

Hoe ver staat het ondertussen met de gegevensverzameling bij de ziekenhuizen? Kunnen de (voorlopige) resultaten overgemaakt worden?

Klopt onze vrees/voorbehoud dat een deel van de middelen ingezet (zullen) worden voor aanwervingen op ondersteunende diensten zoals ICT, apotheek,... Kan u hier een overzicht van geven?

Ik had begrepen dat voor de zelfstandige verpleging de besprekingen nog liepen. Wat is daar de stand van zaken?

07.02 **Catherine Fonck** (cdH): *Monsieur le président, Monsieur le Ministre, je souhaite disposer de l'affectation des moyens du fonds blouses blanches depuis qu'il est en application. Quel est le budget qui a été utilisé ? Combien d'engagements sont intervenus ? Dans quels secteurs ? Quels profils de personnel ? Quelle a été également l'utilisation et l'affectation du budget pour les infirmiers à domicile ?*

Merci pour votre réponse.

07.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: *Monsieur le président, mon administration a reçu une copie des rapports d'environ 150 hôpitaux concernant le rapportage dans le cadre du fonds blouses blanches pour l'année 2020. L'analyse des données reçues est en cours et les résultats suivront au plus vite. Ces données seront également discutées avec les partenaires sociaux.*

Voor een aantal ziekenhuizen blijkt dat een aantal functies werden gerapporteerd die zeer ver staan van het toepassingsgebied van het fonds. Gezien het toepassingsgebied van de wet en de afspraken die zijn gemaakt in het akkoord met betrekking tot de rapportering over 2020, heeft de administratie deze ziekenhuizen gecontacteerd met de vraag meer informatie te geven over deze gecreëerde functies en een verantwoording te geven over waarom deze toch binnen het toepassingsgebied van het Zorgpersoneelfonds zouden passen.

En général, il semble que les hôpitaux ont essayé d'utiliser les moyens le mieux possible. Cela confirme que les moyens structurels du fonds répondent à un besoin réel du secteur des soins. Je suis content que nous puissions soutenir le secteur de manière supplémentaire et structurelle tout en veillant à l'objectif du fonds blouses blanches, c'est-à-dire le renforcement du personnel au chevet du patient.

Les données rapportées via les fonds Maribel concernant les infirmiers à domicile sont aussi en cours d'analyse. Les résultats suivront au plus vite.

Van het totaal budget van 402 miljoen euro is 48 miljoen euro gereserveerd voor de zelfstandige verpleegkundigen. De besprekingen voor deze groep lopen inderdaad nog. Daarbij wordt rekening gehouden met verschillende zaken. De regelgeving verwijst naar twee soorten vergoedingen die aan zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen kunnen worden gegeven, een vergoeding voor herintreders en intreders in de sector en een vergoeding administratieve lasten.

In de geest van de wet is het wel de bedoeling om de beschikbare middelen zo in te zetten dat men kan komen tot een duidelijke vermeerdering van het aantal verpleegkundigen dat patiënten thuis verzorgt. Bovendien is het ook belangrijk om te vergelijken met soortgelijke initiatieven, om zo te komen tot een maximale coherentie. Het kan immers niet de bedoeling zijn dat deze maatregelen het inzetten van verpleegkundigen in andere setting zoals urgentiediensten tegenwerkt.

Al deze verschillende aspecten worden momenteel bekeken met het oog op het goed besteden van de toegekende middelen.

07.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het is voor mij nog altijd niet duidelijk hoe ver het nu staat met die gegevens. U had ook gezegd dat u de vragenlijst aan ons zou bezorgen. Dat is nog altijd niet gebeurd. U hebt nog geen concreet zicht op de invoering. Dat vind ik problematisch. Wij gaan die gegevens zeker opvragen, want wij horen van de sector dat dit problematisch blijft. Wij komen hier zeker nog op terug.

07.05 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je crois que je n'ai pas entendu un mot sur quatre de l'intervention du ministre car la connexion est instable. Pourtant, je suis à la Chambre. Je relirai donc attentivement la réponse. Ce n'est pas mon style mais je n'ai pas d'autre choix.

