

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 21 SEPTEMBRE 2021

DINSDAG 21 SEPTEMBER 2021

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 10 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.10 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

[01] Actualiteitsdebat over het personeelstekort in de zorgsector en toegevoegde interpellatie en vragen van

- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het personeelstekort in de zorgsector" (55020030C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verpleegkundigen" (55020478C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rekwireren van verpleegkundigen in het kader van de staking op 6 september 2021" (55020511C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verpleegkundigen" (55000171I)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan verpleegkundigen en de herwaardering van het beroep" (55020790C)

- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe sociale acties van het verplegend personeel en het lopende overleg" (55020540C)

- Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan verpleegkundig personeel" (55020859C)

[01] Débat d'actualité sur le manque de personnel dans le secteur infirmier et interpellation et questions jointes de

- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de personnel dans le secteur des soins de santé" (55020030C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infirmiers" (55020478C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les réquisitions d'infirmiers dans le cadre de la grève du 6 septembre 2021" (55020511C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infirmiers" (55000171I)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'infirmiers et la revalorisation de la profession" (55020790C)

- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouveaux mouvements sociaux du personnel infirmier et la concertation en cours" (55020540C)

- Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de personnel infirmier" (55020859C)

[01.01] **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, Le 6 septembre dernier, infirmiers et aides-soignants ont défilé dans les rues de Bruxelles dans le cadre d'actions qui constituaient un "SOS des soignants en détresse" à votre égard. Reconnaissance de la pénibilité du travail et revalorisation salariale, telles étaient les principales revendications du personnel soignant présent à cette manifestation.*

Il semblerait que des réquisitions aient eu lieu ce jour-là pour couvrir la grève et garantir ainsi la continuité des soins dans les hôpitaux belges.

En effet, quelques jours avant la manifestation, plusieurs potentiels manifestants ont reçu la visite de la police et ont été réquisitionnés afin d'aller travailler, au lieu de se rendre à la manifestation organisée par le syndicat Union4U. Plusieurs d'entre eux ont, par ailleurs, partagé la nouvelle publiquement sur les réseaux sociaux en insistant notamment sur le fait que : "Le ministre Vandenbroucke ne le montre pas, mais la police bien. Les infirmiers sont essentiels".

Si la réquisition est une action qui peut être autorisée par chaque gouverneur et chaque bourgmestre, à la demande expresse de la direction générale de chaque hôpital (qui démontre qu'il est dans les conditions pour pouvoir le faire), il n'y a toutefois aucune centralisation de ces données.

Ainsi, Monsieur le Ministre:

- Combien de soignants ont dû être réquisitionnés au total lors de la grève du 6 septembre dernier?*
- Pourriez-vous ventiler ces chiffres par secteur (hôpital ou à domicile) et par hôpital, ou à défaut par province ?*
- Pourquoi n'y-a-t'il pas de centralisation des données relatives aux réquisitions?*
- Comptez-vous pallier à cette absence de centralisation? Dans la négative, pourquoi?*
- Dans l'affirmative, comment?*

01.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, onlangs kwam een deel van het zorgpersoneel opnieuw op straat. Een van de eisen, waarop ik tijdens dit actualiteitsdebat – met flink wat afwezigen – wil terugkomen, is de erkenning van het beroep van verpleegkundige als zwaar beroep. Hebt u daar oren naar?

01.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): L'organisation des soins de santé en province de Luxembourg – une région frontalière avec le Grand-Duché – entraîne un transfert de talents de la Belgique vers le Grand-Duché de Luxembourg, principalement pour des conditions financières plus favorables. La pénurie de personnel médical s'amplifie. L'intercommunale souffre d'un déficit de 100 infirmiers et le Fonds Blouses Blanches, décidé en soutien de telles situations, permet d'en engager un complément de 70. Il y a donc un potentiel d'engagement de 170 infirmiers en province de Luxembourg. Cependant, vu la pénurie de personnel due notamment aux transferts vers le pays voisin, le besoin se situe plus dans la revalorisation du statut que dans la recherche d'infirmiers qui ne sont plus disponibles sur le marché.

Ne serait-il pas utile de pouvoir affecter tout ou une partie des moyens dégagés par le Fonds Blouses Blanches à l'amélioration de ce statut?

Le **président**: Ceci clôture le tour des questions. Si des représentants d'autres groupes souhaitent poser des questions ou répliquer, ils peuvent prendre la parole.

01.04 **Hervé Rigot** (PS): Nous nous trouvons effectivement dans un contexte de pénurie et de démotivation du personnel infirmier. Beaucoup d'actions positives ont d'ores et déjà été menées par vous et par le Parlement – notamment avec le Fonds Blouses Blanches – pour améliorer la situation. Mais aujourd'hui, le personnel est en attente de résultats. Il a sans doute le sentiment que les actions mises en place restent abstraites sur le terrain. Or, ce n'est pas le cas. On doit certainement développer une bonne information et une bonne communication sur ce qui est entrepris.

À ce titre, pourriez-vous nous faire un état des lieux sur ce qui a déjà été fait, ce qui est actuellement en cours et ce que vous envisagez de faire dans les mois à venir pour motiver le personnel soignant à rester dans ses fonctions et pour renforcer l'attractivité du métier et donc, éviter cette pénurie?

Lors d'un dernier débat, nous avons abordé la question de l'Institut de Classification de fonctions (IFIC) et des conséquences de ce contexte pour le personnel infirmier spécialisé. Vous vous étiez engagé à discuter avec les syndicats pour tenter de trouver une réponse à ce problème qui touchait à certes, une minorité d'infirmiers spécialisés, mais non sans conséquences, même si la réforme de l'IFIC est profitable à un grand

nombre de membres du personnel.

Dernièrement, vous aviez évoqué la mise en œuvre d'un groupe de travail spécifique afin de réfléchir à une façon de lutter contre la pénurie du personnel infirmier. Où en est ce groupe de travail? A-t-il été mis en place? Dans l'affirmative, qui sont les membres participants à ce groupe de travail et quel est leur agenda?

Le **président**: Monsieur Rigot, je vous remercie. Je rappelle la règle selon laquelle, dans le cadre des débats d'actualité, un membre d'un groupe politique n'ayant pas posé de question peut intervenir au cours du débat. Mais il devra choisir entre les questions et les répliques. C'est un peu étrange, mais c'est le Règlement.

01.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, om te beginnen wil ik graag zeggen dat ik de bezorgdheden van het personeel in onze ziekenhuizen, in het algemeen en in het bijzonder die van de verpleegkundigen, goed beluister en belangrijk vind. Ik meen dat we al het mogelijke moeten doen om daaraan tegemoet te komen. Dat betekent dat we mensen die in de gezondheidszorg werken niet alleen de waardering, maar ook de ondersteuning moeten geven die ze verdienen. Dat geldt voor zorgpersoneel in het algemeen, en natuurlijk ook voor de verpleegkundigen, op wie nogal wat gestelde vragen betrekking hebben.

U weet dat wij sinds het begin van de regeerperiode een ongeziene investering doen in het zorgpersoneel. Er is meer dan één miljard euro aan structurele middelen uitgetrokken: 600 miljoen in het kader van de uitrol van het sociaal akkoord, 400 miljoen in het kader van het Zorgpersoneelfonds. Daarnaast is ook – eveneens als blijk van erkenning voor het zorgpersoneel – voorzien in een consumptiecheque, die we intussen ook uitrollen, en in een eenmalige aanmoedigingspremie, waartoe we eind vorig jaar beslist hebben, van 985 euro bruto maximaal, wat het bedrag is voor wie voltijds werkt. Die premies zijn intussen ook aan de betrokken zorgverleners uitbetaald.

Ik zal zo dadelijk bij het tweede actuadebat meer zeggen over de rapportering met betrekking tot het Zorgpersoneelfonds; de twee vragen hangen nogal sterk samen, en we kunnen inderdaad kritisch staan tegenover de lacunes die nog bestaan in de rapportering. Daarover dadelijk meer, maar ik denk dat het onmiskenbaar is dat er dankzij het Zorgpersoneelfonds intussen belangrijke inspanningen op het terrein gebeuren. Die inspanningen zijn doelgericht: ik verwijs bijvoorbeeld naar de doelstelling om de hoofdverpleegkundigen uit de financieringsnorm te halen. Dat betekent dat we vanuit de federale overheid structureel in het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen gemiddeld één extra voltijdse verpleegkundige financieren, en dat ziekenhuizen dus op elke dienst gemiddeld één extra verpleegkundige kunnen aanwerven. Dat betekent dat sommige zware diensten, zoals intensieve zorg, echt wel ontlast worden door extra handen.

Wat het sociaal akkoord betreft, u weet dat er al enige tijd geleden in de private sector een akkoord was om de nieuwe functieclassificatie te implementeren vanaf juni 2021. Gemiddeld leidt dat tot een loonsverbetering en de betrokken mensen zullen dat ook voelen. Voor de publieke sector is er pas onlangs een akkoord tot stand gekomen. Dat moet nog door het comité A worden bekrachtigd, maar het is wel een akkoord dat de loonsverhogingen op basis van het IFIC-systeem met terugwerkende kracht vanaf 1 juli zal implementeren. Dat wordt dus echt wel voelbaar.

Daarnaast worden door de sector heel wat legitieme vragen gesteld met betrekking tot de aantrekkelijkheid van het beroep, met name van het beroep van verpleegkundige. Dat is ook de reden waarom wij samen met de sociale partners van de publieke en de private sector een specifieke werkgroep hebben opgericht, Attractiviteit van de zorgberoepen.

Deze werkgroep zal het werk in de komende weken versnellen met de bedoeling om tot concrete maatregelen te komen die de kwaliteit van de verschillende beroepen in de zorg zowel op de korte als op de middellange termijn kunnen versterken. Daarbij trachten we een aantal zaken te objectiveren op basis van concrete cijfers. De administratie is die cijfers nu aan het verzamelen.

Specifiek voor de verpleegkundigen wordt er daarnaast op heel korte termijn een taskforce opgericht met de deelstaten, de verpleegkundige beroepsorganisaties en het onderwijsveld omtrent de verpleegkundige opleidingen. Een van de leidraden van deze werkgroep is de identificatie van maatregelen ter verhoging van de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige.

Madame Fonck, monsieur Rigot, en ce qui concerne les questions précises sur l'IFIC, je me permets d'insister à nouveau sur le fait que le système IFIC est évolutif. Environ 10 % des fonctions sont revues chaque année. Cela peut entraîner une modification de catégorie barémique vers un niveau plus élevé. Ce sont le contenu des tâches et le descriptif de fonctions IFIC qui permettent de déterminer un score et une catégorie IFIC et par là-même un barème.

Le positionnement de certaines fonctions infirmières en catégorie 14 et d'autres en catégorie 15 est le résultat de ce travail de description et de pondération selon la méthodologie IFIC validée de manière paritaire par les partenaires sociaux.

Dans le cadre de l'exécution de l'accord social 2021-2022, les discussions tripartites sur les améliorations possibles à apporter au modèle salarial IFIC avec les partenaires sociaux sont en cours. Il s'agit notamment de définir des incitants (peut-être de nouveaux incitants) qui permettent de soutenir le travailleur qui continue à se former et se spécialiser au sein de notre système soins de santé. Ce travail s'effectue en veillant à maintenir la cohérence avec le système IFIC mis en place et dans la garantie d'un financement correct et durable de la solution apportée.

En résumé, plusieurs groupes de travail sont en cours: un groupe de travail dans la concertation sociale sur le déploiement de l'accord social 2020; des groupes de travail IFIC; un groupe de travail pour le suivi et l'amélioration du modèle IFIC et dans lequel la question de spécialisation est également examinée; un groupe de travail spécifique concernant le déploiement de l'IFIC dans le secteur public; un groupe de travail sur l'amélioration qualitative des conditions de travail et l'attractivité des professions de santé; la *task force* interfédérale sur la formation des infirmières en collaboration avec les entités fédérées, les organisations professionnelles et l'enseignement.

En ce qui concerne le *timing*, madame Taquin, nous espérons obtenir des résultats concrets pour tous ces groupes de travail d'ici la fin de l'année.

En ce qui concerne les questions de Mme Rohonyi quant au nombre de personnes qui ont manifesté ou qui ont été réquisitionnées. À vrai dire, madame Rohonyi, je ne dispose pas de ces chiffres. Selon une estimation de la zone de police de Bruxelles-Ixelles, il y avait environ 260 manifestants lors de l'action "SOS des soignants en détresse". C'est ce que j'ai lu mais je ne dispose pas de données précises. Je n'ai pris aucune initiative en ce qui concerne ces manifestations ou les actions de grève.

01.06 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, même si je me dois d'avouer que je reste cruellement sur ma faim car ma question visait précisément à avoir une vue objective de l'impact de ces réquisitions auprès du personnel infirmier. Cela me semblait fondamental, non pas parce que je suis friande de chiffres mais parce que, certes, les arrêtés de réquisition que vous avez pris permettent de garantir une continuité des soins.

01.07 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, je n'ai pas pris d'arrêté de réquisition.

01.08 Sophie Rohonyi (DéFI): Pardon? Des arrêtés royaux permettent de requérir du personnel soignant pour garantir la continuité des soins. C'était en tout cas votre volonté.

01.09 Frank Vandenbroucke, ministre: Je ne vois pas de quoi vous parlez.

01.10 Sophie Rohonyi (DéFI): Sur quelle base le personnel soignant, le personnel infirmier a-t-il alors été réquisitionné en juin dernier dans différents hôpitaux et dans le courant du mois de septembre lors des grèves des 10 et 11 septembre?

01.11 Frank Vandenbroucke, ministre: Ce sont des arrêtés qui existaient déjà avant la mise en place de ce gouvernement-ci. J'ai n'ai donc pas pris d'arrêté. Par ailleurs, je crois qu'il s'agissait d'une décision d'un gouverneur, pas de moi. Soyons clairs!

01.12 Sophie Rohonyi (DéFI): Ce que j'essaie de vous dire, monsieur le ministre, c'est que ces arrêtés, quels qu'en aient été les auteurs, permettent d'assurer une continuité des soins au profit des patients.

Le problème, c'est qu'aujourd'hui, lorsque les infirmiers sont réquisitionnés, ils n'ont pas la possibilité de se faire entendre parce qu'aujourd'hui, il n'y a plus que la grève, lorsqu'ils peuvent l'observer en tout cas, qui

leur permette de se faire entendre auprès de vous. Ils n'ont pas pu la faire au mois de juin dernier, ni en septembre, de sorte que beaucoup d'entre eux se considèrent "muselés", ce sont leurs mots.

Pour reprendre les éléments que vous nous avez expliqués tout à l'heure, il est vrai que des fonds ont été débloqués et que des primes – encore heureux – ont pu être accordées aux infirmiers pour les soutenir et répondre à ce gros problème de pénurie, et pour augmenter les effectifs, sauf que dans le même temps, vous avez accompli des démarches à leur encontre qui, finalement, vont réduire à néant votre objectif d'augmenter les effectifs. En effet, si dans le même temps, vous adoptez des lois portant délégation d'actes infirmiers, si dans le même temps, vous adoptez une réforme IFIC qui est décriée et déplorée par le secteur lui-même, ce n'est pas comme cela que vous allez rencontrer votre objectif d'augmentation des effectifs.

J'entends qu'il y a une volonté de votre part de constituer un groupe de travail. Vous nous dites qu'il est en train de travailler. On ne sait pas vraiment sur quoi. On ne sait pas vraiment avec qui ni selon quel calendrier. Moi, j'aimerais quand même qu'il y ait des choses concrètes sur la table et notamment un point sur lequel votre accord de gouvernement est complètement muet, à savoir la reconnaissance de la pénibilité du métier.

Je vous remercie.

01.13 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse même si j'avais posé une question précise, à savoir la reconnaissance du métier d'infirmier comme métier lourd. Vous n'avez pas répondu à ma question.

Je vous entends aussi dire qu'il y a pas mal de commissions en cours avec une échéance pour fin 2021. J'en conclus indirectement que d'ici le budget qui va arriver, il n'y a rien de prévu, aucune décision prise à ce propos. Je pense que les demandes sont pourtant assez claires. Il s'agit d'abord de reconnaître la fonction comme métier pénible. En deuxième lieu, il s'agit aussi du problème de la réforme IFIC à la suite de la crise du covid et face à la situation actuelle. La réforme de l'IFIC comporte certes des éléments très positifs mais elle a aussi comme corollaire que certains métiers ne sont pas revalorisés dans le cadre de ces accords. Cela reste un problème pour l'attractivité de ces fonctions. J'entends bien que, pour le moment, vous n'allez pas venir avec une proposition concrète à la suite de ces revendications.

01.14 **Benoît Piedboeuf** (MR): Monsieur le ministre, je suis désolé, je ne voudrais pas être discourtois mais je ne peux pas vous remercier pour votre réponse car vous ne m'avez pas répondu. Je visais spécifiquement la situation frontalière, avec le passage de travailleurs médicaux d'un pays à l'autre. Étant donné que vous ne me répondez pas, ce point a-t-il été évoqué lors des accords de la Gaichel? La coopération transfrontalière va-t-elle y apporter une réponse?

Si tel n'est pas le cas, est-il envisageable qu'une partie des fonds affectés pour l'engagement d'infirmières qui, effectivement, n'existent pas puisqu'on observe un déficit de 170, soit affectée à une revalorisation? Je pense qu'il s'agit là d'un aspect fondamental. On ne peut pas, simplement parce qu'on est loin, oublier ce problème spécifique. Si nécessaire, je reviendrai sur le sujet afin d'obtenir une réponse à ces questions.

01.15 **Frank Vandenbroucke**, ministre: M. Piedboeuf, je m'excuse, mais il est vrai que j'ai donné une réponse très générale. Je ne dispose pas d'une solution toute faite pour améliorer la situation d'un point de vue régional ou sous-régional au travers de mesures spécifiques pour cette région. Il n'existe pas de réponse toute faite, à vrai dire.

Lors du sommet avec le gouvernement luxembourgeois, nous avons signé un accord de coopération qui concerne les soins de santé, mais qui s'oriente principalement vers ce que l'on offre aux patients des deux côtés de la frontière. Il n'y avait pas d'action ou d'initiative spécifique en ce qui concerne le personnel soignant. Si ma réponse vous déçoit, je ne peux pas vous contredire. À vrai dire, je trouve qu'il est assez difficile de prévoir une solution sous-régionale ou régionale pour ce qui concerne l'attractivité du métier.

01.16 **Benoît Piedboeuf** (MR): Monsieur le président, si je peux me permettre, je comprends bien votre réponse. Au début de la crise sanitaire, j'étais intervenu auprès du ministre de la Santé et du Premier ministre luxembourgeois afin qu'ils arrêtent le débauchage, car nous manquions de personnel de soins en province de Luxembourg. Ils ont effectivement recommandé aux hôpitaux de ne plus débaucher des infirmières et des médecins. Ils ont réagi, certes, mais leur réaction était ponctuelle.

Je comprends bien votre réponse, mais on le fait en matière économique: on installe des zones franches à certaines endroits qui sont défavorisés. Ici, on ne se trouve bien évidemment pas dans une région défavorisée, mais le différentiel est tel que, compte tenu d'une série d'autres éléments tels que l'organisation des soins et le fonctionnement, il existe vraiment un élément propre à une région frontalière lorsque le voisin a des capacités d'attraction très fortes.

Il y a quelques années les mauvais médecins partaient vers le Grand-duché du Luxembourg mais aujourd'hui, ce sont les meilleurs à cause du carnet de chèques. Le différentiel est tel que cela pose un problème. Ou bien l'on décide de supprimer des hôpitaux tout en passant des accords pour envoyer nos patients au Grand-duché ou bien l'on permet un différentiel, au travers de fonds tel que celui dont le Fonds blouses blanches consacre le modèle, afin de garder du personnel de soin chez nous. Je vous remercie pour votre réponse

01.17 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, we zijn het er allemaal ongetwijfeld over eens dat, als we niets doen, we ook alsmaar meer van het resterende zorgpersoneel zullen opbranden. Op die manier zullen we ook nooit de vicieuze cirkel waarbij alsmaar meer zorgpersoneel de sector verlaat voor lucratievere jobs die bovendien een betere work-lifebalance bieden. Een aanzienlijk aantal van onze collega's zal ongetwijfeld op de werkvloer de klacht van heel wat zorgverstrekkers hebben gehoord dat zij van de vrijgemaakte middelen, en dus het beloofde extra personeel dat er volgens de statistieken zou moeten zijn, in de praktijk niet veel zien.

Wij mogen dus zeker concluderen dat enkel een betere verloning niet zaligmakend is en dat er meer zal moeten worden ingezet op de werving van meer studenten voor de zorgopleidingen en op de herscholing van werkzoekenden naar de zorgsector. De bevoegdheid om vraag en aanbod op dat vlak op mekaar af te stemmen, ligt niet alleen bij u, mijnheer de minister, maar ook bij uw collega-minister Dermagne, en bij uw regionale collega-ministers bevoegd voor onderwijs en de werkgelegenheidsagentschappen.

Afrondend, het verheugt mij dat u bezorgd bent om de personeelsleden in de zorg en dat u een aantal initiatieven aankondigt. Maar eerst zien en dan geloven, zoals men in de zorgsector zegt. Wij zullen de kwestie strak opvolgen en u daarover nog bevragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Actualiteitsdebat over het Zorgpersoneelfonds en toegevoegde vragen van

- **Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55020303C)**

- **Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55020426C)**

- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55020477C)**

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het evaluatierapport betreffende de besteding van de middelen van het Zorgpersoneelfonds" (55020501C)**

02 Débat d'actualité sur le Fonds Blouses Blanches et questions jointes de

- **Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds blouses blanches" (55020303C)**

- **Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds blouses blanches" (55020426C)**

- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds blouses blanches" (55020477C)**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport d'évaluation concernant l'affectation des moyens du Fonds blouses blanches" (55020501C)**

02.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, het Zorgpersoneelsfonds moet voorzien in middelen om extra mensen te werk te stellen in de zorg. In het vorige actuadebat werd al benadrukt dat die nood er ook vandaag nog altijd is.