Monsieur le ministre, je ne sais pas si vous en avez parlé car je n'ai quasiment rien entendu. Par voie de presse, vous avez renvoyé la responsabilité aux hôpitaux en disant qu'ils n'avaient qu'à engager. N'oublions quand même pas un élément fondamental. La réalité, c'est qu'il y a un manque d'attractivité du métier et qu'il y a une pénurie d'infirmiers importante. Il est donc un peu facile de charger les hôpitaux en leur disant, par voie de communication, qu'il y a le Fonds Blouses blanches et qu'il suffit d'engager, alors qu'il n'y a pas de personnel. Ceci rend l'équation impossible pour les hôpitaux. C'est évidemment beaucoup plus compliqué. Je vous réinvite dès lors, monsieur le ministre, ce n'est pas la première fois et ce ne sera pas la dernière, à surtout travailler sur une augmentation de l'attractivité du métier sur l'ensemble de la carrière professionnelle.

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

07.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik word ook in de plenaire vergadering verwacht.

07.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijn vragen nr. 55018628C en 55018632C mogen worden omgezet in schriftelijke vragen.

08 **Samengevoegde vragen van**

- **Thierry Warmoes** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De noodkreet van de Brusselse vroedvrouwen" (55018649C)
- **Robby De Caluwé** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hoge werkdruk bij vroedkundigen" (55018672C)
- **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oproep van de vroedvrouwen" (55019670C)

08 **Questions jointes de**

- **Thierry Warmoes** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cri d'alarme des sages-femmes bruxelloises" (55018649C)
- **Robby De Caluwé** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La charge de travail élevée chez les sages-femmes" (55018672C)
- **Sofie Merckx** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'appel lancé par les sages-femmes" (55019670C)

08.01 **Thierry Warmoes** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, op vrijdag 4 juni trok in Brussel de vroedvrouwenpraktijk Zwanger in Brussel aan de ... (*de minister krijgt telefoon van de premier en verlaat de commissiezaal*)

08.02 **Dominiek Snelpe** (VB): Zoals het er nu uit ziet, zullen wij vandaag niet tot de laatste vraag komen. Misschien kunnen wij ondertussen al bespreken wat wij zullen doen met de rest van de vragen? Worden die schriftelijk beantwoord? Moeten die omgezet worden in schriftelijke vragen?

De **voorzitter**: Ik moedig iedereen aan ze om te zetten in schriftelijke vragen. Anders komen zij opnieuw aan bod op 14 september, als ik mij niet vergis.

08.03 **Dominiek Snelpe** (VB): Wat met samengevoegde vragen?

De **voorzitter**: Dat moet u afspreken met de collega's natuurlijk.

08.04 **Thierry Warmoes** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik was begonnen met het stellen van mijn vraag over de Brusselse vroedvrouwen, die samengevoegd is met die van de heer Decaluwé.

Ik heb mijn vraag ingediend naar aanleiding van het feit dat op 4 juni de vroedvrouwenpraktijk Zwanger in Brussel aan de alarmbel trok wegens de hoge werkdruk. Die is er ook in ander vroedvrouwenpraktijken, onder andere in Gent en Antwerpen.

Zwanger in Brussel heeft toen gezegd dat het een halfjaar zou stoppen omdat er een tekort is aan vroedvrouwen. Die ondergaan een helse werkdruk. Zij hebben een fulltime job met een structureel tekort aan ervaren vroedvrouwen. Zij moeten 24/24 beschikbaar zijn, elke dag van de maand. Sommige vroedvrouwen presteren naar eigen zeggen 15 nachten wacht per maand.

Dat kost veel energie. Volgens Elke Van Den Bergh van Zwanger in Brussel studeren er vele vroedvrouwen af – dus daar ligt het probleem niet – maar kiezen zij niet voor de eerstelijnszorg. Na een opleiding van drie jaar moeten vroedvrouwen in de eerstelijnszorg nog twee jaar meelopen om een verzekering te krijgen. De opleiding zet immers niet in op de eerstelijnszorg. Zij zet integendeel meer in op specialisaties of op werken in een ziekenhuis.