Het overgrote deel van de voorziene 402 miljoen euro gaat naar tewerkstelling in dienstverband, maar er is ook 48 miljoen euro voorzien voor extra zelfstandige thuisverpleegkundigen. Vandaag zijn in ons land 20.000 gediplomeerde verpleegkundigen die niet werken in de zorg en de bedoeling is door bijscholing dat

potentieel aan mogelijke werkkrachten toe te leiden naar het zelfstandig verpleegkundig beroep en daarvoor te voorzien in de nodige bijscholing.

Op 21 december 2020 werd door de sector een voorstel aan de diensten van het RIZIV overgemaakt met een plan over hoe die bijscholing, zowel theoretisch als praktisch, eruit moet zien en met een budgettaire berekening van de mogelijke vergoeding van de mentoren en de mogelijke premies voor de verpleegkundigen. Tot op heden is er vanuit het RIZIV nog geen reactie gekomen op dit voorstel.

Mijnheer de minister, ik verneem graag van u waarom dit voorstel nog niet met de sector werd besproken. Binnen welke termijn zou dit dan wel worden geagendeerd in de geëigende commissie van het RIZIV? Wanneer kan met dit project van start worden gegaan?

Le président: M. Bacquelaire est absent et Mme Fonck est excusée.

02.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, enkele weken geleden kregen wij in onze mailbox een eerste evaluatie van de besteding van het Zorgpersoneelfonds.

Het is goed er met enige fierheid aan te herinneren dat de PVDA aan de oorsprong ligt van het Zorgpersoneelfonds. U zal zich herinneren dat in oktober 2019 hier in het halfroond het Zorgpersoneelfonds werd goedgekeurd. Daarna werd het fonds ook vast in de begroting ingeschreven.

De vraag kwam er naar aanleiding van het rapport. Ik had daarover een heel aantal vragen ingediend. Vanochtend hebben wij in de commissie voor Gezondheid evenwel beslist een diepgaander gesprek in te plannen over de besteding van de middelen. In het rapport staat dat 4.500 jobs zijn gecreëerd door het Zorgpersoneelfonds. Er blijven echter nog een heel aantal vragen.

De vraag vandaag is de volgende. Wat is uw eerste reactie op het rapport?

Daarna zullen wij er normalerwijze in een volgende fase in de commissie nog iets dieper op ingaan.

De **voorzitter**: Wil nog iemand het woord nemen? *(Neen.)*

Mijnheer de minister, u krijgt het woord.

02.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Merckx, ik zal eerst een woordje zeggen over de zelfstandigen.

Op dit ogenblik zijn besprekingen aan de gang met vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties van thuisverpleegkundigen, die zitting hebben in de Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen-Verzekeringsinstellingen bij het RIZIV, en het RIZIV. Er worden dus verschillende pistes verkend met de sector om de middelen van het Zorgpersoneelfonds te kunnen besteden voor zelfstandige thuisverpleegkundigen.

Ter zake is onder meer sprake van het gebruiken van een deel van de middelen ter ondersteuning van intrede en herintrede, waarnaar u terecht hebt verwezen, mijnheer De Caluwé. Op dit ogenblik ontwikkelt zich ter zake nog een relatief complex verhaal, dat nader moet worden uitgediept en operationeel gemaakt.

Er is ook sprake van een mogelijkheid tot ondersteuning van administratieve lasten. Ook dat moet echter nog worden gepreciseerd.

De bedoeling is om het dossier rond de vraag wat wij kunnen doen voor de zelfstandige thuisverpleegkundigen op basis van de middelen van het Zorgpersoneelfonds in de loop van de herfst van 2021 grondig te ontwikkelen.

Over de vorming wil ik nog het volgende meegeven.

En ce qui concerne le budget affecté à la formation du personnel soignant et une proposition qui aurait été déposée, je ne peux, monsieur de Caluwé, y répondre sans préparation. Je n'ai pas de réponse, je l'avoue. Je peux vous dire à ce sujet que des moyens y sont alloués dans le cadre de l'affectation des moyens non récurrents du Fonds Maribel à la formation, le plus connu étant le projet 600 et des moyens en provenance

du Fonds blouses blanches.

Les projets mis en place quant à cette formation sont multiples et attirent de nombreux candidats. Actuellement, un groupe de travail se penche sur les sujets de l'attractivité des professions de santé et de la question relative à l'appel d'un nouveau public pour le secteur des soins.

Specifiek met betrekking tot het project voor de werkzoekenden kan ik u zeggen dat 400 werkzoekenden een opleiding tot verpleegkundige of verzorgende kunnen starten. Ze krijgen een beurs van 1.500 euro. Het project wordt in verschillende fases uitgevoerd.

Quant au non-rapportage de certains hôpitaux concernant l'utilisation des moyens du Fonds blouses blanches – je crois que c'est surtout Mme Merckx qui veut des éclaircissements en la matière -, je peux dire que de nombreux rappels ont été envoyés aux douze hôpitaux qui n'ont pas répondu à la demande de rapportage. Malheureusement, aucun rapport n'a été communiqué au SPF Santé publique par ces derniers. Ils devront expliquer cette absence de communication aux membres de leurs organes de concertation lors du rapportage annuel.

Comme indiqué dans le rapport que je vous ai fait parvenir, les budgets de 2019 et de 2020 ont été utilisés pour créer de l'emploi. Dans les hôpitaux, 65 % des nouveaux emplois temps plein concernent une fonction d'infirmier ou d'aide-soignant et 35 % concernent des fonctions de soutien comme du personnel administratif, du personnel d'entretien, des assistants en logistique, des fonctions paramédicales ou encore des brancardiers.

La ventilation des engagements de l'année 2019 est la suivante: pour les hôpitaux privés, environ 75 % de personnel infirmier et aide-soignant et 24 % de personnel de soutien; pour les hôpitaux publics, environ 88 % de personnel infirmier et aide-soignant et 12 % de personnel de soutien.

En ce qui concerne le budget octroyé au Fonds Maribel 330 en 2019, soit un peu plus de 42 millions, il a servi aussi bien au secteur hospitalier (39 millions) qu'au secteur des services et de soins à domicile (trois millions d'euros), soit un total de 42 millions. En 2020, le budget transféré au Fonds 330, soit 38,6 millions, est réparti entre la partie relative à la formation dans tous les secteurs (21,5 millions) et une partie relative à la création d'emplois dans les services de soins à domicile (un ratio de 17,1 millions). Cela représente un total de 38,5 millions pour toutes les mesures du Fonds blouses blanches de la compétence du Fonds Maribel.

Hoewel de lijst met de te verstrekken informatie in overleg tussen de sociale partners tot stand is gekomen, mevrouw Merckx, hebben sommige ziekenhuizen niet alle gevraagde informatie doorgestuurd. Ze dienen tijdens de jaarlijkse rapportering dus een toelichting te geven ten behoeve van hun overlegorgaan.

Wat de gevraagde detaillering betreft, moet worden aangegeven dat de rapporten niet altijd in een vorm waren die het mogelijk maakte om bruikbare informatie te extraheren. We weten dat in 2019 1.030 voltijdse eenheden zijn gecreëerd, maar we weten niet hoeveel er zijn vernieuwd. Tijdens de rapportage van dit jaar zullen we weten of de banen voor 2020 aangehouden zijn tot 2021. Zo wordt ook in sommige rapporten melding gemaakt van nettobanencreatie op basis van een vergelijking van het aantal VTE's in 2018 en 2019, enerzijds, en het aantal VTE's in 2020, anderzijds, voor alle functies samen. Die informatie is echter niet in alle rapporten aanwezig. Wij hebben dus eigenlijk geen duidelijk beeld van de nettojobcreatie zoals die precies eruit heeft gezien.

Vanaf 2021 wordt een model van rapportering ingevoerd, zodat de verwerking van de ontvangen gegevens gemakkelijker kan verlopen. Informatie met betrekking tot het in het ziekenhuis aanwezige personeel wordt jaarlijks binnen de drie maanden na de afsluiting van de rekeningen voorgelegd aan het sociaaloverlegorgaan en de vakbonden. Die informatiedeling bestond al voorafgaand aan de creatie van het Zorgpersoneelfonds. De cijfers die betrekking hebben op het fonds worden door de wet in die informatievervalsing geïntegreerd.

Wat de specifieke vraag over het verschil tussen de contract-VTE's en de betaalde VTE's betreft, de contract-VTE's zijn het aantal VTE's volgens het criterium van de arbeidsovereenkomst. De betaalde VTE's, anderzijds, komen wel het dichtst bij de realiteit op het terrein, omdat dat cijfer ook rekening houdt met het ziekteverlof van meer dan 30 dagen, onbetaald verlof, enzovoort.

Er is door het Zorgpersoneelfonds een budget van 289.415.303 euro verdeeld over de ziekenfondsen, met een verdeelsleutel die rekening houdt met het ziekenhuispersoneel. Geen enkel ziekenhuis krijgt meer dan de verkregen financiering en het eventueel resterende saldo moet worden aangewend zoals voorzien in de wetwijziging van 2021.

Door de late publicatie van de wet van 30 juni 2020 kwamen de budgetten pas laat ter beschikking van de verschillende instellingen en sectoren. Dat verklaart in sommige instellingen een saldo. Daarnaast kampen we sinds het uitbreken van de crisis met een acuut tekort aan verpleegkundigen in de zorg.

Het saldo van de 89 ziekenhuizen waarnaar werd verwezen in de vraag bedraagt 61.376.363,49 euro. Ongebruikte bedragen worden door de zorginstellingen bewaard om in het kader van voorafgaand lokaal overleg punctuele maatregelen te nemen ter versterking van de zorg, de zorg aan het bed van de patiënten. Deze bedragen moeten uiterlijk in het tweede jaar volgend op het jaar waarop ze betrekking hebben worden besteed, dus respectievelijk in 2022 en 2023, ingevolge de bepalingen van de wet van 9 mei 2021 tot wijziging van de wet van 9 december 2019 tot oprichting van een Zorgpersoneelfonds.

02.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, het is goed dat wij de evaluatie van het Zorgpersoneelfonds grondig zullen doen in de commissie. Bij de goedkeuring van dit voorstel waren wij daar vragende partij voor.

Het is ook goed dat de thuisverpleging een plaats heeft binnen dit Zorgpersoneelfonds. Ik ben er immers van overtuigd dat er onder andere via de thuisverpleging bespaard kan worden in de gezondheidszorg en dat dit het comfort van de patiënt verhoogt. Iedereen wordt het liefst zo lang mogelijk thuis behandeld, maar daarvoor is er natuurlijk goede thuiszorg nodig.

De zelfstandige thuisverpleging is daarin een belangrijke schakel, ik ben blij om te horen dat er intussen overleg wordt gepleegd met de sector en dat er wordt bekeken hoe de middelen op een efficiënte manier kunnen worden ingezet. Het is ook belangrijk dat de administratieve lasten van die zelfstandige thuisverpleegkundigen worden verminderd.

02.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Ik ben verbaasd te horen dat de Open Vld nog altijd wil besparen in de gezondheidszorg. Ik dacht dat het de bedoeling was om zo goed mogelijke zorg aan de patiënten te leveren, maar daartegenover staan natuurlijke middelen. Sommigen blijven evenwel in de besparingslogica hangen.

Mijnheer de minister, bedankt voor de details die u hebt gegeven, we zullen er in de commissie nog wel uitgebreider op ingaan. Op een honderdtal ziekenhuizen hebben er 12 geen cijfers gegeven, dat is toch een belangrijk aantal. U bent voor transparantie, het zou goed zijn mochten wij te weten komen welke ziekenhuizen geen cijfers hebben gegeven. Deze situatie kan volgens mij niet blijven duren.

Ik heb ook begrepen dat er van 2020 eigenlijk nog een saldo van 61 miljoen over is, dat dus nog niet gebruikt is. Dat betekent dus dat er nog meer jobs gecreëerd kunnen worden en dat – zoals wij reeds vermoedden – die 1.030 jobs van 2019 niet per se verlengd zijn in 2020. Dat is ook een belangrijk punt, want het doel van het Zorgpersoneelfonds is natuurlijk om jobs te creëren die langdurig zijn en niet kortdurig. We weten dat dat ook deels gebeurd is om te reageren op de covidcrisis en dat het niet altijd volwaardige jobs waren. Het is nu echter tijd om er in 2021 voor te zorgen dat het gebruikt wordt om in de verschillende diensten rond de patiënt meer personeel te hebben. We zullen dit verder mee blijven opvolgen.

02.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is een beetje een mager beestje voor een zeer ambitieus plan. Ik vind het bijzonder om de collega van Open Vld te horen zeggen dat thuisverpleging zo belangrijk is en dat de regering er zo hard op wil inzetten, terwijl u vandaag de gesprekken erover eigenlijk nog moet starten. We hebben 48 miljoen ingeschreven voor de thuisverpleegkundigen. 48 miljoen. Zij hebben de covidcrisis doorstaan en hebben daarin heel puik werk geleverd, terwijl u nog niet eens bent begonnen aan de herziening van de nomenclatuur.

Met de uitbetaling van de extra kosten voor de persoonlijke beschermingsmiddelen bent u gestopt in november 2020. U heeft nog geen akkoord met uw collega-minister van Begroting om de tegemoetkoming, die eigenlijk al beslist is, uit te kunnen betalen. U laat die mensen dus in de kou staan en u geeft aan dat jullie een overleg zijn gestart en ertoe zullen komen dat er meer opleiding en begeleiding zal zijn. Tot op

heden hebben die mensen echter niets. Geen respect, maar ook geen middelen om meer thuisverpleegkundigen te motiveren om de overstap te maken. Dat was immers de bedoeling. Velen zijn uit de job gestapt omdat ze niet meer bereid waren om die zware taak op zich te nemen. U geeft hun geen perspectief. Dat is een heel pijnlijke zaak.

Daarnaast stel ik vast – we hebben het in de memorie van toelichting meegenomen – dat er ook middelen zouden kunnen gaan naar de centra voor slachtoffers van seksueel geweld, opgestart door toenmalig staatssecretaris Zuhair Demir. Ik hoor daar niets over. Er zijn nog geen stappen ondernomen om extra mensen op te leiden om in die centra voor die slachtoffers te zorgen, terwijl we ons in een coronacrisis bevinden waarvan geweten is dat ze het intrafamiliaal en seksueel geweld heeft doen toenemen.

Het is misschien dus wel een heel ambitieus plan geweest, dat wij samen hebben opgesteld, maar het werd niet uitgewerkt. Dat is nu absoluut een gemiste kans. Wat mij vooral ongerust maakt, mijnheer de minister, is uw antwoord dat u geen duidelijk beeld hebt van de nettojobcreatie, noch van het nettoaantal handen aan het bed van de patiënt dat u bij gecreëerd hebt. In uw bevraging zult u namelijk ook niet onderzoeken of u niet nog extra middenkaders hebt aangeworven, in plaats van ziekenverzorgers en verpleegkundigen aan het bed van de patiënt. Dat was nochtans de bedoeling. Ik ben zeer blij dat wij in de commissie een grondige evaluatie zullen krijgen, op voorstel van de collega. Daarbij zal het heel belangrijk zijn te weten of wij over de juiste data beschikken en of wij effectief kunnen meten hoeveel handen aan het bed van de patiënt wij bij gecreëerd hebben, door een vrij grote extra financiële inspanning. Die moet de patiënt absoluut ten goede komen.

De **voorzitter**: Wenst nog iemand het woord? (Nee)

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les numéros INAMI" (55020359C)

- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les 700 lauréats supplémentaires des examens d'entrée de médecine et dentisterie" (55020397C)

- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le quota de médecins" (55020469C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'examen d'entrée en médecine et les quotas INAMI" (55020512C)

03 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-nummers" (55020359C)

- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De 700 extra laureaten bij het toelatingsexamen geneeskunde en tandheelkunde" (55020397C)

- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het artsencontingent" (55020469C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het toelatingsexamen geneeskunde en de RIZIV-quota" (55020512C)

03.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, als u mij ziet, dan weet u meteen over welk dossier het gaat, want ik ben eigenlijk geen lid van deze commissie. Ik kom u nog eens vragen stellen over de artsenquota. Die belanden immers stilaan in een straatje zonder einde, dat zal ook u moeten toegeven.

Ik ga niet weer van a tot z uitleggen wat mij stoort in dit dossier maar er is een nieuw element, namelijk de uitslag van het ingangsexamen aan Franstalige kant. Dit jaar komen we aan maar liefst 1.277 geslaagden. Ik weet uiteraard dat daar 222 buitenlandse studenten bij zijn, daar ben ik mij goed van bewust. Toch is dat nog steeds het dubbele van het aantal dat op termijn zou mogen afstuderen. Het slaagpercentage ligt echter veel hoger dan 50 %, waardoor we alweer met een overtal aan artsen zullen zitten. Dat kan men nu al voorspellen.

Het quotum van 30 % voor buitenlandse studenten werd terecht ingevoerd in Franstalig België. Het eerste jaar al blijkt dit heel gemakkelijk te volgen, men is er meteen in geslaagd. De wet is goedgekeurd en het volgende jaar wordt het quotum meteen gehaald. Twintig jaar geleden is er een andere wet met quota

goedgekeurd maar die worden keer op keer niet gehaald.

Mijnheer de minister, u heeft onlangs, zonder dat het al te veel opviel, twee KB's uitgegeven die voor dit jaar nog maar eens een generaal pardon opleverden en die ook niet al te duidelijk waren over de toegelaten instroom. U weet heel goed dat er jaren geleden een compromis is bereikt, met heel veel moeite en toegevingen, waarbij werd gezegd dat men het overtal aan Franstalige artsen over heel wat jaren heen zou laten afbetalen door een quotum van 505 plaatsen in te stellen aan het einde van het jaar.

Mijnheer de minister, wat is uw reactie op het aantal studenten dat ook dit jaar weer kan beginnen? Heeft u daarover contact gehad met uw Franstalige collega? Dat aantal ligt immers ver boven de afspraken. Gaat u, zoals afgesproken in een vorige legislatuur, vasthouden aan die 505 plaatsen om het overtal uit het verleden te compenseren?

U heeft het over responsabiliseringsmechanismen tegen uiterlijk 2022. Dat is een fantastische term die ik zelf ook vaak gebruik maar het is uiteraard weinig concreet. Ik wil graag van u horen wat dit nu precies zal betekenen.

Ten derde, als men wacht tot 2022, dan wordt alles weer een jaar vooruitgeschoven. Ik vraag mij dus eigenlijk af of u bij deze het generaal pardon van vorig jaar al heeft toegekend. Er is immers ook dit jaar weer onwil getoond bij het bepalen van het toegelaten aantal studenten.

De **voorzitter**: Mevrouw Pas heeft zich verontschuldigd.

03.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le président, monsieur le ministre, la discussion sur la limitation des numéros INAMI et du numerus clausus a repris récemment lorsqu'il a été annoncé que quelque 1 100 étudiants en médecine pourraient commencer leur formation en Communauté française. Immédiatement, la N-VA a pointé du doigt cette "provocation francophone". Je regrette que, dans ce dossier, on adopte encore des positions politico- politiciennes car les choses évoluent dans le temps. En effet, la crise du corona a démontré qu'il n'y a pas du tout trop de médecins généralistes. Il est donc peut-être temps de s'interroger à propos des décisions prises il y a vingt ans.

Je vois tous les jours sur le terrain ce que la pénurie de généralistes signifie concrètement pour l'accessibilité des soins, et ce tant en Wallonie qu'en Flandre. Par exemple, quand un patient déménage, il a toutes les peines du monde à trouver un nouveau médecin traitant.

Je voudrais évoquer ici les propos tenus par Emmanuel André lors de son audition au sein de la commission Covid. Il a souligné le vieillissement de la population et celui du corps médical. Comme lui, je constate le départ à la retraite de nombreux médecins, et je travaille dans une région qui est plutôt urbaine. En outre, il y a le contexte épidémique, sans parler de toute une série d'actions de prévention que les médecins devraient réaliser. Un renforcement du corps médical est donc indispensable.

Par ailleurs, selon les calculs effectués par la Commission de planification, il n'y aurait que 6 063 médecins généralistes en 2037. C'est beaucoup trop peu.

En ce qui me concerne, je souhaite faire abstraction de cette opposition francophones/néerlandophones et de l'idée qu'il faut moins de médecins. N'est-il pas temps aujourd'hui de changer la donne et d'avoir une vraie planification? Est-il logique de limiter les vocations médicales alors que l'on sait que nombreux sont les défis en matière de médecine? Monsieur le ministre, quels sont vos plans?

03.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik wil in de eerste plaats tegen mevrouw Merckx zeggen dat planning van het aanbod en een goede oriëntatie van de opleidingen op de behoeften die er zijn in de samenleving, veronderstelt dat men het proces beheerst en dat men er goede afspraken over kan maken.

Daar u zich ter linkerzijde situeert, mevrouw Merckx, zelfs aan de verre linkerzijde, ga ik ervan uit dat u het met mij eens zult zijn dat wij dit niet zomaar kunnen overlaten aan de vrije markt, of aan vrijheid, blijheid, waarbij iedereen zijn zin doet. Dat kan zomaar niet. Wij moeten plannen. Wij moeten beheersen.

Dat is, wat mij betreft, een zaak van kwaliteit van de gezondheidszorg, kwaliteit van de gezondheidszorgberoepen, en kwaliteit van de opleidingen. Ik wil dat toch even beklemtonen.

Als men een overvloed aan studenten heeft in verhouding tot de behoeften, kan men niet voldoende zorgen voor een echt goede kwaliteit van de opleidingen. Volgens mij is dat trouwens de reden waarom men in Franstalig België en in de wereld van de opleiders, bij de universiteiten, vragende partij is het aanbod te beheersen en dus de intrede in de opleidingen toch ook wat te beheersen.

Als men op het terrein te veel mensen heeft die zorg willen aanbieden, als er dus een overaanbod is, krijgt men een verloederings van de beroepen. Dat hebben wij twintig jaar geleden gezien. Bijvoorbeeld bij de kinesithérapie was dat duidelijk het geval. Er waren te veel kinesitherapeuten, waardoor de concurrentie tussen die mensen onhoudbaar was en het beroep eigenlijk verloederde.

Te weinig is ook niet goed. Daar hebt u gelijk in. Wij stellen vandaag knelpunten vast, en daar moeten wij in de planning echt rekening mee houden. U hebt een paar voorbeelden gegeven. Ik ben het daar mee eens.

Ik kom dan bij kwaliteit van de zorg. Inderdaad, kwaliteit van de zorg veronderstelt dat men een goed evenwicht tussen het aanbod aan professionals en de behoeften die er zijn. Vooral ook een goede oriëntatie.

U zult het met mij eens zijn, hoop ik, dat mensen niet per se de meest lucratieve richting kiezen, of de richting waarvan zij menen dat zij zeer lucratief is, maar dat zij een richting kiezen waaraan een grote maatschappelijke behoefte bestaat, bijvoorbeeld huisartsgeneeskunde, geriatrie, of kinderpsychiatrie.

Wij moeten beheersen.

Dat is eigenlijk de essentie van het debat. Het is inderdaad een debat dat – *like it or not* – sterk communautair gekleurd is geraakt. Ik denk dat we daarover moeten raken en dat we een geschiedenis van 20 jaar betwistingen nu achter ons moeten laten.

Ik kan wel melden dat we misschien een belangrijke vooruitgang aan het boeken zijn. Ik richt mij nu ook tot mevrouw Van Peel. Ik zeg "misschien", omdat we het vel van de beer niet mogen verkopen voor hij geschoten is. Excuseer mij voor deze bloederige, politiek niet helemaal correcte uitdrukking. U begrijpt wat ik wil zeggen.

Wat hebben wij beslist? Ik breng dat in herinnering, zonder er doekjes om te winden. Wij hebben op de federale ministerraad van 23 juli beslist om twee ontwerpen van koninklijk besluit goed te keuren. Er is enerzijds een ontwerp dat quota vastlegt voor het jaar 2027 over hoeveel mensen een opleiding voor specialisatie of huisartsgeneeskunde mogen starten. Het gaat om een quotum van 977 personen langs Vlaamse kant en 505 langs Franstalige kant. Er werd anderzijds ook een besluit goedgekeurd dat bepaalt dat alle gediplomeerde artsen van het promotiejaar 2020-2021, inbegrepen zij die eigenlijk overtallig zijn ten opzichte van de vroeger vastgelegde quota, toegang krijgen tot een stageplaats. Dat is niet bijzonder nieuw, want dat gebeurde de voorbije jaren ook in andere regeringen waarin alle mogelijke partijen het woord hebben genomen, ik vermoed alle partijen die hier aanwezig zijn, behalve die van mevrouw Merckx. Er zijn dus altijd dergelijke regularisaties gebeurd, omdat men het aanbod inderdaad niet goed beheerste.

Wat belangrijk is, is dat we een afspraak hebben gemaakt – ik ga ervan uit dat die gehonoreerd wordt – met de Gemeenschappen dat die overtallen georiënteerd worden naar de specialismen die een knelpunt vormen, bijvoorbeeld de huisartsgeneeskunde, de geriatrie, de volwassenen- en de kinder- en jeugdpsychiatrie, de reumatologie, maar ook de medische oncologie, de inwendige geneeskunde, de pathologische anatomie, de revalidatie- en fysieke geneeskunde en nog enkele andere. We hebben dus een lijst van knelpunten, met name voor de huisartsen, en er is een akkoord in de schoot van de ministers van Volksgezondheid en de ministers die verantwoordelijk zijn voor het opleidingsaanbod om aldus te werk te gaan. Dat is heel belangrijk.

Ten tweede is er een afspraak gemaakt in de federale regering – en ik ga die afspraak uitvoeren – om te komen tot een mechanisme dat deze twintig jaar durende saga moet beëindigen. We gaan om te beginnen een interfederale planningsinstantie tot stand brengen. U kijkt een beetje cynisch, maar u houdt dan ook gewoon niet van interfederaal samenwerken. Dat weet ik wel, ik ga u daarmee niet overtuigen. We gaan dus een interfederaal planningsorgaan tot stand brengen waarin we samen, op basis van de behoeften die inderdaad nauwkeurig en goed geraamd moeten worden, zullen proberen te komen tot goede afspraken over wat de planning moet zijn en over hoe die uitgevoerd wordt.

Bovendien, en dat is zeer belangrijk, is er een datum voorzien die, wat mij betreft, een heel belangrijke deadline is, met name eind januari volgend jaar. Tegen dan moet er een akkoord zijn over het beheersingsmechanisme. Dat beheersingsmechanisme zou, wat mij betreft, idealiter de vorm aannemen van een of andere filter, om dat wat lelijke woord te gebruiken. Het gaat dus om een of andere beheersing aan het begin van de studies, waarover men met elkaar een robuust akkoord maakt. Ik denk dat dat het beste is, ook voor de betrokken jonge mensen en voor de universiteiten. Mocht er zo geen akkoord komen, zullen we federaal een initiatief nemen om puur op basis van onze federale bevoegdheden te komen tot een mechanisme dat responsabiliserend zal zijn.

Het is helemaal uitgeschreven, het ligt eigenlijk klaar. Het bouwt ook voort op zaken waar u naar verwezen heeft die dateren uit de voorgaande legislatuur, maar waar de vorige regering niets van in de praktijk heeft gebracht. Dat federale mechanisme zou een mechanisme zijn waarbij we federaal attesten geven en ruim op voorhand aan de betrokken jonge mensen die aan de studie beginnen, zeggen hoeveel attesten er zes jaar later zullen zijn. We zullen die kunnen verdelen, maar meer niet. De attesten geven toegang tot de opleiding in een specialisme of de huisartsgeneeskunde, waarmee we dus de toegang tot het beroep beperken of contingencyteren. Het zal echter van lang op voorhand geweten zijn en het mechanisme is een puur federaal mechanisme dat we puur binnen federale bevoegdheden kunnen uitvoeren.

De teksten ervoor zijn uitgeschreven, ze liggen in mijn schuif te wachten. Ik hoop dat ik ze niet uit mijn schuif moet halen. Het zou immers beter zijn dat we een afspraak hebben met de onderwijsgemeenschappen en de verantwoordelijken voor de volksgezondheid in de Gemeenschappen, dat we inderdaad een beheersing organiseren bij het begin van de studies.

Zo ver zijn we in deze saga, die al 20 jaar duurt - ik ben een oud-strijder daarin - echter nog nooit geraakt. Ik deel dus de mening van mevrouw Merckx op een aantal punten. Het zou inderdaad goed zijn dat we dit niet beschouwen als een veldslag die nu moet worden gevoerd tussen twee Gemeenschappen, maar als een samen zoeken naar een heldere en robuuste manier van beheersing en goede oriëntatie van het aanbod, waarbij men elkaar wederzijds garanties geeft over de correctheid waarmee het wordt uitgevoerd. Dat is wat we willen bekomen.

03.04 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb bijna bewondering voor de goedgelovigheid die u in dit dossier tentoonspreidt, zelfs na zoveel jaren in de politiek. Ik zou heel graag in uw lade kijken naar de tekst, want die interesseert mij wel.

Ieder zijn rol en ik zal de zaken vanuit de oppositie wel eens scherper stellen, maar ik kan mij volledig vinden in het eerste deel van uw uitleg. Dat was de basis van de opzet van de contingencytering. Dat is tot op vandaag de reden waarom dat nog altijd moet worden omgezet.

Alleen, in wat er dan, zogezegd na heel goede gesprekken tussen u beiden, vandaag in eerste instantie gebeurt bij de eerste examens die daarop volgen, namelijk een eerste zit waarbij u nog dacht dat ze het hadden begrepen, maar een tweede zit waarbij er politiek is beslist om dat toch nog eens goed op te trekken, zie ik een provocatie ten aanzien van u. Uiteindelijk hebben ze er alweer voor gezorgd dat het volgende generaal pardon voor de studenten die er nu eenmaal al zeven jaar in zullen zitten, voor dit jaar alweer is bereikt. Dat had niet gehoeft als men zo'n constructief gesprek met u had gehad als u zei.

Ik geloof er nog niet helemaal in en wacht nog even af. Ik geloof wel dat u dat in se wel wilt, want ik geloof dat u dat dossier op de juiste manier bekijkt. Alleen vrees ik dat er wat naïviteit in zit of dat u de woorden 'geschiedenis wissen' zult gebruiken om een generaal pardon te geven, waar ik inderdaad niet achter zou staan, om dan te zeggen dat we met een blanco blad zullen beginnen. Ik denk dat u dan toch aan heel veel zaken voorbijgaat.

Ten slotte, wat betreft de interfederale planningscommissie, doe het niet. Er zijn er ondertussen al twee en dan zouden we er vier krijgen. Dat lijkt mij geen goed idee. De cijfers zijn er, het is een kwestie om ze op te leggen, niet alleen aan de ene kant, maar ook aan de andere kant.

Dat naar knelpunten toeleiden, vind ik een heel goede zaak. Zoals u weet, is dat een gemeenschapsbevoegdheid en ik vind dat een goede zet van u, voor iedereen.

03.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik ga echter niet helemaal akkoord met uw visie. Ik ben het ermee eens dat er een planning moet zijn, want we moeten

voldoen aan de behoeften van de bevolking. Daar staat echter tegenover dat wij in België in een volledig liberaal geneeskundig systeem zitten, waarin de vrije markt speelt en waarin zorgverleners concurrenten zijn van elkaar. Op bepaalde momenten kan er dik geld verdiend worden op de rug van de patiënten. Dat probleem moet worden verholpen, want het zorgt voor overconsumptie op zich.

Volgens mij moet eerder daaraan gewerkt worden dan aan een beperking van de instroom tot het beroep. Na een geneeskundestudie kunnen mensen nog veel kanten op. Ook al blijft u erin geloven, ik begrijp niet waarom de intrede tot die studies absoluut beperkt moet worden. Dat roept een probleem op van de democratisering van het onderwijs. Op de universiteitsbanken vinden we immers maar weinig studenten terug die niet zelf dochter of zoon van dokters zijn. In die zin blijf ik pleiten voor de vrije toegang en de vrije keuze van mensen die aan de artsens studie willen beginnen.

De **voorzitter**: Vraagt iemand nog het woord in dit actualiteitsdebat? (Nee)

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Actualiteitsdebat over de geestelijke gezondheidszorg en toegevoegde vragen van

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besteding van de middelen voor geestelijke gezondheidszorg" (55020455C)
- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geleidelijke uitrol op nationaal vlak van toegankelijke psychologische zorg" (55020476C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Betaalbare en laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg" (55020490C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg" (55020491C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het budget van 151 miljoen euro voor de geestelijke gezondheidssector" (55020732C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De investeringen in de geestelijke gezondheid" (55020811C)

04 Débat d'actualité sur la santé mentale et questions jointes de

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'affectation des moyens destinés aux soins de santé mentale" (55020455C)
- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en place progressive à l'échelon national de soins psychologiques accessibles" (55020476C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La payabilité et l'accessibilité des soins de santé mentale" (55020490C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme des soins de santé mentale" (55020491C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget de 151 millions d'euros alloué au secteur des soins de santé mentale" (55020732C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les investissements dans la santé mentale" (55020811C)

04.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, geestelijke gezondheidszorg is een thema dat iedereen in deze commissie belangrijk vindt. De coronacrisis heeft de noodzaak van een goede geestelijke gezondheidszorg nog meer en pijnlijker duidelijk gemaakt.

Mijnheer de minister, u beschikt jaarlijks over 200 miljoen euro voor nieuw beleid in die geestelijke gezondheidszorg. Structureel werd beslist om 112,5 miljoen euro in te zetten voor de uitbreiding van de eerstelijns psychologische functie.

De regering heeft ook groen licht gegeven voor een aantal specifieke en tijdelijke maatregelen in het kader van de coronacrisis. Ik denk aan de maatregel voor de zelfstandigen, de samenwerking met universiteiten en hogescholen voor het welbevinden van studenten, enzovoort.

Dat zijn goede initiatieven en ik had graag uw evaluatie gekend van deze tijdelijke maatregelen. Zijn er bepaalde maatregelen die u structureel wenst te maken? Wat is uw visie inzake geestelijke gezondheid? En hoe zal die zich vertalen in de structurele besteding van de resterende middelen van die 200 miljoen euro?

04.02 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik wil het nog eens hebben over de geleidelijke uitrol in het land van toegankelijke psychologische zorg.

Onze psychologische zorg toegankelijker maken, zowel qua procedure als qua prijs, is een van de prioriteiten van u en deze regering. Dat kan alleen maar toegejuicht worden.

Het regeerakkoord stelt terecht: "De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt op een gelijkwaardige manier benaderd inzake toegankelijkheid, kwaliteit, nabijheid en betaalbaarheid als de somatische gezondheidszorg. Er wordt hiertoe ingezet op heel laagdrempelige, ambulante en gemeenschapsgerichte zorg waarbij tot bij de zorgbehoevende zelf wordt gegaan. Daarbij is de terugbetaling van psychologische zorgen door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen de eerste prioriteit."

Het mag en moet worden gezegd: eind juli werd een bijzonder mooi akkoord bereikt tussen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de sector: Vanaf 1 september heeft iedereen recht op betaalbare psychologische zorg. Volwassenen hebben recht op jaarlijks gemiddeld acht rechtstreeks terugbetaalde sessies van 11 euro. Zo communiceerden verschillende mediahuizen.

Ook bevat het akkoord een aantal andere belangrijke hervormingen. Om in aanmerking te komen voor terugbetaling, is er geen voorschrift meer nodig van de huisarts en komt er een verviervoudiging van het budget, goed voor ruim 150 miljoen euro, waarvoor een pluim. Het nieuwe zorgmodel dat op 1 september is gelanceerd, is een belangrijke stap in het toegankelijk maken van psychologische zorg. Toch wil ik benadrukken dat wij berichten krijgen van psychologen dat een en ander onduidelijk is.

Zo meldden enkele psychologen ons dat ze toch nog vragen kregen van cliënten over de terugbetaling, terwijl die nog niet overal en bovendien niet onmiddellijk geldt.

Er is verwarring ontstaan. Kunt u, om die de wereld uit te helpen, nog wat uitleg geven bij de geleidelijke invoering van het terugbetalingssysteem voor psychologische consultaties? Op 14 september hebt u die vraag al deels beantwoord, naar aanleiding van een vraag van mevrouw Sofie Merckx, maar het lijkt mij belangrijk genoeg om te herhalen.

Psychologen en orthopedagogen kunnen zich inschrijven in de netwerken geestelijke gezondheidszorg. Hoe gaat dat precies in zijn werk? Wie wordt daarbij betrokken?

Is de investering van 152 miljoen euro voor eerstelijnspsychologie volgens u voldoende om het project te financieren?

Een laatste, maar zeker niet onbelangrijke vraag: is er een communicatieplan om zowel de zorgverleners als de burgers goed te informeren? We hebben op dat vlak toch enige verwarring gemerkt.

04.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw Vanpeborgh verwees al naar de belangrijke conventie die afgelopen zomer werd gesloten en naar enkele belangrijke maatregelen die daarin zijn opgenomen. Die komen voor een groot stuk tegemoet aan de resolutie die vorig jaar met een ruime meerderheid werd goedgekeurd. Aan de basis daarvan lag een voorstel waarvan ik medeondertekenaar was. Zo ging het over een betere vergoeding voor klinisch psychologen en orthopedagogen en het wegnemen van een aantal drempels die in de vorige conventie nog bestonden. Zo was er toen bijvoorbeeld altijd een doorverwijzing van de huisarts nodig. Aan die twee bezorgdheden komt u tegemoet in de nieuwe conventie.

Ik zei eerder al dat het voor een zelfstandig psycholoog heel moeilijk is om te overleven met de huidige vergoeding. Tegelijk is het ook voor patiënten moeilijk om een behandeling vol te houden, gezien de prijzen die worden gehanteerd. Het is een nobel streven van u dat u met de nieuwe conventie de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg tracht te versterken als het gaat over psychische behandelingen.

Het gaat over 8 sessies per jaar, of 20 sessies, als het over gespecialiseerde zorg gaat. Er kwamen onmiddellijk reacties van diverse zelfstandige psychologen. Ook dat is van belang. Ik vroeg mij af hoe u daarop reageert. Nu gaat het over een aantal sessies. Zij vragen wat ze in de toekomst mogen verwachten. Als men in behandeling is en die blijkt langduriger te worden, hoe wordt daar dan mee omgegaan? Het gaat over een budget dat gestaag toenam, met 151 miljoen per jaar, zoals u voorziet. U kunt de problemen inzake de psychologische zorg, die door een decennialange benadeling en verwaarlozing zijn gecreëerd, niet meteen uit de wereld helpen, maar het is van belang om een groeipad te kunnen uitzetten. Dat staat ook in

het regeerakkoord.

We geven vandaag 6 % van onze gezondheidszorg aan de geestelijke gezondheidszorg. Volgens de OESO zou dat percentage op termijn – in ons regeerakkoord hebben we geschreven "naar 2030" – moeten evolueren naar ongeveer 10 %. Hoe gaan we om met dat groeipad in het kader van deze conventie?

Ten tweede gaat het over de autonomie van de psycholoog. Men moet zich inderdaad inschrijven in netwerken. De vraag is dat een zelfstandige psycholoog ook daar een plaats in krijgt. Als men zich vandaag niet ingeschreven heeft in een netwerk, komt men dan in aanmerking?

Een derde vraag gaat over de vrije keuze van de behandeling. Men wordt doorverwezen naar een psycholoog in de regio. Bestaat er een mogelijkheid om aan hetzelfde terugbetalingstarief in behandeling te gaan als men elders gewoond heeft en een goede klik heeft met een bepaalde psycholoog?

De onduidelijkheid over de inwerkingtreding is vorige week al gedeeltelijk uit de wereld geholpen, maar het systeem zal operationeel gemaakt moeten worden tegen eind dit jaar en zal dan volgend jaar van kracht worden. Kunt u de timing verduidelijken? Na twee jaar zal er een evaluatie plaatsvinden.

Een andere vraag gaat over de psychotherapeuten en de ondersteunende beroepen die vandaag niet in aanmerking komen. U zult die mails ook gekregen hebben. Ik krijg die ook. "En wij?", wordt er telkens gevraagd. Hoe zit het met de ondersteunende GGZ-beroepen? Er is een advies gevraagd aan de Federale Raad, die daar mee bezig is. Op welke manier zullen zij een plaats krijgen in het systeem? Dat is een belangrijke uitdaging, waarop een antwoord moet worden geboden.

Uiteraard begint er een soort van concurrentie te spelen. Wij vragen inderdaad meer dan 50 euro, maar als er bij de psycholoog naast de deur maar 11 euro moet worden betaald, is de keuze snel gemaakt. Op welke manier schakelen we die ondersteunende GGZ-beroepen in in het masterplan dat u uitrolt?

04.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik heb mijn vraag ingediend naar aanleiding van een persbericht dat u hebt verstuurd. Daarin gaf u aan dat onze patiënten vanaf september voor 11 euro naar de psycholoog zouden kunnen gaan. Dit blijkt niet september, maar 1 januari te zijn, als er dan toch een akkoord komt, als uw plan dan toch vorm zou krijgen. Het is wel heel jammer dat een dergelijk belangrijk debat hier als actuadebat, met twee minuten spreektijd per parlementslid, zou moeten worden besproken met u. Aan de hand van vragen moeten we proberen te weten komen wat dat federale masterplan gezondheidszorg wel effectief is. De collega spreekt van het zorgmodel dat gelanceerd is en vraagt of er communicatie voorhanden is. Hoe komt het dat er eerst gecommuniceerd wordt met de pers en dan met de zorgverstrekkers? Hoe komt het dat er eerst gecommuniceerd wordt met de pers en dan gedebatteerd wordt in het parlement?

04.05 Minister Frank Vandenbroucke: Wat u zegt, klopt helemaal niet. Er is niet eerst gecommuniceerd met de pers, toch niet door mij. Ik weet ook niet naar welk persbericht u verwijst.

04.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Het persbericht is in *Het Nieuwsblad* gepubliceerd. Het is ook gepubliceerd in *Het Laatste Nieuws*. Dat is aan het begin van de zomer gepubliceerd. U wordt erin geciteerd. Er is een antwoord gekomen van u. Ik weet niet hoe de communicatie tussen u en uw voorzitter verloopt. Er is ook heel duidelijke communicatie van uw partijvoorzitter over dit gesloten akkoord.

Het is goed dat er vooruitgang geboekt is. Maar het is wel bijzonder dat er anderhalf jaar gediscussieerd is, in achterkamers, zonder dat het Parlement erbij betrokken was, en dat toen het zomerreces begon er een grootse publicatie werd uitgestuurd waardoor de patiënten alle hoop kregen dat zij voor 11 euro naar de psycholoog konden gaan.