Men merkt op het terrein op dat vele studentes zelfs bang zijn een normaal verlopende bevalling te begeleiden en de sprong te maken naar bevallingen zelfstandig te begeleiden. Vele vroedvrouwen vinden de opleiding van drie jaar ook te kort. Zij worden bovendien geconfronteerd met een gebrek aan erkenning en respect, wat een impact heeft op het statuut en de verloning.

Bent u op de hoogte van de situatie van de vroedvrouwen, zoals geschetst door henzelf? Ik heb het dan specifiek over de vroedvrouwen in de eerste lijn.

Hoe zult u tegemoetkomen aan de alarmkreten voor betere werkomstandigheden en bijkomend personeel?

Hoe zult u ervoor zorgen dat de eerstelijnszorg beter geïntegreerd wordt in de opleiding van de gezondheidszorg?

Hoe zult u ervoor zorgen dat de eerste lijn aantrekkelijker kan worden voor jonge zorgverleners?

08.05 Robby De Caluwé (Open Vld): *De Brusselse vroedkundepraktijk "Zwanger in Brussel" stopt voor minstens een half jaar haar werkzaamheden. De vroedkundigen trekken aan de alarmbel omdat volgens hen de werkdruk niet vol te houden is. Ook andere vroedkundepraktijken zien de werkdruk toenemen.*

Dat het zo'n klein team is bij Zwanger in Brussel komt volgens hen door een tekort aan vroedkundigen in de eerstelijnszorg. Desondank er wel veel afgestudeerden zijn, gaan zijn niet in de eerstelijnszorg. Volgens de praktijk zijn jonge vroedkundigen niet zo geïnteresseerd in dat deel van de job, en na 3 jaar studeren zijn ze vaak ook nog niet klaar om zelfstandig bevallingen te begeleiden. Ze moeten dan nog 2 jaar meelopen om een verzekering te krijgen.

1. Erkent u de noodkreet?
2. Wat is uw de reactie hierop?
3. Wat zal u ondernemen?

08.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, er zijn verschillende elementen.

De voorbije jaren merken wij een verschuiving bij sommige zwangere vrouwen van het model van medische opvolging van hun bevalling naar de begeleiding door vroedvrouwen in de eerste lijn. Dat is een internationale evolutie en lijkt geen slechte zaak voor de volksgezondheid en voor laagrisicozwangerschappen, zoals blijkt uit het rapport van de WHO 'The State of the World's Midwifery 2021', dat eind mei 2021 aan de lidstaten is gepresenteerd.

Verschillende rapporten van het Kenniscentrum en de mutualiteiten hebben al gewezen op die ontwikkeling in België. Er wordt naar gestreefd het aantal medische ingrepen tijdens de bevalling te verminderen door een intensievere voorbereiding op de bevalling. Ik herhaal uitdrukkelijk dat het gaat om geboorten met een laag risico, waarbij een fysiologische bevalling kan plaatsvinden met inachtneming van de veiligheid van de patiënt en het ongeboren kind. Dat houdt ook verband met de *empowerment* van de patiënt, die een echte partner in haar of zijn eigen gezondheid is.

Vroedvrouwen spelen daarin een belangrijke rol. Zij werken multidisciplinair samen met onder andere verloskundigen, gynaecologen en huisartsen.

Wij moeten bekijken op welke manier wij onze gezondheidszorg moeten en kunnen aanpassen aan die paradigmaverschuiving, die sommige patiënten ertoe brengt te kiezen voor een geboorte buiten de ziekenhuisomgeving, uiteraard met de kwaliteit en veiligheid van de zorg als prioritair aandachtspunt. Wij moeten bijvoorbeeld bekijken op welke manier bestaande intermediaire structuren, geboortecentra genaamd, een plaats dienen te krijgen in het systeem.

De verkorting van de verblijfsduur in ziekenhuizen heeft ook de werklust van de vroedvrouwen in de eerstelijnszorg verhoogd. Dat verdient zeker de nodige aandacht.