Tot vandaag betalen zij nog altijd 60 tot 75 euro om hulp te krijgen. Tot vandaag zijn er nog altijd heel veel psychologen die niet weten of zij in aanmerking komen en hoe zij de conventie kunnen onderschrijven.

Mijn concrete vraag is: tegen wanneer zal het effectief in orde zijn? Is dat op 1 januari, zoals onze collega daarnet heeft geopperd?

Zult u een antwoord hebben inzake vroege detectie, inzake vroege behandeling? Zult u een conversie van residentiële zorg naar ambulante zorg kunnen garanderen? Zult u een totaalaanpak, ook voor somatische

zorg voor patiënten met een psychologische of psychiatrische stoornis, kunnen garanderen of gaat het enkel om aankondigingspolitiek?

In mijn schriftelijke vraag heb ik u ook de vraag gesteld hoe u dit raamakkoord concreet zult uitwerken. Hoeveel psychologen en orthopedagogen werken op dit moment voor het nieuwe systeem? Hoeveel plant u er tegen januari?

Ik heb u ooit in een ander debat gevraagd: zult u het geld wel allemaal kunnen uitgeven? U hebt toen gezegd: ik heb niet voldoende personeel om aan de nood voor geestelijke gezondheidszorg tegemoet te komen.

Dit debat gaat veel ruimer dan een actualiteitsdebat van twee minuten. Ik wil u vragen, als u echt van plan bent een federaal masterplan inzake geestelijke gezondheidszorg uit te werken, om dat met het Parlement te doen. Kom ermee naar deze commissie, zodat wij samen een pad kunnen uitstippelen.

De **voorzitter**: Wat dat laatste betreft, hebben wij vanmorgen beslist een dag aan de geestelijke gezondheidszorg te wijden. Oorspronkelijk was die gepland voor 8 oktober, maar wij hebben beslist die uit te stellen.

U zult daar nog voor uitgenodigd worden, mijnheer de minister. De datum is nog niet bekend.

04.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, wij hebben het hier vorige week ook al over gehad. Ik had daar toen een vraag over ingediend.

U hebt toen effectief gezegd dat er een foute communicatie was. U stelt nu ook in vraag wat mevrouw Depoorter zegt.

Mevrouw Vanpeborgh zegt dat de media daarover bericht heeft, op 29 juli. Ik kan u dat artikel doorsturen: vanaf 1 oktober kan iedereen naar de psycholoog voor 11 euro per sessie.

Op 31 augustus 2021 verklaart Frank Vandenbroucke op zijn Facebookpagina dat er vanaf 1 september 2021 betaalbare psychologische zorg voor iedereen is. In *Dag Allemaal* staat: "Morgen 1 september is het niet alleen het begin van een nieuw schooljaar voor onze kinderen, maar het startschot van toegankelijke betaalbare en laagdrempelige psychologische zorg voor iedereen die er nood aan heeft."

Ik viel echt van mijn stoel toen u hier vorige week tegen mij en ook nog eens voorbij zondag in *De Zevende Dag* verklaarde dat de regering historische investeringen in de gezondheidszorg doet, maar dat zij niet alles zal financieren wat er gebeurt. Zij zal niet elke sessie bij de psycholoog terugbetalen. Zij zal een ander aanbod tot stand brengen. U hebt hier vorige week ook herhaald dat de regering niet alles zal terugbetalen wat er gebeurt.

U hebt ook toegegeven dat er ter zake een foute communicatie is gebeurd. Dat is geen foute communicatie van de pers geweest. U was het wel degelijk zelf die het idee de wereld heeft ingestuurd dat de psychologische zorg zou worden terugbetaald.

Veel mensen die vandaag naar de psycholoog gaan, daarvoor veel geld betalen en hoopten op een terugbetaling, komen nu van een kale reis terug. Zij vernemen nu immers dat een en ander pas over een paar maanden wordt ingevoerd en dat het niet gaat over de huidige psychologische zorg maar over een nieuw aanbod. Bovendien gaat het om een project dat slechts voor twee jaar vastligt. Mensen zullen dus aan de zorg beginnen, maar weten niet hoe het daarna verder gaat met die zorg.

Ik kan alleen maar betreuren dat een en ander op die manier is gebeurd.

Voor het overige verwijs ik naar de vragen die ik ook vorige week heb ingediend.

De **voorzitter**: Wenst nog iemand het woord in het debat? (*Neen.*)

Mijnheer de minister, ik geef u het woord.

04.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal eerst op het laatste ingaan teneinde het stof op te ruimen in

deze discussie. Met betrekking tot de conventie eerstelijns psychologische hulpverlening heeft het RIZIV op zijn officiële website de tekst die goedgekeurd is in het verzekeringscomité eind juli gepubliceerd, met alle details. Ik heb daar niks over gezegd, noch een persbericht over verspreid.

De tekst met alle details die het RIZIV heeft gepubliceerd is natuurlijk zeer technisch. Onder meer de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) - en vooral zij - is in actie getreden om het uit te leggen aan haar leden en het publiek. Het was een goed initiatief en de Vlaamse vereniging heeft dat ook op een goede en enthousiaste manier gedaan. Zoals ik vorige week al zei, is het jammer dat ik eind augustus, begin september niet het hele verhaal en alle details heb uiteengezet. Ik wou het niet doen en het is dan inderdaad geresumeerd tot iets dat de mensen niet begrepen hebben.

De idee van deze hervorming is niet dat alles wat bestaat, terugbetaald zal worden, wat geen eenvoudige discussie is met het veld. Ik kan mij indenken dat klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen en een aantal mensen die hierin actief zijn, denken dat wat ze doen nuttig is en terugbetaald moet worden. We willen echter een heel specifiek aanbod en een andere manier van werken tot stand brengen. Het is dus werkelijk een hervorming.

Om het negatief te stellen: we willen voor de geestelijke gezondheidszorg niet herbeginnen wat we 60 jaar geleden voor somatische geneeskunde hebben verzekerd in dit land, namelijk een systeem van puur individuele prestaties die individueel worden terugbetaald, met heel veel vrijheden, blijheid, weinig samenwerking, geen multidisciplinaire aanpak. Dat willen we niet.

We hebben daar ook uit geleerd. Ondertussen werden samenwerkingsverbanden tot stand gebracht in de somatische geneeskunde, de eerste lijn werd aangespoord om zich goed te organiseren en er werd ondersteuning gegeven voor netwerkvorming en samenwerking. We hebben gekozen voor een multidisciplinaire aanpak of proberen dat te doen.

Wat we vandaag moeten doen is de grens van dat verhaal verleggen. We moeten de geestelijke gezondheid een volwaardige plaats geven in de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Dat moet dan wel gebeuren op basis van een hedendaagse visie, niet één van een louter individuele prestatiefinanciering, maar één van samenwerking, over verschillende beroepsgroepen heen, met een sterke organisatie in de eerste lijn, met inderdaad een aantal beperkingen en tegelijk een goede betaling van de klinisch psychologen en orthopedagogen die zich inschrijven in het netwerk.

Het gaat hier om een conventiesysteem. Klinisch psychologen en orthopedagogen die willen vernemen hoe het werkt, kunnen dat ondertussen volgens mij wel te weten komen. Er is niets duisters aan. Zij stappen individueel in een conventie – wat vanzelfsprekend ook een aantal verplichtingen met zich meebrengt –, daar waar een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg voor een bepaald territorium een conventie afsluit.

Ik wil niet alles blijven herhalen, maar het is belangrijk dat we beseffen dat het hier gaat om een hervorming. We gaan niet verder op de gebaande paden, maar organiseren het anders. Het doel is dat er een specifiek en goed georganiseerd aanbod tot stand komt.

Mevrouw Vanpeborgh vroeg of onze financiële investering volstaat. Mij lijkt het een vrij omvangrijke investering, en een sterk aanbod, maar daarom nog niet noodzakelijk voldoende om te beantwoorden aan de behoefte die we nu als prioriteit hebben gesteld. Deze investering is niet bepaald uit de lucht gegrepen. Ze beantwoordt aan de behoefte om mensen op een erg laagdrempelige manier als het ware 'explorerend' hulp te bieden en te peilen naar de noden. Daarvoor is niet een hele reeks van sessies nodig. Het gaat er ook om dat wie gespecialiseerde zorg nodig heeft, op basis van multidisciplinair overleg en een functionele balans, bij gespecialiseerde hulp terecht komt.

Volstaat het uitgetrokken bedrag? Dat durf ik vandaag nog niet te zeggen. Op dit moment denken we, in overleg met de klinisch psychologen, vooral in de trant van een groeipad. Dat klopt, mevrouw Van Hoof. En nee, ik heb niet het idee dat we in plaats van 150 miljoen euro in feite 1,5 miljard nodig zouden hebben. Volgens mij kunnen we met dit aanbod in belangrijke mate aan een bepaalde behoefte voldoen.

Mevrouw Depoorter, ik weet dat uw fractie in het algemeen niet erg gesteld is op overleg.

Wij hebben we echter, mede geïnspireerd – mevrouw Van Hoof heeft ernaar verwezen – door parlementair werk, gedurende maanden intensief overleg gepleegd in een daarvoor speciaal opgericht nieuw orgaan,

namelijk de transversale overeenkomstencommissie geestelijke gezondheidszorg van het RIZIV. Het is een beetje vreemd, mevrouw Depoorter, dat u hier bij eender welk initiatief niet één, maar vijf keer vraagt of ik wel overleg heb gepleegd met de apothekers. Nu bent u een beetje nerveus omdat we overleg hebben gepleegd met de klinisch psychologen, de klinisch orthopedagogen en de huisartsen en al degenen die daarbij betrokken zijn. Wij doen dat omdat wij dat moeten doen. Ik hoop dat u daarvoor toch enige waardering opbrengt.

Dat overleg heeft inderdaad geruime tijd geduurd. Dat is ook de reden waarom wij pas op 1 september konden zeggen dat het verhaal uitgerold werd.

Ik kom dadelijk tot de eerste vragensteller, namelijk de heer De Caluwé, die puntsgewijs een balans wou krijgen van de zaken die wij ondernomen hebben, maar ik zal een beetje in de omgekeerde volgorde werken, als de heer De Caluwé mij dat niet kwalijk neemt.

Wat de vraag over de ondersteunende GGZ-beroepen van mevrouw Van Hoof betreft, zal ik enigszins technisch moeten antwoorden. De gecoördineerde wet van 10 mei 2015 over de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen bepaalt, in een welbepaald artikel, dat na advies van de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen een koninklijk besluit opgesteld kan worden met de lijst van de ondersteunende geestelijke gezondheidszorgberoepen, alsook de algemene criteria voor de erkenning van die ondersteunende geestelijke gezondheidszorgberoepen en de specifieke criteria die gelden voor ieder van die ondersteunende geestelijke gezondheidszorgberoepen apart. Binnen de Federale Raad werd begin dit jaar een werkgroep opgericht die een advies voorbereidt over de ondersteunende geestelijke gezondheidszorgberoepen. Ik verwacht dat advies in de loop van de volgende weken. Het heeft wel wat werk gevraagd, want het is een complexe materie, maar ik verwacht dus dat advies, dat een belangrijke stap zal zijn. Ik zal er nu niets meer over zeggen, maar wij moeten dat als het eerste uitgangspunt nemen voor verder werk.

U vroeg of ik denk dat we de limiet op het aantal sessies voor de eerstelijns psychologische zorg, 8 voor de exploratieve fase en 20 voor gespecialiseerde psychologische zorg, in de toekomst in vraag moeten stellen.

Tenzij de wetenschappelijke evaluatie zou uitwijzen dat die cijfers verkeerd zitten, moeten we die cijfers niet in vraag stellen. Ook als we deze cijfers in vraag zouden stellen op basis van de wetenschappelijke evaluatie, kan ik mij echt niet indenken dat we niet zouden werken met een beperking. Sommige mensen in de sector zeggen te goeder trouw dat er geen beperking nodig is en werken door met een patiënt tot de behandeling haar vruchten afwerpt. Dat is geen zeer overtuigend pleidooi. Als de middelen doelmatig gebruikt moeten worden, moet op basis van een aantal studies, zoals het KCE-rapport over de eerstelijns psychologische zorg, beslist worden. Volgens dat rapport zijn vier of vijf afspraken genoeg om een eerste stap te zetten. Op basis van een aantal wetenschappelijke studies en op basis van oog voor doelmatigheid moet het aantal sessies dat terugbetaald wordt, beperkt worden. Dat precieze aantal moet worden geëvalueerd, maar die beperking is noodzakelijk. We moeten wetenschappelijke richtlijnen ontwikkelen die daar verdere duidelijkheid in brengen. Dit hele verhaal wordt ook wetenschappelijk beleid.

Wat betreft de beperkingen om erin te stappen, ik hoop natuurlijk dat zo veel mogelijk individuele klinisch psychologen en orthopedagogen erin zullen stappen. De combinatie van een zekere vaste toelage met een enigszins verbeterde financiering voor de betrokken zorgverlener overtuigt hopelijk een aantal mensen om in de conventie te stappen. De financiering wordt beter voor deze beroepsgroep. Er is kritiek op het feit dat hun autonomie beknot wordt. Ik begrijp dat dat wordt gezegd omdat het een nieuw model is. Het is niet vrijheid, blijheid. We maken niet dezelfde fouten als zestig jaar geleden toen de ziekteverzekering in de somatische geneeskunde tot stand kwam. We hebben tientallen jaren nodig gehad om die fouten te corrigeren. Het is niet vrijheid, blijheid. Er komt overleg aan te pas. De eerstelijns psychologische hulpverlener moet de huisarts helpen om de patiënt die ook bij de huisarts komt met somatische klachten ook daar beter te kunnen behandelen. Zo kan het geheel van problemen van die patiënt gezien worden. Daarom moet er ook informatie doorgespeeld worden aan de behandelende huisarts. Als er een traject wordt gestart voor gespecialiseerde zorg, moet er daarom ook overleg zijn waarbij een arts betrokken is, zoals de huisarts of eventueel een psychiater. Dat is extra werk en extra informatie die moet doorstromen.

In de moderne gezondheidszorg is dat echter absoluut noodzakelijk. Als men de mens als een geheel wil benaderen, dus niet met een eigenlijk voorbijgestreefde opsplitsing tussen het geestelijke en het somatische, dan moet men samenwerking organiseren en informatie laten doorstromen. Ik beschouw dat niet als een beknotting van de autonomie.

U hebt ook het territoriale gegeven specifiek even aangestipt. Een patiënt kan natuurlijk zorg ontvangen in een ander netwerk dan dat van zijn woonplaats. Dat kan natuurlijk, bijvoorbeeld voor studenten die in Leuven studeren maar in een andere regio wonen. Bovendien kan een psycholoog of orthopedagoog in meerdere netwerken actief zijn, voor zover hij met de betrokken netwerken een conventie heeft afgesloten. Het moet dus duidelijk zijn dat dit kan.

Waar staan we nu in dit verhaal? Deze hervorming is niet eenvoudig. In de loop van augustus hebben verschillende netwerken, zowel die voor kinderen en jongeren als die voor volwassenen en ouderen, een omzendbrief ontvangen met de nodige uitleg. Zeven netwerken hebben reeds hun handtekening gezet en voor hen is de nieuwe conventie vanaf september in werking getreden. Ik hoop dat de meeste netwerken deze maand hun handtekening zullen zetten, zodat het nieuwe kader voor hen vanaf 1 oktober in werking kan treden.

Natuurlijk moeten parallel met deze ondertekening de klinisch psychologen en orthopedagogen zich op individueel niveau conventioneren bij het netwerk. De typeovereenkomst voor de individuele klinisch psychologen en orthopedagogen is op 13 september goedgekeurd door het verzekeringscomité van het RIZIV. Ondertussen blijft datgene wat mevrouw De Block tot stand heeft gebracht natuurlijk doorlopen. De psychologen die reeds geconventioneerd zijn, blijven natuurlijk doorwerken met de geldende terugbetalingssystemen. Die systemen zorgen ervoor dat de patiënt slechts 11 of 4 euro uit eigen zak moet betalen.

De zeven netwerken die nu al actief zijn, zijn bij mijn weten volop bezig om de bestaande contracten – uit de periode-De Block – om te zetten in de nieuwe conventie. Natuurlijk hopen wij dat zij ook zoveel mogelijk bijkomende psychologen en orthopedagogen rekruteren.

Tot slot is het wel belangrijk dat de netwerken geestelijke gezondheidszorg tegen het einde van het jaar een samenwerkingsovereenkomst met lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden sluiten. Dat verschilt een beetje tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië: in Vlaanderen gaat het over de 60 zorgraden van de eerstelijnszones, in Brussel gaat het over de 4 zogenaamde antennes, maar ook over BruZEL, en in Wallonië moet men mij nog heel duidelijk maken wat precies de institutionele aanpak zal zijn. De bedoeling is echter dat er overal in het land samenwerkingsovereenkomsten komen tussen netwerken geestelijke gezondheidszorg enerzijds en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden anderzijds.

In samenwerking met de deelstaten, die bevoegd zijn voor de organisatie van de eerste lijn, werken wij aan een tool die de noden van en het aanbod voor de bevolking in een bepaalde regio en dus ook de behandelkloof in kaart brengt, zodat wij het budget heel gericht kunnen inzetten. Daarnaast worden ook andere tools uitgewerkt, zoals een model van functioneel bilan, een portfolio van de klinisch psycholoog enzovoort.

Zoals ik al een paar keer heb gezegd, is het budget groot, maar niet eindeloos. Op basis van een nieuw facturatiemechanisme dat van start gaat op 1 oktober zullen de netwerken ook in staat zijn om de inzet van de budgetten goed op te volgen en indien nodig bij te sturen.

Ten slotte, mevrouw Vanpeborgh, u hebt absoluut gelijk dat wij een communicatieplan moeten ontwikkelen. Dat wordt nu ook opgesteld om zowel de hulpverleners als het brede publiek zo goed mogelijk te informeren over het nieuwe aanbod. Dat is immers een lacune die absoluut moest worden ingevuld.

Mijnheer De Caluwé, ik zal u puntsgewijs antwoorden. Wij hebben inderdaad ook verschillende punctuele initiatieven genomen in de geestelijke gezondheidszorg. Er is een maatregel voor studenten die tot eind 2021 loopt, met dien verstande dat groepsinterventies voor studenten kunnen lopen tot 31 mei 2022, maar binnen het ter beschikking gestelde budget. De contractant, het UPC KU Leuven, staat in voor de opvolging en coördinatie van dat project, en op basis van de door de verschillende partners aangeleverde informatie wordt tegen eind september 2021 een tussentijds activiteitenverslag verwacht en zullen wij dus een evaluatie van de impact kunnen maken.

Dan is er het project psychologische zorg voor zelfstandigen in nood. Daarvoor hebben zich 812 klinisch psychologen en orthopedagogen ingeschreven, waarvan 482 nieuwe klinisch psychologen en orthopedagogen die nog niet geëngageerd waren in het bestaande terugbetalingsproject van eerstelijnspsychologen. De vzw Un pass dans l'impasse engageert zich ertoe om zo snel mogelijk

conventies te sluiten op het moment dat klinisch psychologen en orthopedagogen zich kenbaar maken. Hier staat ook een wetenschappelijke equipe klaar om de evaluatie te maken. Ik verwacht het eindrapport van dit project Zelfstandigen in nood, dat officieel van start is gegaan op 6 april, in december.

De uitrol van de versterkte mobiele crisisteams Kinderen en jongeren wordt opgevolgd via een bevraging van de netwerken. Een structureel karakter voor 2022-2024 werd bij aanvang van de maatregelen aangekondigd aan alle betrokken teams en de netwerken geestelijke gezondheidszorg Kinderen en jongeren. Dat geldt ook voor de intensifiëring van de K- en k-diensten en de forensische K-eenheden door de verhoging van de personeelsomkadering. Dat initiatief willen we vrij snel evalueren, namelijk reeds in oktober.

Wat de intensifiëring van de ziekenhuisdiensten door toevoeging van liaisonteams betreft, wij zullen een evaluatie maken op basis van een ad-hocbevraging en overleg met de netwerken. Daarvan verwacht ik nu al resultaten. Ten slotte is er de uitbreiding van de werking van het mobiele team in de geestelijke gezondheidszorgnetwerken voor volwassenen naar de doelgroep ouderen.

De netwerken zijn momenteel bezig met de vele vacatures in te vullen die zij kunnen invullen. Mijnheer De Caluwé, de uitrol van deze maatregel ten aanzien van ouderen wordt opgevolgd door een bevraging en overleg met de netwerken. De evaluatie daarvan komt er ook in oktober. Het is op die basis dat wij dit plan structureel willen maken.

04.09 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw gedetailleerde evaluatie en analyse. Ik heb u een aantal keer horen zeggen dat u zult overleggen en u hebt ook enkele keren verwezen naar wetenschappelijke inzichten. Dat stemt mij gerust, want de overheidsmiddelen zijn toch niet onbeperkt, mevrouw Merckx? De overheidsmiddelen moeten efficiënt worden ingezet, wat niet per definitie betekent dat er geld bespaard moet worden, maar wel dat de beperkte middelen worden ingezet waar ze het meeste effect hebben.

Ik betreur ook de uitgebrachte communicatie omtrent de 11 euro. U hebt uitgelegd hoe die communicatie is ontstaan. Zulke zaken kunnen echter best vermeden worden, omdat die voor heel wat verwarring zorgen bij de mensen en ik denk dat we die op dit vlak kunnen missen.

04.10 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord, dat ik zeer verhelderend, geruststellend en ook eerlijk vond, wat u ook wel siert. U hebt gezegd dat de communicatie wat misgelopen is. Ik vind het fijn dat de mensen daarover effectief zo communiceren.