Structuren zoals 'Zwanger in Brussel' beantwoorden aan de groeiende vraag waarvoor het systeem – basisopleiding, economisch systeem en strengere psychosociale follow-up – niet voldoende aangepast lijkt te zijn. Een en ander moet worden ingebed in een bredere oefening rond de zorg voor moeder en kind.

Als gevolg van de werkzaamheden van de Planningscommissie Medisch Aanbod inzake vroedvrouwen op de arbeidsmarkt en de verschillende scenario's voor de evolutie van die beroepsbevolking, versterken steeds meer opgeleide vroedvrouwen de Belgische arbeidsmarkt. Het gaat dus a priori niet om een kwantitatief probleem, maar veeleer om een probleem van organisatie van die eerstelijnszorg.

In de memoranda die ik van de beroepsverenigingen van vroedvrouwen heb ontvangen, wordt de situatie aan de kaak gesteld. Wij zullen het werkveld via zijn vertegenwoordigers in de Federale Raad voor de Vroedvrouwen, die wordt vernieuwd, zeker betrekken bij de analyse van die evolutie en de door te voeren wijzigingen.

Mijnheer Warmoes, in antwoord op uw vraag wil ik nog het volgende meegeven. In het algemeen en zoals het in het regeerakkoord staat, is een goed gestructureerde, sterke en performante eerstelijnszorg een sleutel voor de toekomst.

Daarom moet de eerstelijnsgezondheidszorg worden gerevaloriseerd en verder versterkt, in samenwerking met de deelstaten. Zo'n revalorisatie is gebaseerd op veel aspecten, onder andere op de opleiding van de zorgverleners, de financiering en de terugbetaling van de gezondheidszorg en de uitbouw van de zorgorganisatie. Daaraan wordt op verscheidene niveaus gewerkt.

Binnen het RIZIV wordt momenteel een budgettair meerjarencader ontwikkeld. Daarbij werd al een ruime oproep gericht aan de belanghebbenden om voorstellen en ideeën aan te reiken. Er werd daarop massaal ingegaan. Het RIZIV verwerkt nu samen met wetenschappers, zorgverleners en verzekeringsinstellingen die schat aan ontvangen ideeën, waarbij de eerstelijnszorg een belangrijk onderdeel is. Ik kijk uit naar de resultaten van die werkzaamheden, waarover ik over enkele weken een verslag verwacht.

08.07 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

In het eerste deel van uw antwoord bevestigt u eigenlijk wat ik in mijn vraag stelde, namelijk dat dit een toenemende tendens is, dat dit positief is, maar dat het gevolg daarvan is dat de werklast voor de vroedvrouwen in de eerste lijn enorm is toegenomen, dat dit structureel moet worden aangepakt en dat het inderdaad geen kwantitatief probleem is van aantal vroedvrouwen, maar wel van organisatie ervan.

In het tweede deel van uw antwoord zegt u dat er over diverse aspecten daarvan met de Gewesten wordt gewerkt en dat het RIZIV daarmee bezig is. Dat is positief. Ik had toch graag een iets concreter antwoord gekregen, maar ik heb begrepen dat dit zich de komende weken zal concretiseren. Ik kan u dus alleen maar aanmoedigen om de inspanningen voort te zetten. Ik zie dat u daarmee bezig bent en zich bewust bent van de problematiek. Wellicht komen we daarop later terug als het wat concreter wordt.

08.08 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het is inderdaad goed dat u voor een totaalaanpak gaat. Dat lijkt mij de juiste aanpak en ik kijk ernaar uit om te vernemen hoe het plan eruit zal zien. U geeft aan dat de rol van vroedvrouwen belangrijk is, onder andere door de kortere verblijfsduur, maar ook doordat meer en meer mensen kiezen voor thuisbevalling. Ik ben benieuwd naar het overleg dat u binnenkort zult voeren en we zullen hierop nog terugkomen.

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

09 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een hiv-plan" (55018676C)

09 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un plan VIH" (55018676C)

09.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, België heeft de UNAIDS 90-90-90-werelddoelstelling voor 2020 behaald en lijkt goed op weg om ook de 95-95-95-doelstelling voor 2030 waar te maken. Deze doelstellingen zijn er gekomen om uiteindelijk een einde te maken aan de hiv-pandemie. Desalniettemin tonen de laatste cijfers van Sciensano aan dat er in 2019 92 nieuwe hiv-besmettingen werden vastgesteld in België. Dat zijn er toch 2,5 per dag en het betekent een stijging van 4 % ten opzichte van 2018. Daarnaast werden meer dan 17.000 hiv-patiënten medisch opgevolgd terwijl er naar schatting ook bijna 2.000 niet-gediagnosticeerde personen zijn.

Naast het preventieve luik dient er een daadkrachtige screening te gebeuren, waarbij wordt ingezet op het bereiken van de niet-gediagnosticeerde groep. Zij moeten begeleid worden richting behandeling, want dat is cruciaal om de verdere verspreiding van het virus een halt toe te roepen. Dankzij de wetenschappelijke vooruitgang is hiv vandaag immers een chronische ziekte geworden en kunnen mensen met hiv die...

09.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer De Caluwé, ik was goed aan het luisteren naar uw vraag over hiv, maar men vraagt uitdrukkelijk mijn aanwezigheid in de plenaire vergadering. Ik vrees dat ik voor een ordentelijk verloop van de werkzaamheden naar de plenaire vergadering moet. We hebben hier

vandaag interessante debatten gehad maar ik stel voor dat u mij nu laat vertrekken.

09.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, u kan uiteraard niet tegelijkertijd op twee plaatsen zijn.

De **voorzitter**: Ik meen dat de plenaire vergadering voorrang moet krijgen. Als ik het goed begrijp heeft men uw aanwezigheid daar gevorderd?

09.04 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, als ik even mag, ik heb mij de moeite getroost om hier de hele zitting aanwezig te zijn. Ik wil gerust verwijzen naar de ingediende vraag maar ik zou graag zien dat u mijn vraag nog beantwoordt.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, kan u nog een kwartier blijven?

09.05 Minister Frank Vandenbroucke: Als u het wenst, kan ik u de tekst van mijn antwoord bezorgen, hoewel dat ongebruikelijk is. Dat geldt ook voor de heer De Caluwé. Ik vrees echter dat ik echt naar de plenaire vergadering moet.

De **voorzitter**: Ik stel voor de heren De Caluwé en Creyelman hun vraag stellen, ook al vertrekt de minister. Het is een enigszins vreemde procedure, maar dan zijn die vragen wel formeel gesteld. De minister zal dan de schriftelijke versie van zijn antwoord ter beschikking stellen.

De overige vragen worden verdaagd naar 14 september, tenzij de leden ze wensen om te zetten in schriftelijke vragen.

09.06 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs verder naar de ingediende vraag.

België heeft de 2020 UNAIDS 90-90-90 werelddoelstelling behaald en lijkt goed op weg om ook de 95-95-95 doelstelling van 2030 waar te maken. Deze doelstellingen zijn er gekomen met de uiteindelijke bedoeling een einde te stellen aan de hiv-pandemie. Desalniettemin tonen de laatste cijfers van Sciensano aan dat er in 2019 923 nieuwe hiv-besmettingen werden vastgesteld in België (2,5 per dag), een stijging van 4% ten opzichte van 2018. Daarnaast werden er 17.081 hiv-patiënten medisch opgevolgd en zijn er naar schatting bijna 2.000 niet-gediagnosticeerde personen die in België met hiv leven.

Naast het preventieve luik dient er een daadkrachtige screening te gebeuren, waarbij wordt ingezet om ook de niet-gediagnosticeerde groep te bereiken en te begeleiden richting behandeling. Dit is cruciaal om de verdere verspreiding van het virus een halt toe te roepen. Want dankzij de wetenschappelijke vooruitgang is hiv vandaag een chronische ziekte geworden en kunnen mensen met hiv die een niet virale lading hebben als gevolg van een effectieve behandeling een normaal leven leiden. Dit veronderstelt echter wel dat de patiënten gevonden en begeleid worden richting behandeling en opvolging.