U brengt een duidelijke, frisse visie. Met uw hervorming wil u niet meer in de val trappen van de somatische prestatiegeneeskunde. Er wordt doelgroepgericht en multidisciplinair gewerkt. Het bedrag van 152 miljoen euro is ook niet zomaar ontstaan, dat is echt doordacht. Het is ook een kentering met het verleden, waarvoor een pluim. Een en ander moet ook gezien worden binnen het kader van een realistisch groeipad. Ik ben het eens met de collega dat er niet altijd meer moet worden uitgegeven, er moet vooral voor gezorgd worden dat de uitgaven effect hebben.

Tot slot stelt het mij gerust dat u zegt dat het communicatieplan eraan komt. Ik denk dat het inderdaad heel belangrijk is om een communicatieplan te ontplooiën en uit te rollen, zodat alle mensen en ook alle zorgverstrekkers goed weten waar ze aan toe zijn.

04.11 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, bedankt voor uw omstandig antwoord en voor een reactie op elk element van onze vragen.

Wij betreuren inderdaad ook de communicatie afgelopen zomer. Misschien zat het zomerreces er voor iets tussen, want de verwarring was groot, maar er konden niet meteen vragen worden gesteld. Het moment was misschien niet ideaal, waardoor lange tijd verkeerd werd begrepen dat die 11 euro sloeg op elke consultatie bij elke psycholoog, terwijl nu uit cijfers blijkt dat maar 10 tot 30 % van de psychologen kan instappen in het systeem met deze middelen. De vraag of er voldoende middelen uitgetrokken zijn, blijft daardoor hangen.

Ik ben blij dat u zegt dat dit wetenschappelijk begeleid moet worden en dat lijkt mij inderdaad ook een absolute voorwaarde.

U hebt een nieuwe visie uitgezet.

U hebt ook gereageerd over de vrije behandelkeuze, de autonomie van de psycholoog en de situatie van de ondersteunende GGZ-beroepen. Het is een alomvattend plan, dat wij inderdaad nodig hebben en waarover een debat in het Parlement nodig is, zoals dat ook er ook geweest is voor de resolutie.

Ik meen dat wij gedurende het jaar goed moeten kunnen opvolgen op welke manier de wetenschappelijke begeleiding verloopt. Wij moeten ook tussentijdse rapporten ter zake kunnen krijgen. Want ondertussen bouwen wij verder op de visie die mooi uiteengezet is door professor Bruffaerts.

Ik was nogal gecharmeerd door de uitleg over de mythes inzake geestelijke gezondheidszorg die vandaag nog heersen. Het is niet door meer psychologen aan te stellen dat wij een betere geestelijke gezondheidszorg zullen krijgen. Wij moeten eigenlijk vertrekken vanuit het public-healthperspectief: wat zijn de noden vandaag, hoe moeten wij ervoor zorgen dat minder mensen psychologische problemen krijgen?

Deze visie heb ik niet heel duidelijk gehoord in uw antwoord, maar waarschijnlijk zit die er wel in. Wij moeten ervoor zorgen dat wij vroegtijdig geestelijke gezondheidszorg voor jongeren brengen. Het is ook niet door meer cardiologen aan te stellen dat wij hartproblemen voorkomen. Het is door er preventief beter mee om te gaan, door de problemen tijdig ter sprake te brengen, dat wij ervoor kunnen zorgen dat de mensen psychisch gezond blijven of gezond kunnen worden.

Die visie die door de professor uiteengezet is, en die eigenlijk de basis was voor het masterplan voor public health, moet misschien nog even verduidelijkt worden in het toekomstige debat over op manier waarop wij ervoor kunnen zorgen dat de mensen op latere leeftijd geen nood hebben aan psychologen.

Ik zie een aantal elementen, maar ik hoop dat wij het debat ter zake verder zullen kunnen zetten.

04.12 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt heel mooi uitgelegd dat het RIZIV de communicatie heeft verzorgd en dat het alle details heeft vrijgegeven. Als u dan toch werk maakt van een communicatieplan, dan raad ik u aan om als eerste met uw partijvoorzitter overleg te plegen. Op 29 juli 2021 las ik immers het volgende: "Vanaf 1 september voor 11 euro per sessie naar de psycholoog. Mentaal welzijn voorop, zo'n belangrijke stap." Dan volgt een heel mooi verkiezingspamflet met uw foto: "Vooruit maakt psychologische zorg betaalbaar voor iedereen."

Mijnheer de minister, u kunt dan wel nederig zeggen dat het een beetje misgelopen is, maar het lijkt erop dat de politieke recuperatie voluit gebeurt. Het is bovendien politieke recuperatie van een plan dat niet is, voor een beschikbaarheid van een psycholoog voor 11 euro die niet is, want zelfs de helft van de noden zal niet gedekt zijn. Zo geeft uw coalitiepartner aan.

Ik heb deze zomer heel veel veldwerk gedaan en heb ook psychiatrische instellingen bezocht. Ik heb ouders van jongeren in de problemen bezocht en met die jongeren zelf gesproken. U spreekt over een aantal sessies en moet nog uitzoeken hoe u die sessies zult toewijzen, meer bepaald aan welke type stoornis en noodzakelijkheid. Die mensen wachten echter al een hele tijd. Wij weten dat COVID-19 een ontzettende impact heeft gehad op de geluksbarometer van onze jongeren. In de laatste gezondheidsenquête kwam opnieuw naar voren dat onze inwoners zich depressiever, eenzamer en angstiger voelen dan voor de covidcrisis, maar toch zegt u dat u een plan zult uitwerken tegen 2022-2024. Wij weten dat vroege detectie heel belangrijk is en dat bepaalde psychologische en psychiatrische problemen zich voor de leeftijd van 14 jaar ontwikkelen. Vooral voor die jongeren is er dus niet veel tijd meer, vooral voor hen is er geen tijd om eerst te communiceren en daarna te handelen.

Ik ben het volledig met u eens dat wij naar een totale hervorming moeten gaan, want als wij de studies van het KCE bekijken, dan zien wij heel duidelijk dat er een omzetting moet gebeuren van de residentiële naar de ambulante zorg. Op die manier kan de kostprijs voor de patiënten worden gereduceerd, kan de zorg meer op maat gebeuren en kan het voor de overheid zelfs financieel voordeliger uitkomen.

Multidisciplinariteit, daarin volg ik u volkomen. Waarover u het niet hebt, is de data. We hebben meer nodig dan de minimale psychiatrische gegevens. We hebben meer data nodig om te kijken wat de noden van onze kinderen en onze patiënten zijn. Waarover u het ook niet hebt, is de switch van kind naar volwassene. Dat komt kort aan bod in de conventie die u hebt gesloten. Hier moet men een keuze maken, maar men tekent geen traject uit. Waarover u het ook niet hebt, is de somatische zorg die noodzakelijk is voor deze kinderen.

Ik zal niet ingaan op uw gratuite aantijging dat wij niet voor overleg zouden zijn. U ontgoochelt mij een beetje. U gaf zelf het voorbeeld. Ik vraag er u telkens naar. Wat ik u wel wil meegeven, is dat men in het overleg dat u hebt georganiseerd heel vaak niet tot een besluit is gekomen, dat het in tijden van crisis heel lang heeft geduurd, van juni 2020 tot deze zomer, om effectief tot een nieuw akkoord voor die conventie te komen. Telkens opnieuw komt u terug op de budgetten die werden goedgekeurd door het Parlement, niet door de regering, op het voorstel van resolutie dat vóór uw aantreden door het Parlement is goedgekeurd. Er was van bij uw aantreden tijd om het heel mooi uit te werken, maar daarvan hebt u geen gebruik gemaakt.

U hebt het ook niet over een derde-betalerstarief voor kinderen en jongeren. Dat vind ik toch wel bijzonder, zeker voor de persoon die u bent. Uit de studie van het KCE komt heel duidelijk naar voren dat net dit een belangrijk gegeven zou kunnen zijn. Elf euro per sessie voor kinderen met zware zorgnoden blijft nog altijd heel veel. U hoopt op een handtekening tegen eind september en op implementatie in oktober. Dan zijn we nog een maand verder. Ik hoop met u dat u heel snel veel jongeren en mensen zult kunnen helpen als we in januari van start zouden kunnen gaan.

04.13 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, dat is toch een derde-betalersregeling. Wat zegt u nu?

04.14 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Er is geen derde-betalersregeling voorzien voor kinderen en jongeren.

04.15 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is toch een derde-betalersregeling. Zij moeten niet de volle pot betalen.

04.16 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Sociale derde-betalersregeling, een derde-betalersregeling aan 11 euro. In de studie van het KCE wordt gepleit voor een volledige terugbetaling voor psychologische zorg.

04.17 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat verwacht u toch altijd alles. Derde-betaler is niet hetzelfde als gratis. Dat is iets anders. Derde-betaler wil zeggen dat men niet de hele som moet voorschieten en dat men daarna een terugbetaling krijgt. Het is jammer dat men hier soms elementaire zaken moet uitleggen.

04.18 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U moet mij echt niet uitleggen wat een derde-betaler is. Ik pas dat elke dag toe in de apotheek. Ook dat is een derde-betalersregel. Ik had een woord niet uitgesproken en had het over de sociale derde-betalersregel. Daar hebben we het over en daar heeft ook het KCE het over. We stoten opnieuw, net zoals in het kader van de vaccinatie, op de regionale verschillen. U wijst op de K-bedden. Er is een vrij groot regionaal verschil. U verwijst naar het feit dat Wallonië het nog moet uitwerken. Vlaanderen staat een pak verder en wacht op de uitwerking. Wij zouden heel graag hebben dat Volksgezondheid volledig een Vlaamse bevoegdheid is, zodat we de snelheid kunnen hanteren die onze patiënten effectief nodig hebben.

04.19 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): De communicatie was niet enkel ongelukkig, maar ook misleidend. U hebt duidelijk gecommuniceerd dat de psycholoog in september terugbetaald zou worden. Daardoor is er valse hoop gecreëerd. Hier krijgen we dan te horen dat slechts 10 tot 30 % van wat vandaag gebeurt aan psychologische zorg zal worden terugbetaald. Dan is er nog het probleem van de extra noden die moeten worden ingevuld.

In België is er een enorme achterstand in te halen. In landen als Nederland en Duitsland zijn geestelijke gezondheidszorg en programma's terugbetaald. Vandaag is dat in België nog steeds niet het geval. Investeren in geestelijke gezondheidszorg is natuurlijk een echte investering die terugverdiend kan worden. De epidemie van burn-outs en psychische ziekten kost ook enorm veel voor de ziekteverzekering. Is 150 miljoen dan effectief wel genoeg?

U zegt dat u zich op de wetenschap baseert en daarom het aantal terugbetaalde sessies wil beperken. Wetenschappelijk onderzoek naar wat mensen van psychologische hulp nodig hebben, toont aan dat mensen gemiddeld worden geholpen in 4 tot 26 sessies. Als iemand zich beter voelt, gaat hij niet meer naar de psycholoog. Dat is hetzelfde fabeltje als over artsen. Dat zien we ook bij de forfaitpraktijken waarbij mensen gratis naar de huisarts kunnen komen. Het aantal sessies mag juist niet beperkt worden.

Als men vooraf het aantal sessies per pathologie oplegt, kan dat een averechts effect op de patiënt hebben. Men mag de link niet leggen tussen het aantal terug te betalen sessies voor de patiënt en de idee dat de zorgverstrekkers absoluut per prestatie vergoed moeten worden. U vindt in ons alvast een bondgenoot voor

een reflectie over een andere manier van betaling.

Ten slotte, allemaal vrijheid en blijheid kan niet langer, zegt u. Maar dan moet u ook komaf maken met twee maten en twee gewichten. Willen we geestelijke gezondheidszorg en somatische gezondheidszorg op hetzelfde niveau of niet? Vandaag gaat er bijna 5 miljard van ons gezondheidsbudget naar de farmaceutische industrie, omdat we zoveel pillen slikken. Daar kan vrijheid, blijheid blijkbaar wel. Wij hebben daarover ook voorstellen klaar. Er gaat 8 miljard naar de artsenhonoraria. Ook daar mag vrijheid, blijheid. Maar u hebt amper 150 miljoen veil voor de terugbetaling van een beperkt aantal sessies over een periode van twee jaar in de geestelijke gezondheidszorg. Wat u voorstelt als een revolutie, is niet meer dan een druppel op een hete plaat.

Wij zullen blijven ijveren voor zware investeringen in de geestelijke gezondheidszorg en zullen daarop blijven terugkomen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Op het einde van het voorbije actualiteitsdebat, dat wel heel lang heeft geduurd, herinner ik eraan dat de spreektijd van de vraag in principe beperkt is tot twee minuten en die van de repliek tot een minuut. Natuurlijk heeft de minister ook langdurig geantwoord en zijn wij er zeker voorstander van dat we op alle vragen een antwoord krijgen.

04.20 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, je ne doute pas que les quatre thèmes que nous avons évoqués jusqu'à présent étaient très intéressants. C'est la rentrée parlementaire et nous sommes tous motivés mais, effectivement, plus de deux heures pour quatre débats d'actualité, vous savez que nous pouvons avoir à chaque séance des débats d'actualité dès lors que nous avons au moins trois questions sur la même thématique. J'ai aussi entendu beaucoup d'envolées lyriques des collègues. Il est vrai que le ministre a pris du temps aussi mais pourrions-nous être pragmatiques? Quelquefois, ce sont les mêmes collègues qui nous demandent de l'être quand il s'agit de discuter des propositions de lois et d'avancer. Ici, on n'a pas avancé du tout. Cela risque d'être long en début de session parlementaire si on se retrouve déjà avec une série de questions à reporter de semaine en semaine.

Je me permets d'insister, monsieur le président. C'est vous qui êtes le maître du temps mais pourrait-on veiller à nous en tenir à ces règles connues de toutes et de tous: deux minutes, une minute.

Je vous remercie.

Le **président**: Monsieur le vice-président, je vous remercie. Nos n'avons hélas pas de chronométrage ici, ce qui faciliterait les choses. On a aussi beaucoup de débats d'actualité parce que c'est un rattrapage des deux mois de vacances.

05 Questions jointes de

- **Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'application Doktr" (55017948C)**

- **Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Doktr" (55020788C)**

05 Samengevoegde vragen van

- **Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De consultatieapp Doktr" (55017948C)**

- **Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Doktr" (55020788C)**

05.01 Patrick Prévot (PS): Je ne peux que renchérir les propos tenus par mon collègue Hervé Rigot: 2 heures et 10 minutes pour quatre débats d'actualité me semblent un peu beaucoup d'autant qu'ils étaient amputés de la moitié de leurs intervenants!

Monsieur le ministre, depuis le mois de juin, Proximus a lancé une application nommée DoktR. L'opérateur de télécoms lance pour la première en Belgique l'organisation de consultations médicales à distance entre patients et médecins généralistes. À terme, Proximus souhaite élargir l'accès aux spécialistes et au paramédical. L'Absym, l'INAMI, l'Ordre des médecins et les mutualités soutiennent cette initiative.

Deux balises ont été mises en place pour éviter les abus dans le cadre de l'utilisation de cette application. La première est que le médecin devra continuer à pratiquer des consultations physiques pour ne pas se retrouver avec une future génération de médecins virtuels. C'est important pour certains diagnostics et pour prendre en considération la fracture numérique de la société. La deuxième est que le médecin devra définir ses plages horaires d'activité tandis que la patient devra prendre rendez-vous en ligne auprès du secrétariat.

Monsieur le ministre, malgré ces balises, il nous semble que cette application pourrait réellement constituer une entrave à la relation de confiance indispensable entre les patients et les médecins traitants puisque le patient pourra être renvoyé vers n'importe quel médecin.

Existe-t-il selon vous des atouts dans cette application développée par Proximus? Vos services ont-ils contribué à son élaboration? Dans l'affirmative, comment?

Avec le soutien des acteurs de la santé publique, comme l'Absym, l'INAMI ou l'Ordre des médecins, envisagez-vous réellement de permettre le développement de cette application vers des consultations de télémedecine pour des spécialistes et le paramédical?

Ce type d'applications se développera à l'avenir. Comment envisagez-vous leur encadrement? Quelles balises estimez-vous nécessaires de mettre en place pour éviter les dérives, l'*ubérisation* de la santé et les conséquences dommageables liées à la fracture numérique? Une législation spécifique pourrait-elle voir le jour dans ce cadre?

05.02 Nawal Farih (CD&V): Proximus kondigde enkele maanden geleden de nieuwe applicatie Doktr aan. Die gaat tamelijk ver. Opzoekingen hebben me geleerd dat via de app ook elektronische voorschriften en doktersbriefjes afgeleverd zouden worden. Ik zal er niet al te ver over uitweiden, maar is er genoeg overleg geweest met het middenveld? De artsensyndicaten, waaronder de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) en ook Medicomut, hebben heel wat kritiek en bezwaren geuit.

Hoe reageert u op de kritiek van de artsensyndicaten en Medicomut over de wijze waarop de consultaties via de applicatie Doktr georganiseerd worden?

Wordt er nagedacht over de gelijkschaling van de prijs van een fysieke en teleconsultatie, ook buiten de gezondheidscrisis? We hebben het in deze context gedaan om de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënten te houden, maar denkt u eraan om die regeling ook te verlengen?

Ten slotte is er nood aan een nieuw wettelijk kader betreffende digitale gezondheidszorg en e-health want vermoedelijk, zoals eerder vermeld door mijn collega, zullen verschillende artsen toegang krijgen tot medische dossiers bij het gebruik van de applicatie. Hoe zit het precies met de privacybescherming van gegevens in dit kader?

05.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Je suis absolument convaincu que les téléconsultations feront partie de la médecine de l'avenir et peuvent constituer un avantage à la fois pour les patients et pour les médecins concernés.

Concrètement, en ce qui concerne l'application Doktr, comme Proximus l'a annoncé initialement, ce genre d'applications ne pourra jamais remplacer la relation entre le médecin et le patient. Il est crucial pour le médecin de connaître le patient, le contexte et les antécédents. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas tellement apprécié l'initiative de Proximus qui me semblait prématurée. Des atouts ont été présentés en ce qui concerne la confidentialité de l'application etc., mais il y a encore un certain nombre d'éléments qui doivent être clarifiés et encadrés. L'objectif ne peut être de contacter un médecin de manière arbitraire pour recevoir une téléconsultation en vidéo. S'adresser à des médecins de manière aléatoire n'est pas le but recherché et certainement pas du point de vue de l'efficacité des soins. Par contre, l'objectif doit être de donner la priorité à la continuité et à la qualité des soins, et de limiter ces téléconsultations au médecin généraliste qui tient le DMG du patient. C'est en tout cas mon opinion.

Afin d'y parvenir, des concertations sur le développement du cadre lié à la téléconsultation dans son ensemble sont en cours. La commission nationale médico-mutualiste a conclu un accord pour 2021 qui inclut un projet concernant la télémedecine. Un groupe de travail aura pour but de développer un cadre juridique pour les remboursements des prestations de télémedecine afin d'assurer des soins de qualité et la

confidentialité des échanges vidéo et des données transmises.

Un débat a eu lieu au sein de la médicomut sur l'application de Proximus. Tout le monde est convaincu que la téléconsultation a une place dans notre système de soins de santé et est demandeur d'un cadre structurel, mais cette place doit être bien définie.

Ik denk niet dat dat het uitgangspunt moet zijn. Het uitgangspunt moet zijn dat we een plaats moeten geven aan tele- en videoconsultaties in de praktijk van de arts (onder meer de huisarts) en dat daar een nieuwe, gepaste soort financiering tegenover moet staan en niet gewoon een vermenigvuldiging van het bestaande. Zo ver zijn we echter nog niet. Dat overleg loopt nog.

U vraagt ook hoe ver het staat met de regeling van de terugbetaling van digitale applicaties. Het RIZIV stelde een procedure op waarmee bedrijven hun mobiele medische toepassingen kunnen aanmelden. Tijdens die procedure wordt door een specifieke werkgroep het voorgestelde zorgpad verder geïdentificeerd en getoetst aan de realiteit van het terrein. Het therapeutische nut ende economische meerwaarde worden geëvalueerd. Het is niet de bedoeling – dit is belangrijk – om tot een lijst van vergoedbare apps te komen, maar wel tot een vergoeding van het totale zorgpad via een zogenaamd *bundled payment* waar de app dan een onderdeel van is. Dat uitgangspunt is intussen algemeen aanvaard. Dergelijke dingen moeten intussen natuurlijk wel nog geconcretiseerd worden.

05.04 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Tout comme vous, je suis convaincu que les téléconsultations feront partie de l'avenir. Elles ont d'ailleurs montré leur nécessité au plus fort de la crise sanitaire mais aussi leurs limites, notamment la perte de lien entre le patient et son médecin ou son soignant. Il faut donc être très vigilant avec ce genre d'application. Ainsi, comme vous l'avez dit, l'application DoktR ne pourra bien évidemment jamais remplacer la relation entre le patient et son médecin.

De même, je suis content d'entendre que vous n'avez pas apprécié la démarche – que je qualifierais de proactive ou, en tout cas, non concertée – de la part de Proximus. Je vous remercie d'avoir donné votre avis sur cette application mais, comme je le disais dans ma question, je pense que ce genre d'application va continuer à se développer à l'avenir, de sorte qu'il va falloir être extrêmement vigilant et capable de poser un cadre légal afin de l'encadrer.

05.05 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, ik ben ervan overtuigd dat dit deel zal uitmaken van onze toekomst.