Er is ook een enorme stigmatisering en discriminatie bestaat. Ook hier is nood aan daadkrachtig beleid dat inzet op sensibilisering en educatie.

Er liep reeds een hiv-plan van 2014 en 2020. De resultaten van het hiv-plan waren positief, met onder meer een gediversifieerder hiv-testaanbod, verbeterde beschikbaarheid van PrEP en gedeeltelijke terugbetaling in België, een onmiddellijke opstart van hiv-medicatie na diagnose die volledig is terugbetaald en bijkomende hiv Referentiecentra. Dit plan kwam in 2020 tot een einde, en tot heden blijft het uitkijken naar de volgende stappen van de federale regering inzake de introductie van een nieuw hiv-plan. In uw beleidsbrief werd de hiv-problematiek niet aangehaald.

- 1. Erkent u de noodzaak van een hiv-plan?*
- 2. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van een nieuw hiv-plan?*
- 3. Werd dit reeds op de Interministeriële Conferentie behandeld?*
- 4. Heeft u hier reeds overleg over gehad met organisaties op het veld?*
- 5. Wat is de mogelijke impact van het uitblijven van een nieuw hiv-plan?*

De **voorzitter**: Het antwoord van de minister zal u schriftelijk worden overgemaakt.

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

10 Vraag van Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)

over "De overdracht van het H10N3-vogelgriepvirus op de mens" (55018699C)

10 Question de Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La transmission à l'homme du virus de la grippe aviaire H10N3" (55018699C)

10.01 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de ingediende vraag.

Een 41-jarige man werd op 28 april in een Chinees ziekenhuis opgenomen nadat hij besmet was geraakt met de zeldzame stam van een vogelgriepvirus H10N3. De diagnose van deze besmetting werd pas een maand later gesteld. Volgens de Chinese autoriteiten werden geen andere mensen besmet en is het risico op een epidemie extreem laag. Hoewel vogelgriepvirussen maar zelden overspringen naar de mens en van mens tot mens worden overgedragen, zijn ze toch zorgwekkend. Zo had het H7N9 vogelgriepvirus dat in 2016 en 2017 toesloeg bij de mens een fataliteitsratio van 40%, wat toch wel significant hoger ligt dan deze van het coronavirus dat de wereld al meer dan een jaar teistert. Bovendien is het ook mogelijk dat genen uitgewisseld worden met humane griepvirussen. Ook de pandemie in 1918 werd door een vogelgriepvirus veroorzaakt.

Heeft u kennis genomen van de besmetting met vogelgriep bij een mens?

Zal u een initiatief nemen om meer info te verkrijgen over deze casus? Zo is bijvoorbeeld niet geweten hoe deze persoon besmet geraakte.

Hoewel H10N3 geen ernstig ziekteverloop kent bij vogels, bleek dat deze vrij jonge patiënt toch ruim een maand verzorging nodig had in een ziekenhuis, wat wijst op een ernstig ziekteverloop en dat we niet kunnen spreken over 'een griepje'. Maak de minister zich hierover zorgen?

Zal het genetisch materiaal van deze stam in detail onderzocht worden om te bekijken of hierin een verklaring gevonden kan worden voor het feit dat het zeldzame virus overgegaan is naar de mens? In hoeverre verschilt de genetische code met eerder aangetroffen H10N3 virussen?

Hoe verhoudt de minister zich tegenover de adviezen van de WHO en zal hij deze zomaar overnemen, gegeven de ervaring met de coronacrisis?

Wat zijn de ziekteverschijnselen van vogelgriep bij de mens en in hoeverre worden mensen in ons land die opgenomen worden in het ziekenhuis met dergelijke symptomen getest voor vogelgriepvirussen?

Uit welke antivirale geneesmiddelen bestaan onze nationale stock?

De **voorzitter**: Het antwoord van de minister zal u schriftelijk worden overgemaakt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 11.24 uur.

La réunion publique de commission est levée à 11 h 24.