Wel was ik verrast te zien dat het toch wel erg ver gaat, als ik lees over elektronische voorschriften en doktersbriefjes. Ik hoop dat we dat genoeg in de hand zullen hebben, ook bij uw kabinet, tijdens de onderhandelingen met Proximus, zodat dit op een correcte manier kan verlopen, want het mag de huisarts inderdaad niet vervangen.

Ik heb enkele goede zaken gehoord, zoals dat het beperkt wordt tot de huisarts die het medische dossier van de patiënt beheert. Dat nuanceert de zaak enigszins, maar ik ben wel benieuwd naar het gepaste en nieuwe financieringssysteem waarover u het zonet had.

Ik zal dit dossier verder opvolgen. Ik hoop dat we dit een goede plaats kunnen geven en dat dit, naast een fysieke ontmoeting met de huisarts, een bijkomend pluspunt voor de patiënten kan zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- **Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation des problèmes cardiaques" (55018784C)**

- **Katrin Jadin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La lutte contre les arrêts cardiaques" (55019300C)**

06 Samengevoegde vragen van

- **Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het toenemende aantal personen met hartproblemen" (55018784C)**

- **Katrin Jadin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Maatregelen bij een hartstilstand" (55019300C)**

06.01 **Hervé Rigot** (PS): *Monsieur le président, monsieur le ministre, la cardiologie a été lourdement impactée par la crise sanitaire. Des études récentes font état d'une baisse d'environ 50 % de détection des cas de fibrillation auriculaire dans différents pays européens.*

On constate ainsi une hausse des arrêts cardiaques extra-hospitaliers ainsi qu'une diminution très marquée des consultations et des diagnostics de problèmes cardiaques (jusqu'à plus de 50 % selon une récente étude menée dans 108 pays et publiée par Elsevier pour The American College of Cardiology Foundation).

En Belgique, les CHU enregistrent actuellement une hausse importante des admissions pour des problèmes cardiaques non liés au coronavirus, dues au report des soins nécessaires.

Selon le président de la "Belgian Heart Rhythm Association", le Docteur Blankoff, cardiologue au CHU de Charleroi, le taux de survie suite à une crise cardiaque est assez faible en Belgique puisqu'il atteint péniblement moins de 10 % quand certains pays très performants comme l'Allemagne ou les Pays-Bas sont à près de 30 %.

Monsieur le ministre, disposez-vous de chiffres précis concernant l'évolution des problèmes cardiaques ces derniers mois? Qu'en est-il de l'évolution des crises cardiaques? Quelles pourraient en être les raisons?

Grâce à la télémédecine et aux outils numériques, les cardiologues, comme d'autres spécialistes et généralistes, ont pu assurer le contrôle et le suivi des patients. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé est en train d'analyser l'utilisation de ces outils numériques afin de déterminer le remboursement à prévoir pour l'utilisation de ces nouvelles technologies. Où en est cette étude ? Des initiatives seront-elles prises prochainement, notamment en termes de remboursement?

Selon la "Belgian Heart Rhythm Association", le faible taux de survie à un infarctus en Belgique serait en partie dû à une mauvaise formation face à l'arrêt cardiaque. Quelles initiatives pourraient-elles être prises pour améliorer cette situation?

Je vous remercie pour vos réponses.

06.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: *Monsieur le président, monsieur Rigot, je dois vous répondre en trois temps. Il y a l'aspect lié au report de soins de par la crise covid, l'aspect général lié à la survie après un arrêt cardiaque et les défibrillateurs automatiques externes (DAE) et, enfin, l'aspect d'initiatives futures.*

Pour ce qui est du report de soins en cardiologie et d'autres spécialités hospitalières en raison de la crise covid, une étude réalisée par l'unité "Audit des hôpitaux" de l'INAMI, du SPF Santé publique et de l'AFMPS concernant les soins hospitaliers pendant les première et deuxième vagues covid estimait dans ses conclusions, semble-t-il, le report de soins hospitaliers à 15 %, ce qui n'est pas mince. Le travail d'analyse est encore en cours d'affinement mais il sera important d'avoir aussi le même type d'analyse pour la troisième vague où l'on pense avoir comptabilisé moins de reports de soins et avoir même eu des relances de certaines activités. Dès septembre, toutes les données pour la réalisation d'un rapport incluant la troisième vague seront disponibles. J'ai dès lors demandé à l'administration de me préparer une note visant un éventuel plan de relance.

Pour ce qui est de l'aspect général lié à la survie après un arrêt cardiaque et les DAE, je fais référence aux conclusions de l'étude 294B du Centre fédéral d'expertise des soins de santé publié en 2017: "Dans l'impossibilité de chiffrer l'efficacité et le rapport coût/efficacité des programmes de défibrillation par le grand public en Belgique, le KCE ne peut pas se prononcer sur la pertinence de cette intervention. Cela ne veut pas dire que les DAE sont inutiles. Que du contraire! Utilisés dans les conditions idéales, ils permettent réellement de sauver des vies. Malheureusement, dans l'état actuel des choses, leur impact sur la mortalité globale par arrêt cardiaque restera limité dans notre pays, surtout tant qu'on néglige les autres étapes de la chaîne de survie."

Le KCE recommande de plutôt commencer par optimiser les différentes étapes de la chaîne de survie, notamment en améliorant le niveau de compétences du grand public via des campagnes d'information et en instaurant une formation obligatoire des jeunes dès l'école secondaire, comme cela se fait avec succès dans les pays scandinaves ou encore en entreprise.

Pour aller plus loin, il serait intéressant de tester de nouvelles approches permettant de raccourcir le temps entre l'arrêt cardiaque et l'utilisation d'un DAE, par exemple l'utilisation d'appareils mobiles par des professionnels tels que la police ou les pompiers ou encore la formation de bénévoles qui seraient immédiatement localisables et mobilisables par les services d'urgence lorsqu'ils se trouvent dans le voisinage d'une personne en arrêt cardiaque.

Les ministres ayant les formations scolaires dans leurs compétences se voient eux aussi sensibilisés par les associations, comme le Belgian Heart Rhythm Association ou le Belgian Resuscitation Council. De mon côté, j'ai demandé à mon administration de réaliser une étude sur la faisabilité et les modalités d'un système d'intervenants FirstMed au sein de notre système d'aide médicale urgente. J'attends les résultats de cette étude en 2022.

Concernant les initiatives futures, comme l'utilisation d'outils numériques et de la télémédecine, je fais référence à l'étude en cours au Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur la surveillance à distance des patients porteurs de dispositifs cardiaques implantables. L'objectif de ce rapport de Health technology assessment est d'évaluer l'efficacité, la sécurité et le rapport coût-efficacité de la surveillance à distance des dispositifs cardiaques implantables – les défibrillateurs, les stimulateurs cardiaques implantables et enregistreurs en boucle implantables. Sans connaître les conclusions de cette étude, il est trop tôt pour s'exprimer sur d'éventuelles mesures ou initiatives. Mon cabinet et les services compétents de l'INAMI suivent de près l'évolution de cette étude et agiront dès que possible en fonction des résultats.

06.03 **Hervé Rigot (PS):** Effectivement, ces deux années furent particulières. Vous l'avez évoqué, cela n'a pas aidé dans la détection des maladies cardiovasculaires. En Belgique, l'insuffisance cardiaque provoque 230 000 décès par an et 200 000 Belges en souffrent. Comme vous l'avez évoqué tout à l'heure, ce n'est pas votre seule compétence. C'est notamment celle de vos collègues des entités fédérées en matière de santé et en matière de formation. Il s'agit de prévenir et de donner les bons gestes notamment à nos adolescents le plus tôt possible. J'ose espérer que vous allez aussi aborder ce thème dans des conférences interministérielles avec vos collègues pour avoir une approche globale de prévention, de soutien et de détection.

Les défibrillateurs sont importants, mais représentent un taux de sauvetage vraiment minime, certainement parce qu'on les a banalisés. Avec le temps, on ne les voit même plus, on ne sait même plus où ils se trouvent et comment ils fonctionnent. Là aussi, il y aura des actions à mener dans la futur.

Je suis en tout cas très heureux de voir que vous prenez le sujet au sérieux avec votre administration et que vous avez commandé des études et un vrai plan d'action. Il faut en effet aujourd'hui considérer que l'arrêt cardiaque n'est pas une fatalité. C'est aussi la responsabilité de chacune des personnes qui en sont victimes. En effet, l'obésité, le stress et la cigarette en sont autant de causes. Mais il en va aussi de la responsabilité médicale des médecins d'être attentifs en première ligne, ainsi que de la responsabilité de notre société de former et de prévenir. En tout cas, je serais attentif aux actions que vous mènerez dans les prochains mois et les prochaines années pour réduire ce fossé qui nous sépare d'autres pays d'Europe comme l'Allemagne ou les Pays-Bas notamment.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les huit séances gratuites chez un psychologue pour les indépendants" (55019374C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un pass dans l'impasse" (55019765C)**

07 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De acht gratis psychologische sessies voor zelfstandigen" (55019374C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Un pass dans l'impasse" (55019765C)**

De **voorzitter**: Mevrouw Merckx heeft ons verlaten en laat weten dat haar vraag al gesteld is.

07.01 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, u hebt al een deel van het antwoord gegeven,

maar ik wil graag nog inzoomen op de acht sessies die voor zelfstandigen werden voorzien via *Un pass dans l'impasse*.

U sprak daarnet over het aantal mensen dat met de sessies start en u zei ook hoeveel psychologen togetreden waren. Hoeveel percent van de deelnemers heeft de acht sessies uiteindelijk volbracht of is vroegtijdig gestopt?

Een tweede vraag gaat over een verhaal dat mij ter ore is gekomen, maar ik weet niet of het klopt. Ik hoorde van een aantal patiënten dat zij geen terugbetaling konden krijgen. Er werd daarvoor verwezen naar een attest van de huisarts dat noodzakelijk zou zijn om te kunnen starten. In de projectoproep zie ik daar nergens een verwijzing naar, maar die mensen hebben die sessies al betaald. In hoeverre kunnen zij die betaling terugvorderen omdat zij veronderstelden dat de sessies gratis zouden zijn? Is er een ombudsdienst waar zij terecht kunnen?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, sinds de start van het project zijn in de periode van april tot juli 578 zelfstandigen geholpen, van wie 390 in Vlaanderen, 43 in Brussel en 145 in Wallonië. De grote meerderheid van de zelfstandigen blijkt voldoende geholpen te zijn na een of twee sessies: 50,7 % na één sessie en 30,6 % na twee sessies. Een beperkte groep van 9,7 % volgt drie sessies, 5,39 % volgt vier sessies, 1,5 % volgt vijf sessies. Slechts 0,43 % maakt gebruik van de acht sessies. Dat is dus absoluut marginaal.

U zei zelf al dat een attest of verwijzingsvoorschrift niet noodzakelijk is om een beroep te kunnen doen op de klinische psychologische zorg in dit aanbod. Er wordt in het kader van de geïntegreerde zorg wel gevraagd dat, mits toestemming van de rechthebbende, een communicatie plaatsvindt tussen de klinisch psycholoog of orthopedagoog en de huisarts, maar dat brengt geen extra kosten met zich mee voor de rechthebbende.

Ik weet niet goed wat ik moet antwoorden over het concrete geval dat u signaleert. Als u de anonimiteit mag schenden, kunt u het misschien doorgeven aan mijn medewerkster. Dan kunnen wij even bekijken wat er precies is misgelopen, want het verbaast mij eerlijk gezegd wel een beetje.

07.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik zal de mensen vragen om zelf contact op te nemen. Dat lijkt mij handiger dan via mij als tussenpersoon.

Wat u aangeeft over het aantal zelfstandigen dat is gestart en de 0,44% die de sessies volbracht heeft, is net de reden waarom ik de vraag gesteld heb. Ik maak mij daar wel zorgen om. U zegt dat de zelfstandigen geholpen waren na een of twee sessies.

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat heb ik niet letterlijk zo gezegd. Ze hebben een of twee sessies gevolgd.

07.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U hebt gezegd dat ze voldoende hadden met een of twee sessies. Daar knelt het schoentje. Hadden ze voldoende omdat ze geholpen waren of hadden ze voldoende omdat de nood te groot werd om te werken in hun zaak of in de zaak van iemand anders om de schulden die corona met zich meebracht af te bouwen? Bij evaluatie in hoeverre dit project effectief een hulp was voor onze zelfstandigen zal die bevraging absoluut noodzakelijk zijn. Het is een mooi project geweest. Het had goede intenties, maar het doel is niet bereikt. Daarom stelde ik de concrete vraag om bij een evaluatie ook duidelijk te bevragen of we hiermee vooruitgang hebben geboekt en of we hiermee zelfstandigen effectief weer op pad hebben geholpen. Of hebben we onszelf op de borst geklopt dat we die mensen zouden helpen, zonder echt resultaat? Het zou mij verwonderen dat maar 0,44 % van de zelfstandigen nood heeft aan psychologische hulp. Misschien hadden ze gewoon geen tijd.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Questions jointes de

- **Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en place d'un plan d'action "alcool"" (55019558C)

- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique fédérale en matière de lutte contre l'usage nocif de l'alcool" (55020358C)

08 Samengevoegde vragen van

- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een actieplan inzake alcoholgebruik" (55019558C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het federale beleid tegen schadelijk alcoholgebruik" (55020358C)

08.01 **Hervé Rigot** (PS): *Monsieur le ministre, le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 a été approuvé par l'ensemble des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS en septembre 2011. Il présente un ensemble d'options politiques fondées sur des bases factuelles en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool.*

Cette surconsommation d'alcool par une partie significative de la population risque de créer de gros dégâts de santé publique à long terme. En effet, en temps ordinaire, 10 % de la population entretient un rapport problématique avec l'alcool mais neuf personnes concernées sur dix ne se font pas soigner. Les experts en addiction continuent donc à plaider en faveur d'un plan national d'action alcool.

Monsieur le ministre, lors de ma dernière intervention sur le sujet, vous citiez le point à l'ordre du jour de la CIM santé de mai avec les autorités fédérées.

Quels sont les résultats de cette CIM concernant le futur plan alcool ? Quelles sont les priorités communes du fédéral et des entités fédérées ? Quel est le calendrier prévu pour le déploiement de nouvelles mesures permettant de limiter la consommation d'alcool ?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Deux questions m'ont été posées, une par M. Rigot, l'autre par Mme Fonck, toutes deux portant sur le même sujet. Lors de la réunion du 8 juillet, la conférence interministérielle Santé publique, réunion thématique Drogues, a confirmé les priorités et actions proposées par la cellule générale de politique Drogues. En matière d'alcool, l'ambition est de mettre en œuvre une politique interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool.

"Compte tenu de l'ampleur de la problématique et du nombre de domaines politiques concernés, cette politique sera développée par phases. Dans une première phase, on déterminera et vérifiera les objectifs, les grandes lignes et les domaines prioritaires. Cela devrait conduire à une note de base qui sera soumise à cette réunion thématique Drogues en 2022. Sur la base de cette note, les travaux pour le développement d'une politique interfédérale en matière d'alcool seront poursuivis."

Il ne m'est donc pas possible actuellement de présager du contenu des travaux du groupe de travail qui sera mis en place cet automne pour préparer cette politique interfédérale. Cependant, je vous rejoins sur le fait que la réglementation actuelle en matière de publicité pour les boissons alcoolisées, mais également en matière de disponibilité de ces boissons, est insuffisante, et qu'il y a lieu de la renforcer.

La concertation se fera donc au niveau interfédéral au sein du groupe de travail spécialement dédié à la question dans le cadre de la cellule générale de politique Drogues. L'agenda dépend de l'avancée des travaux du groupe de travail. Comme indiqué, le but est d'obtenir une première note de base reprenant les objectifs, les grandes lignes et les domaines prioritaires dans le courant de l'année 2022.

08.03 **Hervé Rigot** (PS): Merci monsieur le ministre. Je vous avoue voir dans votre réponse – qui n'est pas une réponse à votre action seule – un manque de volonté de notre pays au regard d'un plan d'action "Alcool" qui est attendu depuis de nombreuses années. Il est temps de bouger. Nous faisons partie de ces membres de l'Europe qui ont validé à l'époque – en 2011 – la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de disposer d'un plan d'action national en matière d'alcool.

Aujourd'hui, dix ans plus tard, vous évoquez une phase 1 qui serait mise en œuvre en 2022. Cette phase 1 n'est qu'une première analyse qui ne met pas encore en place des actions concrètes sur le terrain pour résorber ce drame et les conséquences liées à l'alcool. En Belgique, on estime à quatre milliards d'euros le coût sanitaire et social de la surconsommation d'alcool et de ses conséquences que sont notamment l'impossibilité de se rendre au travail et les conséquences médicales.

Je pense qu'il y a urgence aujourd'hui à s'inscrire volontairement dans une démarche qui va protéger les plus vulnérables des ravages de l'alcool, notamment les jeunes. Il faut veiller à réfléchir à ce que nous acceptons comme publicité sur l'alcool, à l'approche des entreprises du secteur vis-à-vis des consommateurs. Il faut adopter une politique volontariste, comme nous l'avons fait en matière de tabagisme.

Ces assuétudes coûtent à notre société et coûtent également des vies.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verkoop van zelftests buiten de apotheek" (55019568C)**

09 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vente des autotests en dehors des pharmacies" (55019568C)**

09.01 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag. Het is uiteraard een vraag van al een tijdje geleden.

Mijnheer de minister, op 1 juli stopt de exclusieve verkoop van Covid zelftesten in de apotheek.

In een persbericht uit de Apothekersbond APB zich over het feit dat zij niet ingelicht werd over de plannen voor het KB ondanks eerder gemaakte afspraken.

Mijn vragen voor u:

1) Wanneer zijn uw diensten gestart met de opmaak van dit Koninklijk Besluit?

2) Waarom werd hierover geen contact opgenomen met de beroepsvereniging voor apothekers?

3) In het kader van goed voorraadbeheer werd tussen uw diensten en de sector afgesproken dat er een deadline meegedeeld zou worden. Waarom heeft u aan deze belofte verzaakt?

4) Gezien het in voege treden van het KB vervalt de nood aan aanvragen tot derogatie voor sneltesten om als zelftest erkend te worden. Vanaf 1 juli zullen de zelftesten moeten voldoen aan Richtlijn 98/79/EG betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitro diagnostiek. Het valt mij op dat de producent die als eerste en bijna onmiddellijk na stemming van de wet nu op de site van FAGG staat met de vermelding "zolang de voorraad strekt". Was deze producent of waren ook andere producenten op de hoogte gesteld van het KB in wording? Werd er met hen overleg gepleegd?

09.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Deze vraag heeft inderdaad een beetje aan actualiteitswaarde ingeboet.

De eerste vraag was wanneer we zijn gestart met de voorbereiding van een KB waardoor de zelftesten niet langer alleen in de apotheek ter beschikking worden gesteld. We zijn gestart op 17 juni.

U vroeg ook waarom er geen contact werd opgenomen met de beroepsvereniging. Ik denk dat uit uw overige vragen toch wel blijkt dat we wel contact hebben opgenomen met de beroepsvereniging.

We hebben altijd gesteld dat de beperking van de distributie tot de apotheken een uitzonderingsregime was. Dat leek ons verantwoord zolang het merendeel van de zelftesten op de markt gederogeerde professionele testen waren. U herinnert zich dat wel. We hebben dat ook uitgelegd aan de sector. We hebben geen deadline willen vastleggen, omdat die afhing van de evoluerende marktsituatie. Geleidelijk aan zijn er meer en meer zelftesten verschenen die een normale conformiteitsprocedure doorlopen hebben via een aangemelde instantie. Zoals alle andere in-vitro diagnostica gaan die dan in een vrij distributiecircuit. Apothekers mogen natuurlijk hun voorraden van de gederogeerde zelftesten nog altijd verkopen. Ik raad iedereen aan naar de apotheker te gaan om dat te doen.

U vroeg ook waarom er bepaald werd "zolang de voorraad strekt". Er is geen overleg geweest over het KB in wording met de producenten. Voor de drie producenten van gederogeerde zelftesten gold trouwens "zolang de voorraad strekt". Dat geldt trouwens nog steeds.

Derogaties stipuleren altijd het volgende. Deze afwijkingsmaatregel wordt toegekend totdat hij wordt ingetrokken wanneer het FAGG oordeelt dat er voldoende CE-gecertificeerde zelftesten beschikbaar zijn overeenkomstig de nationale teststrategie of tot wanneer de gederogeerde test een CE-certificaat van een aangemelde instantie verkregen heeft. De firma Roche deelde ons in juni mee een CE-certificaat te hebben

ontvangen voor hun antigeenzelftest waardoor deze derogatie nog voor 1 juli verviel. De derogaties van de firma's Biosynex en New Gene Bioengineering werden opgeschort omdat het FAGG oordeelde dat er vanaf 1 juli 2021 voldoende CE-gecertificeerde antigeenzelftesten beschikbaar zijn op de Belgische markt.

09.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, wat uw antwoord op het 3^e deel van de vraag betreft, namelijk dat er voorheen werd gecommuniceerd dat het een tijdelijke maatregel was, dat klopt, maar de invoering van de maatregel kwam niet tot stand door een overleg tussen half juni en 1 juli. Er was geen communicatie, geen overleg. Het klopt dat de apothekers wisten dat het tijdelijk was, maar 14 dagen voor een ingeslagen stock was toch wel krap. Dat was niet de afspraak die werd gemaakt tussen uw kabinet en de beroepsvereniging.

Wat mijn vraag over de 'zolang de voorraad strekt'-communicatie van de firma Roche betreft, heb ik al vaker gezegd dat het verwonderlijk is dat wanneer de maatregel op 1 april inging, er maar twee firma's klaar waren met alle noodzakelijke validatietests en die twee de enige waren die uiteindelijk de validatie ontvingen in de eerste zes weken dat de maatregel van kracht was. Opnieuw was het verwonderlijk dat de firma Roche – al dan niet samen met de firma Biosynex – al op de hoogte was van het feit dat er op 1 juli een andere maatregel zou ingaan, te weten dat deze zelftests niet via de apotheken verkocht zouden mogen worden.

Ik heb het al vaker gezegd: er is een vermoeden van voorkennis in dit dossier. Ik zal het blijven opvolgen en onderzoeken. Het zou bijzonder jammer zijn dat voor dergelijke belangrijke zaken kmo's die zware investeringen hebben gedaan in onzekerheid verkeren. Dat was op de vooravond van 1 juli wel degelijk het geval: de kleinere kmo's, met hun grote stock, verkeerden in onzekerheid of hun product nog wel verkocht zou kunnen worden. Dat is een werkpunt om mee te nemen.

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

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rioolwatermonitoring" (55019624C)

10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surveillance des eaux usées" (55019624C)

10.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, op het gevaar af levenslang met rioolwater te worden geassocieerd, stel ik er graag nog eens een vraag over.

Sinds kort worden immers rapporten gepubliceerd door Sciensano over de afvalwatermonitoring. Ik moet bekennen dat het mooie rapporten zijn. Zij hebben bij Sciensano echt hun best gedaan, om de data goed te analyseren. Ik moet echter ook opmerken dat een en ander enig zoekwerk vraagt, wat jammer is. Om aan dat uitgebreide rapport te komen, moet men echt weten waar men moet zoeken. Op dat punt is enige verbetering mogelijk.

Ik heb al meerdere vragen over het onderwerp gesteld. Toen wij Sciensano daarover hebben gehoord, gaf de instelling aan dat er wel interessante gegevens te distilleren zijn uit de rioolwatercijfers en ook dat de data over viruspartikels die in het rioolwater te vinden zijn, een drietal dagen voorlopen op de positieve gevallen die achteraf worden gescreend via bijvoorbeeld PCR-testen.

Volgens mij kan dat perspectieven openen voor een snellere en meer gerichte detectie. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan periodes als de huidige periode, waarin versoepelingen mogelijk zijn en waarin een groot deel van de bevolking op een eenvoudige manier en weinig invasief kan worden opgevolgd, waardoor haarden kunnen worden gedetecteerd.

Ik vraag mij het volgende af. De gegevens worden zo mooi verwerkt. Wat wordt daarmee gedaan?

Sciensano heeft ons verteld dat de cijfers zouden worden besproken met de RAG.

Kan u de inschatting van de RAG toelichten met betrekking tot de gegevens en de bruikbaarheid ervan?

Zullen die data ook worden verwerkt en gebruikt om de surveillancedata aan te vullen?

Zullen zij ook aanleiding geven tot gericht en lokaal testen? Worden bijvoorbeeld de lokale besturen

daarover ingelicht?

Ik heb een aantal burgemeesters van plaatsen waar het rioolwater wordt onderzocht, gevraagd of zij op de hoogte worden gehouden. Blijkbaar is dat echter niet het geval.

Wat is het verdere plan op dat vlak?

Is het de bedoeling de opsporingsmethode verder uit te bouwen of te verfijnen?

Er wordt immers al 45 % van de bevolking gescreend op die manier. Niet overal wordt het rioolwater op dit moment echter gemonitord.

Wordt de methode dus nog nader verfijnd?

Zal de techniek om pathogenen op te sporen in het rioolwater, ook worden toegepast voor latere infectieziekten of epidemieën?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de evaluatie door de RAG is gunstig. De RAG heeft dit besproken tijdens de vergadering van 14 juli. De communicatie en de integratie van de resultaten van het afvalwater in de evaluatie van de epidemiologische situatie door de RAG, en gevalideerd door de RMG, is nu effectief, met een wekelijkse update. Afvalwater vormt een vroegtijdige indicator en dus een aanvulling op andere reeds gebruikte indicatoren.

Gebruiken wij dit om bij onze surveillance oordelen te vellen? Ja, er wordt rekening gehouden met de resultaten van de afvalwateranalyse in de globale surveillance en de daaruit voortvloeiende risicoanalyse.

Zal dit aanleiding geven tot gericht en lokaal testen? Nee, dat is nu niet haalbaar. De huidige surveillance van het afvalwater volgt, in globale vorm, grote bevolkingsgroepen van doorgaans meer dan 50.000 inwoners. Het heeft geen zin om op een bepaald ogenblik 50.000 mensen te gaan testen. Dit is een globale surveillance die het mogelijk maakt om de trends in de circulatie van het virus te volgen. Dat is iets anders dan een meer gelokaliseerde surveillance die het mogelijk zou maken om infectiehaarden op te sporen.

Gaan we dit verder uitbouwen en verfijnen? Er zijn in Vlaanderen en Wallonië initiatieven in die zin genomen en kunnen indien nodig worden uitgebouwd, als de feedback positief is. De Waalse partners hebben ons op de hoogte gebracht van een initiatief dat enige tijd geleden is gelanceerd voor een meer gelokaliseerde opvolging van een gebied in de nabijheid van Namen, maar ik heb daarover nog geen feedback gekregen.

Zal de techniek worden toegepast voor toekomstige infectieziekten of epidemieën? Het lijkt inderdaad relevant om deze techniek in de toekomst te gebruiken voor de opvolging van andere infectieziekten of verbindingen, farmaceutische producten, geneesmiddelen enzovoort. Het instrument is in zijn huidige vorm niet geschikt voor alle pathogenen of verbindingen. De aanpassing en het nut ervan moeten eerst nog verder worden onderzocht. De nadruk zou moeten worden gelegd op ziekten en verbindingen die het zorgwekkendst zijn voor de volksgezondheid, ook op het internationale vlak.

10.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij te horen dat de cijfers van het rioolwater uiteindelijk worden meegenomen en gunstig worden geëvalueerd door de RAG. Ik vind het wel jammer dat het zo lang heeft geduurd, ik vraag hier al heel lang naar. Als nu blijkt dat het toch een nuttig instrument is, is het jammer dat dit niet eerder werd ingezet.

We konden echt alles gebruiken in tijden dat het zo heftig was. Daarom betreur ik echt dat toen niet alles op alles is gezet. Dit gaat natuurlijk niet alleen u aan, u was voor een deel toen nog geen minister. Maar ik vind het heel jammer dat het allemaal zo lang moet aanslepen.

Zoals u zegt monitoren we op dit moment een te grote groep mensen om echt gericht te kunnen testen. Daarom mijn vraag om naar Nederland te kijken en op kleinere schaal deze technieken toe te passen. Ook uit internationale studies blijkt dat het een eenvoudige en goedkope manier is om te monitoren.

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

11] Samengevoegde vragen van

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het cannabisbureau" (55019654C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het cannabisbureau" (55019727C)
- Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het beleid inzake medische cannabis" (55020785C)

11] Questions jointes de

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le bureau du cannabis" (55019654C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Bureau du cannabis" (55019727C)
- Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique en matière de cannabis thérapeutique" (55020785C)

11.01] Kathleen Depoorter (N-VA): Ik verwijs naar mijn ingediende vraag.

De wet tot wijziging van bepalingen betreffende het uitbrengen van wetenschappelijk en technisch advies door het FAGG voorziet in de oprichting van een cannabisbureau voor wetenschappelijk onderzoek en medicinale doeleinden.

Het bureau moet de criteria bepalen waarop de cannabisplant verbouwd mag worden, een vergunning verstrekken aan de telers, de volledige cannabisoogst beheren en behoudt een monopolie op de invoer en uitvoer van de cannabis.

Sinds de publicatie van de wetgeving is er zo blijkt nog geen concreet werk gemaakt van de oprichting van het cannabisbureau.

Volgende vragen heb ik voor u:

Wat is de stand van zaken van dit dossier?

Vormen er zich problemen rond de uitwerking van de voorziene koninklijke besluiten?

Tegen wanneer kunnen we de effectieve oprichting en inwerkingtreding verwachten?

In hoeverre had u hierover overleg met de lokale producenten van cannabis?

Tegen wanneer kan er een openbare aanbesteding verwacht worden?

Hoeveel dosissen werden er in het jaar 2020 verkocht aan de Belgische patiënten via de apotheek?

11.02] Minister Frank Vandenbroucke: Er is overleg tussen mijn beleidscel en FAGG omtrent het cannabisbureau. We zijn het dossier in zijn geheel aan het bekijken, om te analyseren wat de dringendste noden en prioriteiten moeten zijn, wat medicinale cannabis betreft. Ook de feedback van de inspectie van Financiën op de vorige versie van de uitvoeringsbesluiten voor het cannabisbureau tijdens de vorige legislatuur wordt grondig bekeken. Er werd toen geoordeeld dat het plan nog niet rijp was en verder uitgewerkt diende te worden. Bovendien werd er in het advies verwezen naar de regering van lopende zaken.

Ondertussen is de covidcrisis tussenbeide gekomen en werd het dossier niet als prioritair behandeld. Mijn administratie werkt nu verder daaraan. Begin oktober is er opnieuw een overleg gepland tussen het FAGG en mijn beleidscel. Te gepasten tijde zal het dossier ook aan stakeholders voorgelegd worden, maar het is nu nog niet rijp om aan externen voor te leggen.

Wat het advies van de Hoge Gezondheidsraad betreft, daarover heb ik geen verder nieuws.

11.03] Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, er is duidelijk nog niet veel vooruitgang in dat dossier. Het is nu toch al een hele tijd geleden dat die wijziging plaatsvond en het bureau opgestart had

moeten worden. Ik zal het dossier blijven volgen. Ik zal de vraag nogmaals indienen, want ik kan heel moeilijk vooruit met dit antwoord.

*Voorzitter: Kathleen Depoorter.
Président: Kathleen Depoorter.*

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

12 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De diensten van de FOD Volksgezondheid" (55019712C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De problemen binnen de top van de FOD Volksgezondheid" (55019717C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het ziekteverlof van de voorzitter van de FOD Volksgezondheid" (55020748C)

12 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les services du SPF Santé publique" (55019712C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes au sein de la direction du SPF Santé publique" (55019717C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le congé de maladie du président du SPF Santé publique" (55020748C)

12.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag is de omzetting van een schriftelijke vraag in een mondelinge vraag, aangezien de schriftelijke vraag niet binnen de voorziene termijn werd beantwoord. Ik verwijs naar de tekst van de vraag zoals ingediend.

Mijnheer de minister, de diensten van de FOD Volksgezondheid zijn volop ingezet in het beheer van de Covid19 crisis. Er is echter niet meteen een helder overzicht van de exacte diensten of afdelingen die zich met het management van de crisis hebben beziggehouden. Daarom volgende vragen:

- *kan u specificeren wat de exacte opdrachten waren die werden waargenomen door de FOD in het kader van de beheersing van de Covidcrisis?*
- *welke diensten of afdelingen stonden in voor het beheer van de Covidcrisis?*
- *kan u per dienst of afdeling specificeren welke profielen er aanwezig zijn (expertise, opleiding) en door hoeveel mensen de diensten bevolkt worden?*
- *kan u aangeven of er extra mensen werden aangetrokken in het kader van deze crisis en zo ja, kan u hun profiel schetsen? Gaat het om tijdelijke of permanente aanwervingen? Werd er beroep gedaan op andere instanties om de diensten te versterken en zo ja, welke?*
- *van welke databank werd gebruik gemaakt om de actieve zorgverstrekkers te identificeren en contacteren in het kader van de Covidcrisis?*
- *wordt er een doorlichting van de FOD gepland om de aanpak van de crisis te analyseren en hier de gepaste lessen uit te trekken?*

12.02 Dominiek Snelpe (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik verwijs eveneens naar de tekst van de vraag zoals ingediend, alleen al omdat de vraag dateert van begin juli, terwijl het ondertussen bijna eind september is.

Het is al langer bekend dat het rommelt aan de top van de FOD Volksgezondheid. Het waren slechts geruchten, zo werd ons geantwoord toen we er vragen over stelden. Nu staat het in de krant. "De federale topambtenaar van Volksgezondheid is met ziekteverlof na een tweede ontoereikende evaluatie. En dat in volle afloop van de coronacrisis en met cruciale hervormingen in het vooruitzicht." (DS 6/7/21)

1. *Wat is de reden van de 2de ontoereikende evaluatie van dhr. Auwers? Zal het parlement inzicht krijgen in dit dossier?*
2. *Welke gevolgen zal dat hebben voor de broodnodige hervormingen van de gezondheidszorgstructuren?*
3. *Wat zijn de gebruikelijke protocollen bij zo'n 2de ontoereikende evaluatie?*

12.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag, over hetzelfde onderwerp, is nog altijd van toepassing. Ik vermoed immers dat de voorzitter van de FOD Volksgezondheid nog altijd met

ziekteverlof is.

Mijnheer de minister, hebt u enig idee van de toestand van die persoon? Kunt u ons ook meedelen hoe zijn vervanging verloopt? Kan de FOD degelijke arbeid verrichten met de interim-directeur? Loopt alles zoals het hoort? Werd dat al geëvalueerd?

Wat is de planning met het oog op de toekomst? Welke duurzame oplossing wordt er gezocht? Welke voorbereidingen worden er getroffen voor wanneer de directeur terugkomt? Er is sprake van evaluaties, geen evaluaties en gevolgen van evaluaties. Graag had ik daarvan een stand van zaken gekregen.

12.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, deze vraag is inderdaad lang blijven liggen bij gebrek aan antwoord, maar het antwoord dat ik op sommige vragen van mevrouw Gijbels moet geven, is een lange lijst. Ik stel voor dat ik deze niet voorlees, maar ze u gewoon overhandig.

12.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb de vorige keer de opmerking gekregen van het secretariaat dat dit blijkbaar niet kan omdat het antwoord dan niet voor iedereen beschikbaar is.

12.06 **Dominiek Sneppe** (VB): Dat is een praktisch probleem.

12.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil het voorlezen, maar dan moet u lang luisteren. Het is wel niet heel boeiend.

Wat betreft de eerste vraag van mevrouw Gijbels, de FOD Volksgezondheid werd belast met verschillende opdrachten doorheen deze crisis. De belangrijkste taken zijn aankopen, verkrijgen en verdelen van mondklappers aan zorginstellingen; coördineren tussen verschillende organen en beleidscellen, zoals IMC's en IKW's; transporten tussen ziekenhuizen opzetten; fases en drempels bepalen voor de verschillende ziekenhuizen, zoals 1A, 1B, 2A en 2B; overleg met de eerstelijns via het *primary and outpatient care search capacity committee*; het strategisch uitdenken van een teststrategie; de operationele uitwerking van de teststrategie; het opzetten en beheren van het federale testplatform; het verzamelen van gegevens en het beheren van de datastroom, bijvoorbeeld een dashboard vaccinaties; wetenschappelijke adviezen opvragen, verspreiden en eventueel valideren, bijvoorbeeld het advies van de Hoge Gezondheidsraad en de RMG; hulpvragen vanuit het buitenland beantwoorden en organiseren; de financiering tussen de deelstaten en de federale regering overzien, bijvoorbeeld in het kader van de vaccinatie; de logistiek en distributie van de vaccins ter harte nemen; als voorzitter van de RMG beleidstaken opnemen inzake de COVID-19-maatregelen; het beheer van de federale strategische stock; het beheer van de rescEU stock van de Europese Commissie; toezicht op de *points of entry* en ontwikkeling van het PLF en gegevensdatabank PLF; de verantwoordelijkheid voor het professioneel krediet COVID-19; controles door de inspectiedienst van de DG Dier, Plant en Voeding op de naleving van de COVID-19-maatregelen in de horeca en andere handelszaken en ten slotte de opvolging van het risico van COVID-19 bij dieren en het risico voor overdracht naar de mens via de RAGCA - Risk Assessment Group - Covid Animals.

We hebben ook het commissariaat geïnstalleerd, dat heel wat zaken ter harte heeft genomen. Ondanks de oprichting van het commissariaat heeft de hele FOD Volksgezondheid het voorbije anderhalf jaar meegewerkt om de pandemie zo goed mogelijk te bestrijden. Daarbovenop bleven de diensten ook hun andere taken vervullen. De diensten die het meest intensief met covid bezig zijn geweest, zijn de diensten van de voorzitter, Internationale Betrekkingen, de dienst Crisisbeheer, de cel Rampenmanagement, de cel B-FAST, de cel BHE enzovoort, de dienst Budget en Beheerscontrole, de dienst Gezondheidszorg met Dringende Hulpverlening, Acute en Chronische Zorg, Psychosociale Gezondheidszorg, Data- en Beleidsinformatie, Gezondheidsberoepen en Financiering van de Ziekenhuizen, de Hoge Gezondheidsraad, de dienst Dier, Plant en Voeding, de dienst Informatie- en Communicatietechnologie en de dienst Communicatie. Ik kan een nog uitgebreider overzicht geven, maar dit is volgens mij voldoende.

Mevrouw Gijbels, u verwees naar een databank. Op dit ogenblik is er geen databank die toelaat de actieve ambulante zorgverstrekkers te identificeren, noch bij de FOD Volksgezondheid, noch bij het RIZIV, noch in een andere federale instelling of een instelling die tot de deelstaten behoort. Om dat gebrek op te vangen kreeg de dienst Gezondheidsberoepen de opdracht om de actieve ambulante eerstelijnsgezondheidszorgbeoefenaars te identificeren om hen beschermingsmateriaal te kunnen geven en ervoor te zorgen dat deze bijgewerkt wordt gehouden. Het vertrekpunt is het kadaster van de gezondheidszorgbeoefenaars die meer dan 660.000 gezondheidszorgbeoefenaars telt, die gemachtigd zijn om hun beroep in België uit te oefenen. Dat wordt bijgewerkt op basis van het rijksregister en laat toe over

het thuisadres te beschikken van elke beoefenaar. Door die gegevens te koppelen aan de recentste gegevens afkomstig van het RIZIV, de RSZ en de RSVZ en rekening houdend met de specifieke kenmerken van de uitoefening en de praktijk van elk beroep kon een lijst van 158.704 actieve ambulante beroepsbeoefenaars opgesteld worden. De bedoeling was het theoretische aantal beroepsbeoefenaars die over een toelating om het beroep te mogen uitoefenen beschikken te verminderen door te filteren op bepaalde combinaties van criteria. Die beroepsbeoefenaars konden beschermende maskers krijgen voor de hervatting van de ambulante activiteiten, evenals een strategische voorraad aan beschermingsmateriaal, waarvan de samenstelling vastgesteld werd in samenwerking met de raden van elk beroep.

Ik geef u ook mee dat er een continue evaluatie is binnen en buiten de FOD over hoe het crisisbeheer verbeterd kan worden, en we kijken natuurlijk ook heel sterk uit naar de aanbevelingen van de coronacommissie van het federaal Parlement.

Mevrouw Sneppe, de normale evaluatieprocedure van de voorzitter van de FOD heeft plaatsgevonden conform de geldende regels inzake de aanduiding, uitoefening en evaluatie van mandaathouders. Ik verwijs naar het KB van 29 oktober 2001. Er is geen negatieve evaluatie maar wel een vermelding te ontwikkelen. Het evaluatiedossier behoort tot het personeelsdossier van de betrokkene. Het is niet openbaar en mag ook niet openbaar gemaakt worden.

Mevrouw Depoorter, over de medische toestand van de betrokkene kan ik natuurlijk niks zeggen. In het kader van de nieuwe bestuursovereenkomst die tussen de FOD en mezelf opgesteld zal worden, wordt er natuurlijk aandacht besteed aan de werking van de FOD, waartoe ook de reorganisatie of organisatie van de aansturing van de FOD behoort of de wijze waarop de FOD intern georganiseerd is. De huidige voorzitter van de FOD wordt waarnemend vervangen door de heer Philippe Mortier.

12.08 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik begrijp dat het niet makkelijk is of vervelend is om zo'n lijst aan antwoorden te moeten voorlezen. Maar het interessantste heeft u overgeslagen, namelijk de profielen die per dienst of afdeling actief waren tijdens de crisis, hun expertise, hun opleiding, in welke mate zij geschikt waren of zich in staat voelden om die crisis aan te pakken en of er extra mensen werden aangetrokken, wat hun profiel was en of het om tijdelijke of permanente aanwervingen ging. Ik zal dat als bijkomende vraag indienen.

Over de databank hebben wij inderdaad in de bijzondere commissie een aantal aanbevelingen gedaan. Ik denk dat het belangrijk is om een actieve en dynamische databank te hebben van alle actieve zorgverstrekkers, wat jammer genoeg nog niet het geval is, zoals mij bevestigd wordt.

Over de doorlichting zegt u: er is een continue evaluatie. Maar dat is iets waar de meerderheid het in de bijzondere commissie niet over eens was: of er ook een specifieke post-covid-evaluatie zou moeten gebeuren van zo'n belangrijke dienst die bij zoveel zaken betrokken is geweest tijdens deze crisis. Ik denk dat het heel belangrijk is dat wij ook eens van de mensen daar kunnen horen hoe het allemaal verlopen is, of ze verbeterpunten hebben enzovoort, echt specifiek toegespitst op die crisis. Ik denk dat we één ding absoluut moeten vermijden, en dat is dat we lessen laten liggen na zo'n zware periode. We moeten er echt alles aan doen om het de volgende keer beter aan te pakken en alles op te rapen wat er te leren valt.

U zegt dat u uitkijkt naar de adviezen van de bijzondere commissie maar ik kan u al vertellen dat er geen meerderheid te vinden was voor een specifieke doorlichting, wat onze fractie heel erg betreurt.

12.09 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, u rammelde hier wat weinig zeggende antwoorden af, althans op mijn vragen. Het is goed dat het dossier niet openbaar is en ik vraag ook niet om het op de straatstenen te gooien, maar het zou nuttig zijn als het Parlement inzage zou krijgen.

U hebt ook niet echt geantwoord op de vragen over de gevolgen voor de broodnodige hervormingen van de gezondheidsstructuren en de FOD zelf.

De gebruikelijke protocollen zal ik zelf maar opzoeken in het KB van 29 oktober 2001. Wat moet ik mij voorstellen bij een normale evaluatie? Hoe verloopt die precies? Ook op die vraag heb ik geen antwoord gekregen.

12.10 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik begrijp uiteraard dat u niet op het dossier van de betrokkene kan ingaan, maar het is toch heel bijzonder dat iemand met een dermate belangrijke functie

aan zet kan blijven. Iemand met een dermate belangrijke functie kan zich dus in ziekteverlof terugtrekken. Iedereen heeft uiteraard recht op revalidatie, maar de overheid kan niet verder gaan dan de voorziene evaluatie.

U zegt dat u continu zal gaan evalueren maar dat is niet voldoende. De N-VA geeft al van bij het begin van de crisis aan dat deze organisatie niet voorbereid was op een dergelijke crisis en dat ze niet correct geleid werd tijdens de crisis. U gaf het aan bij punt één, het aankopen van de mondkmaskers. Mijnheer de minister, het was deze dienst die de stock heeft vernietigd en niet heraangelegd. Hoe is het dan mogelijk dat de directeur van een dergelijke belangrijke organisatie met functioneringsproblemen toch kan blijven zitten? Hoe is het mogelijk dat een ziektebriefje het alibi vormt om niet grondig te hervormen voor de toekomst?

Evalueren is niet voldoende. Hervormen en anticiperen met het oog op een crisisbeleid zijn nodig. Zoals mijn collega heeft gezegd, is onze aanbeveling daaromtrent niet opgenomen voor de FOD Volksgezondheid of het FAGG. Dat is bijzonder jammer, omdat wij toch zouden moeten aantonen dat wij lessen uit de crisis willen trekken en een duidelijke streep willen trekken onder een beleid dat niet voldoende was voor de patiënten en voor de zorgverstrekkers.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Plan maladies rares" (55017949C)

13 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Plan voor Zeldzame Ziekten" (55017949C)

13.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, les maladies rares sont définies comme des maladies avec une prévalence de moins d'une personne sur 2 000. Ces troubles sont généralement de nature chronique, certains très invalidants ou mortels, comme la mucoviscidose ou la maladie de Huntington. On estime que 6 à 8 % des personnes sont atteintes d'une maladie rare, ce qui signifie que, dans notre pays, entre 660 000 et 880 000 Belges pourraient souffrir d'une telle maladie.

En 2009, la Commission européenne a appelé les États membres à établir d'ici la fin 2013 un Plan maladies rares. Dès le mois de février 2009, la Chambre des représentants avait adopté à l'unanimité une résolution visant à établir un tel plan d'action pour les maladies rares et les médicaments orphelins.

Sous l'impulsion du ministre de la Santé publique de l'époque, Mme Laurette Onkelinx, le Fonds pour les maladies rares et les médicaments orphelins a présenté à la fin 2011 un rapport contenant 42 recommandations réparties dans onze domaines de travail. L'étape suivante du processus a consisté à identifier des mesures et actions concrètes à la suite de ces recommandations. C'est ainsi que le Plan maladies rares a vu le jour en 2013.

Monsieur le ministre, disposez-vous de chiffres récents concernant l'évolution du nombre de patients atteints d'une maladie rare en Belgique? Quelle évaluation globale pouvez-vous nous donner du Plan maladies rares depuis son entrée en vigueur en 2013? Enfin, une évaluation et une mise à jour de ce plan sont-elles envisagées?

Je vous remercie d'avance pour vos réponses.

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, comme vous l'avez dit, on estime qu'entre 6 et 8 % de la population est atteinte d'une maladie rare. Étant donné la fragmentation des données disponibles en ce qui concerne les maladies rares, le Registre central pour les maladies rares prévu par le plan belge de 2013 est en développement par Sciensano. Le Registre central des maladies rares récolte les données épidémiologiques dans l'objectif, entre autres, d'avoir une vision claire concernant l'impact des maladies rares dans notre pays.

En mai 2020, environ 7 000 cas avaient été enregistrés dans le registre central. Le développement continu du registre central permettra donc d'avoir des données de plus en plus précises concernant les maladies rares en Belgique.

Les actions prévues par le plan ont été en grande partie réalisées dans le cadre de l'accès au diagnostic. Le

financement des tests génétiques à l'étranger est assuré par une convention entre l'INAMI et les centres de génétique. Pour l'organisation de soins, des normes d'agrément ont été établies pour les fonctions et réseaux de maladies rares et des centres de référence pour l'hémophilie ont été créés.

Entre-temps, les entités fédérées ont reconnu huit hôpitaux avec une fonction pour les maladies rares. Les soins sont organisés en réseaux de groupes de maladies rares afin qu'un échange d'expertises puisse avoir lieu et que les patients se voient offrir les meilleures possibilités de diagnostic et de traitement.

Le gouvernement fédéral a réservé un montant total de 1 million d'euros par an pour les hôpitaux ayant une fonction agréée pour les maladies rares afin de poursuivre l'opérationnalisation de cette fonction.

Dans le cadre de la gestion des informations sur les maladies rares, un Registre central des maladies rares a été mis en place.

Vu le nombre limité de patients, la coopération au niveau européen reste cruciale. Les réseaux de référence européens lancés en 2017 et rassemblant plus de 900 équipes d'experts spécialisés apporteront certainement une nouvelle valeur ajoutée. En Belgique, 68 équipes d'experts de 10 hôpitaux participent au réseau de référence européen.

Un accord a également été conclu avec le Grand-Duché de Luxembourg, les Pays-Bas, l'Autriche et l'Irlande sur les médicaments orphelins. En négociant avec l'industrie pharmaceutique, nous pouvons, avec d'autres pays, mieux contrôler le prix des médicaments orphelins.

Afin de fournir les meilleurs soins possibles aux patients atteints de maladies rares, il sera important de continuer à se concentrer sur l'organisation des soins en fonctions et en réseaux au niveau national et sur la coopération dans le cadre des réseaux de référence européens ainsi que sur le développement du Registre central des maladies rares et la coopération internationale dans le domaine des médicaments orphelins.

Une analyse du plan "maladies rares" ainsi que des besoins des acteurs de terrain est en cours au sein du fonds "maladies rares" de la Fondation Roi Baudouin. Sur base de cette analyse, une identification d'éventuelles lacunes dans l'implémentation du plan "maladies rares" sera possible et de nouvelles propositions d'actions pourront être développées.

13.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. J'entends qu'un Registre central des maladies rares est en développement par Sciensano afin d'en avoir une vue claire et objective. J'ai retenu que 7 000 cas avaient été enregistrés en mai 2020 mais que c'était évidemment toujours en cours d'élaboration.

Merci également d'avoir rappelé les actions qui avaient été menées et qui sont menées afin de mieux contrôler le prix des médicaments orphelins. Là aussi, il s'agit d'un chantier qui doit nous préoccuper et pour lequel nous devons continuer à nous battre. J'entends également qu'il y a d'autres analyses en cours. Je ne manquerai pas de revenir vers vous. En tout cas merci pour ce premier instantané de la situation.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le VIH et la prophylaxie pré-exposition" (55018776C)

14 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Hiv en pre-exposure profylaxis" (55018776C)

14.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, comme nous l'avons déjà rappelé dans cette commission, l'épidémie de coronavirus ne doit pas venir occulter d'autres maladies dans notre pays, dont celle du VIH. Permettez-moi d'ailleurs de rappeler que le nombre de nouveaux cas a, malheureusement, encore progressé de 4 % en 2019 et 2020.

Pour contrer la maladie, il existe, outre le préservatif, un médicament préventif: la PrEP, soit la prophylaxie pré-exposition. Ce médicament est composé de deux antirétroviraux qui peuvent être pris de deux façons, à savoir soit une prise quotidienne, soit la veille d'un rapport sexuel non protégé et ensuite pendant les deux jours suivants. Ce médicament permettrait d'éviter la contamination dans plus de 90 % des cas.

En Belgique, la prescription de PrEP est réservée aux médecins attachés aux centres de référence SIDA, et le médicament générique est remboursé par notre système de soins de santé. Il ressort par ailleurs des données de remboursement de l'Inami et du nombre estimé d'hommes homosexuels ayant un comportement sexuel potentiellement à risque, que le nombre de personnes susceptibles de bénéficier de ce traitement pourrait être encore plus élevé.

Depuis le 1^{er} juin, la France a décidé que la PrEP pourrait être prescrite par les médecins généralistes, que ce soit en renouvellement d'ordonnance ou en primo-prescription. De même, la PrEP serait disponible en pharmacie, ce qui est évidemment une avancée majeure en matière d'accès à un moyen préventif anti-VIH qui a prouvé son efficacité scientifique.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous communiquer des chiffres sur le nombre de personnes qui utilisent la PrEP en Belgique?

Quelles initiatives pourraient-elles être prises, en collaboration avec les entités fédérées, pour promouvoir ce traitement pré-exposition?

Une réflexion est-elle menée actuellement en vue de permettre aux médecins généralistes de prescrire ce médicament, qui deviendrait alors disponible dans les pharmacies?

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre: En ce qui concerne le nombre de personnes qui utilisent la PrEP, quelque 3 555 patients uniques ont reçu une délivrance remboursée de PrEP dans une officine belge en 2019.

La politique en matière de VIH relève de la compétence des entités fédérées pour un certain nombre de domaines, dont la prévention. Le gouvernement fédéral organise des concertations avec les entités fédérées sur certains aspects de la politique de prévention, dont le VIH, dans le cadre de la conférence interministérielle Santé publique. Cette consultation a été lancée récemment.

En 2021, en concertation avec les entités fédérées, il sera examiné quelles mesures politiques doivent être prises pour faire face au VIH en termes de prévention, de diagnostic, de traitement et de qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Le traitement pré-exposition sera inclus dans ces discussions.

S'agissant de votre dernière question sur les médecins généralistes, la PrEP est disponible via le médicament Truvada et les génériques de ce produit de référence. Le résumé des caractéristiques du produit Truvada, approuvé par la Commission européenne, indique que le traitement doit être initié par des médecins expérimentés dans la prise en charge de l'infection par le VIH. Par conséquent, l'AFMPS a donné un statut légal qui exige que la première prescription se fasse par un spécialiste. Les ordonnances de suivi peuvent être prescrites par un médecin généraliste.

14.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Le VIH est un fléau qu'il faut continuer à combattre. Puisqu'on n'a pas encore trouvé le moyen de le soigner, il faut pouvoir le juguler et empêcher sa propagation. Le préservatif reste un moyen très sûr mais puisque ce médicament est disponible, il faut aussi pouvoir envisager son utilisation de manière un peu plus large.

Je ne manquerai pas de suivre ce dossier de près.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation de benzodiazépines" (55019557C)

15 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van benzodiazepines" (55019557C)

15.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, selon la dernière enquête nationale de santé (2018), 12 % de la population adulte belge utilisent un somnifère ou un sédatif du groupe des benzodiazépines.

Il semble aujourd'hui que la pandémie a aggravé les problèmes de sommeil de nos concitoyens et a donc

fait augmenter la consommation de ces médicaments psychotropes. Selon la VUB, la proportion d'insomniaques était de 9 % durant le premier confinement et de 29 % lors du second.

Ce qui est interpellant, c'est que, d'après des chiffres estimés par le SPF Santé publique, un patient sur trois prend encore ces médicaments huit ans après le début de son traitement, contre les deux seules semaines recommandées. Or les effets secondaires d'une consommation prolongée sont bien connus: dépendance, somnolence diurne, vertiges, etc.

Le projet Benzonet de l'université de Gand a cherché à mieux comprendre le vécu des utilisateurs à long terme de ces médicaments. Trente personnes consommant ou ayant consommé ces médicaments depuis longtemps ont été interrogées entre juillet 2019 et février 2021. Les résultats montrent que la majorité d'entre elles ont reçu peu d'information sur les effets à long terme, sur la date d'arrêt recommandée, sur l'arrêt pur et simple du traitement.

Elles ont reçu peu d'informations aussi sur les alternatives possibles pour traiter les causes sous-jacentes de cette consommation.

Monsieur le ministre, la dernière enquête nationale datant de 2018, disposez-vous de chiffres actualisés sur la consommation de benzodiazépines, notamment suite à la crise sanitaire? Comment mieux informer la population sur les effets d'une consommation de longue durée? Comment sensibiliser davantage les médecins dans ce cadre et ainsi améliorer les comportements de prescription? Je vous remercie d'avance pour vos réponses.

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, nous ne disposons pas de données détaillées concernant la délivrance de benzodiazépines car il s'agit de médicaments non remboursés qui ne sont donc pas repris dans le système Pharmanet. Sur la base des chiffres de l'Association pharmaceutique belge, nous constatons des fluctuations mensuelles plus importantes en 2020 qu'en 2019 mais la tendance mensuelle reste stable voire à la baisse en 2020.

L'examen de la consommation annuelle montre que la tendance à la baisse amorcée en 2014 se poursuit également en 2020. Alors qu'en 2019, 421 millions de doses journalières définies étaient encore délivrées dans des officines publiques, nous constatons que la diminution se poursuit en 2020 avec 415 millions de doses journalières définies délivrées au total sur une base annuelle.

Sciensano réalise régulièrement des enquêtes pour évaluer l'évolution de la consommation de somnifères et calmants en période de pandémie. L'enquête de décembre 2020 rapporte que la prise de somnifères ou de tranquillisants concerne 21 % des personnes interrogées parmi lesquelles 42 % ont commencé ou augmenté leur consommation depuis la crise sanitaire.

L'information et la sensibilisation de la population relèvent de la responsabilité des entités fédérées. En revanche, plusieurs initiatives visant à sensibiliser les professionnels de la santé à un usage rationnel des psychotropes ont été lancées et continueront d'être renforcées.

Vous trouverez de plus amples informations sur le site www.somniferesetcalmants.be. On y retrouve notamment les outils développés pour les médecins et les pharmaciens comme un manuel d'aide et un module de formation en ligne, mais aussi des affiches pour les patients destinées aux salles d'attente. Mes services examinent actuellement comment adapter ce matériel aux psychologues de première ligne.

15.03 Patrick Prévot (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse. Je pense effectivement que l'utilisation prolongée de ces médicaments a des effets néfastes sur la santé de nos concitoyens, ainsi que cette crise l'a d'ailleurs montré. Dès lors, je pense qu'il faut prendre le sujet à bras-le-corps. Je vous remercie d'ailleurs d'avoir expliqué quelles étaient les mesures en vigueur pour l'instant à cet égard. Pour ce dossier également, je ne manquerai pas de revenir vers vous prochainement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Merci, collègue Prévot. Nous sommes arrivés à la question numéro 16. Mijnheer de minister, hoelang kan u blijven?

15.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil mijnheer Prévot, die veel geduld heeft moeten hebben, niet ontgripen van mijn antwoord op zijn vraag, maar stel voor om daarna te stoppen.

De **voorzitter**: Oké, dan geef ik het woord aan mijnheer Prévot.

16 **Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sécurité des masques buccaux" (55019720C)**

16 **Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De veiligheid van de mondmaskers" (55019720C)**

16.01 **Patrick Prévot (PS)**: Je vous remercie, monsieur le ministre. Je m'en réfère donc à ma question telle qu'elle a été déposée.

"Monsieur le Ministre,

Les masques de la marque Avrox ont été retirés du marché en février 2021 par mesure de précaution car ils contiennent des nanocomposants (nano-argent et dioxyde de titane) pouvant présenter un risque pour la santé. Des études en laboratoire et sur des animaux suggèrent en effet que ces particules, lorsqu'elles sont inhalées, peuvent se propager à d'autres organes et y causer des dommages.

D'autres nanomatériaux tels que le cuivre, le zinc, le graphène ou les fibres synthétiques sont parfois ajoutés aux masques buccaux, par exemple, pour leurs propriétés antibactériennes ou antivirales, ou parce qu'ils filtrent mieux.

C'est pourquoi des associations de consommateurs comme Test-Achats voulaient que tous les masques soient analysés pour détecter la présence de nanoparticules et qu'ils soient retirés du marché le cas échéant. Ces associations regrettent également qu'il n'existe toujours pas de normes contraignantes pour la composition des masques de confort.

Si l'obligation de porter un masque buccal se réduit dans l'espace public extérieur, il reste et restera obligatoire dans les lieux fermés durant encore un certain temps et il est possible que cette pandémie se ravive ou qu'une nouvelle pandémie se déclenche à l'avenir. Il est donc important que nous soyons bien préparés, que nous disposions de masques buccaux sûrs et que les citoyens reçoivent des informations correctes et claires à ce sujet.

Monsieur le Ministre,

Des études pourront-elles être menées sur les masques buccaux de confort afin de s'assurer de leur sécurité pour le consommateur ? Si des études sont déjà lancées, quand les résultats seront-ils communiqués ?

À l'avenir, des normes contraignantes sont-elles prévues pour la composition des masques de confort ?"

16.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Prévot, suite aux interrogations sur les risques pour la santé humaine de l'argent présent dans les masques commandés par le département de la Défense, Sciensano a lancé en octobre 2020 le projet AgMask. Celui-ci s'est déroulé en deux phases distinctes. La première phase visait à analyser les masques afin d'en caractériser les fibres et de déterminer le type d'argent utilisé pour leur traitement. De ces premiers résultats il est apparu que l'argent et le dioxyde de titane peuvent être trouvés sous différentes formes physiques et également sous forme de nanoparticules dans les fibres des masques concernés. Alors que le dioxyde de titane est suspecté d'être une substance cancérogène en cas d'exposition par inhalation, Sciensano a noté que la substance se trouve incorporée au sein même des fibres des masques. L'argent sous forme de nanoparticules semble, lui, se trouver davantage en surface des fibres du textile, comme cela a lieu en cas de traitement d'un article après production de ce dernier.

J'en viens à la deuxième phase. L'usage des masques de confort étant un nouvel usage pour le grand public, il n'existe actuellement aucune mesure d'exposition et aucune simulation réaliste de l'exposition des utilisateurs de masques buccaux dans la littérature. Ainsi, dans un deuxième temps, Sciensano mène actuellement une étude afin de déterminer correctement la quantité d'argent sous toutes ses formes physiques et de nanoparticules de dioxyde de titane qui est libérée et peut être inhalée lors de l'utilisation des masques. Les résultats de cette étude seront rendus publics dès qu'ils seront disponibles.

Les résultats de la première phase du projet AgMask ont été transmis aux autorités compétentes. Un avis préliminaire du Conseil Supérieur de la Santé a été publié le 23 février 2021. Une nouvelle version de cet avis ajoutant un contexte scientifique et les références correspondantes a été publiée le 26 août 2021.

En parallèle du projet AgMask, le SPF SSCE a mené en mars 2021 une campagne d'inspection sur les masques buccaux en tissu disponibles sur le marché belge. Un nombre significatif de masques de confort a été échantillonné et analysé quant à la présence ou non de biocides ainsi que leur conformité au regard de la réglementation européenne sur les produits biocides. Ces résultats seront également rendus publics dès qu'ils seront disponibles.

Vous posez la question de savoir si des normes contraignantes seront prévues à l'avenir pour la composition des masques de confort.

À l'exception de l'étiquetage prévu dans la législation "biocides" concernant les articles traités, aucune information particulière à destination des responsables de la mise sur le marché ou des utilisateurs ne doit être disponible sur le masque. De plus, à ce stade, aucune législation chimique européenne n'apporte de solution transversale en vue de connaître la composition chimique des articles présents sur le marché belge, d'interdire éventuellement certaines techniques et/ou substances et d'informer le consommateur.

Au cours du mois de juin dernier, et en accord avec ma collègue en charge de l'Environnement, j'ai décidé de demander au Conseil supérieur de la Santé de compléter son premier avis, consécutivement à la campagne d'inspection sur ces questions précises. Le recours aux masques en dehors de la présente crise nécessite de légiférer au sujet de la composition ou de l'étiquetage. Selon les conclusions et les recommandations du Conseil supérieur de la Santé, un arrêté royal particulier pourrait être envisagé, afin de ne plus connaître la même situation d'incertitude quant aux risques sanitaires dus à la composition même des masques.

16.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir répondu à propos de ces fameux masques qui ont tant fait parler d'eux. Vous êtes d'autant plus à l'aise que vous n'étiez pas à la manœuvre lors de ces commandes.

J'entends également que Sciensano poursuit une étude complémentaire sur ces nanoparticules et autres substances qui pourraient se retrouver sur les masques et que ses conclusions devraient être rendues publiques prochainement. C'est une bonne nouvelle.

Je relève également votre attitude proactive auprès du Conseil supérieur de la Santé sur les deux thèmes suivants: l'usage des masques en dehors des périodes de pandémie et la nécessité de légiférer sur un étiquetage. Cela me semble nécessaire, afin d'éviter de reproduire certaines erreurs commises au début de la crise. Je serai donc très attentif aux conclusions de ces travaux.

En tout cas, je vous remercie des réponses très complètes que vous avez pu m'apporter aujourd'hui.

Président: Thierry Warmoes.

Voorzitter: Thierry Warmoes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Ceci clôture cette séance de questions orales. Il s'agit de plusieurs questions qui remontent à début juillet. Cela dit, nous avons abordé de gros débats d'actualité.

Monsieur le ministre, votre présence restera nécessaire la semaine prochaine, mais j'ai bon espoir que nous rattraperons notre retard pour nous mettre en phase avec l'actualité.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 33.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.33 uur.