CRIV 55 **COM 771**

DE KAMER BE
LA CHAMBRE BE

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

Mercredi

04-05-2022

Après-midi

Woensdag

04-05-2022

Namiddag

N-VA	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
Ecolo-Groen	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
PS	*Parti Socialiste*
VB	*Vlaams Belang*
MR	*Mouvement Réformateur*
cd&v	*Christen-Democratisch en Vlaams*
PVDA-PTB	*Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique*
Open Vld	*Open Vlaamse Liberalen en Democraten*
Vooruit	*Vooruit*
Les Engagés	*Les Engagés*
DéFI	*Démocrate Fédéraliste Indépendant*
INDEP-ONAFH	*Indépendant - Onafhankelijk*

Abréviations dans la numérotation des publications :		*Afkortingen bij de nummering van de publicaties :*	
DOC 55 0000/000	*Document parlementaire de la 55e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif*	*DOC 55 0000/000*	*Parlementair stuk van de 55e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*
QRVA	*Questions et Réponses écrites*	*QRVA*	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*
CRIV	*Version provisoire du Compte Rendu Intégral*	*CRIV*	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag*
CRABV	*Compte Rendu Analytique*	*CRABV*	*Beknopt Verslag*
CRIV	*Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)*	*CRIV*	*Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)*
PLEN	*Séance plénière*	*PLEN*	*Plenum*
COM	*Réunion de commission*	*COM*	*Commissievergadering*
MOT	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*	*MOT*	*Moties tot besluit van interpellaties (op beigekleurig papier)*

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
e-mail : publications@lachambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Débat d'actualité sur le dossier OpenPharma et questions jointes de 1
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier "OpenPharma"" (55027380C) 1
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier "OpenPharma"" (55027382C) 1
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les imperfections de la plateforme de transparence" (55027386C) 1
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier OpenPharma" (55027465C) 1
Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Kathleen Depoorter, Dominiek Sneppe, Sophie Rohonyi, Gitta Vanpeborgh, Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 10
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réduction des séjours en maternité et les réadmissions des nouveau-nés à l'hôpital" (55025525C) 10
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude alarmante de la MC sur l'hospitalisation après l'accouchement et la fermeture de maternités" (55025670C) 10
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture de maternités" (55027036C) 10
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La croissance des réadmissions des nouveau-nés à la suite de la réduction du séjour en maternité" (55027189C) 11
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture de maternités" (55027459C) 11
Orateurs: **Hervé Rigot, Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Sophie Rohonyi, Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation correcte de désinfectants pour prévenir le phénomène de résistance" (55025592C) 20
Orateurs: **Dominiek Sneppe, Frank**

INHOUD

Actualiteitsdebat over het OpenPharmadossier en toegevoegde vragen van 1
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het OpenPharmadossier" (55027380C) 1
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het OpenPharmadossier" (55027382C) 1
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gebreken van het transparantieplatform" (55027386C) 1
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het OpenPharmadossier" (55027465C) 1
Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Kathleen Depoorter, Dominiek Sneppe, Sophie Rohonyi, Gitta Vanpeborgh, Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 10
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inkorting van het verblijf in de kraamkliniek en de heropname van borelingen in het ziekenhuis" (55025525C) 10
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De alarmerende CM-studie over het verblijf op de kraamafdeling en de sluiting van materniteiten" (55025670C) 10
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van kraamklinieken" (55027036C) 10
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende aantal heropnames van borelingen na de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek" (55027189C) 10
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van materniteiten" (55027459C) 10
Sprekers: **Hervé Rigot, Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Sophie Rohonyi, Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het correct gebruik van ontsmettingsmiddelen om resistentie te voorkomen" (55025592C) 20
Sprekers: **Dominiek Sneppe, Frank**

Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'endométriose" (55025677C) 22

Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Endometriose" (55025677C) 22

Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de 26

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les amendes infligées aux kinésithérapeutes dispensant des soins à des handicapés cohabitants" (55025912C) 26
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les amendes infligées aux kinésithérapeutes dispensant des soins à des handicapés cohabitants" (55026815C) 26
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les amendes infligées aux kinésithérapeutes soignant des personnes cohabitantes avec un handicap" (55027190C) 26

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Samengevoegde vragen van 26

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boetes voor kinesisten die zorg verstrekken aan samenwonende personen met een handicap" (55025912C) 26
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boetes voor kinesisten die zorg verstrekken aan samenwonende personen met een handicap" (55026815C) 26
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boetes voor de kinesisten die zorg verstrekken aan samenwonenden met een handicap" (55027190C) 26

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de 28

- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation d'antidépresseurs et de médicaments contre les troubles anxieux chez les jeunes" (55026376C) 28
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les SSM et la consommation d'antidépresseurs chez les enfants et les jeunes" (55026856C) 28

Orateurs: **Gitta Vanpeborgh, Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Samengevoegde vragen van 28

- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van antidepressiva en medicijnen tegen angststoornissen bij jongeren" (55026376C) 28
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De GGZ en het gebruik van antidepressiva bij kinderen en jongeren" (55026856C) 28

Sprekers: **Gitta Vanpeborgh, Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le maintien au frigo du dossier IVG" (55025807C) 33

Orateurs: **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het in de koelkast gezette abortusdossier" (55025807C) 33

Sprekers: **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cancer du sein" (55025810C) 35

Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Borstkanker" (55025810C) 35

Orateurs: **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Sprekers: **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre de mises en observation par le procureur du Roi" (55026432C) 37
Orateurs: **Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aantal opnemingen ter observatie op bevel van de procureur des Konings" (55026432C) 37
Sprekers: **Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incidence des reports de soins sur le remboursement des traitements" (55026460C) 38
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van de uitgestelde zorg op de terugbetaling van de behandelingen" (55026460C) 38
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mention de dangerosité du protoxyde d'azote sur les cartouches métalliques contenant ce produit" (55026216C) 41
Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vermelding van de gevaren van lachgas op de lachgaspatronen" (55026216C) 41
Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement antirétroviral Descovy contre le sida" (55026217C) 43
Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het antiretrovirale middel tegen aids Descovy" (55026217C) 43
Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de 44
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contingentement des médecins" (55026482C) 44
- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55027371C) 44
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord sur les numéros INAMI" (55027373C) 45
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord concernant les quotas INAMI" (55027464C) 45
Orateurs: **Valerie Van Peel, Barbara Pas**, présidente du groupe VB**, Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires

Samengevoegde vragen van 44
- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsencontingentering" (55026482C) 44
- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55027371C) 44
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het akkoord over de RIZIV-nummers" (55027373C) 44
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het akkoord over de RIZIV-quota" (55027464C) 44
Sprekers: **Valerie Van Peel, Barbara Pas**, voorzitster van de VB-fractie**, Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken

sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 56
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état d'avancement du dossier de remboursement du Kaftrio, du Symkevi et de l'Orkambi" (55026518C) 56
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mucoviscidose" (55026648C) 56
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier Kaftrio" (55027466C) 56

Orateurs: **Kathleen Depoorter, Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 56
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken omtrent het terugbetalingsdossier voor Kaftrio, Symkevi en Orkambi" (55026518C) 56
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Mucoviscidose" (55026648C) 56
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Kaftriodossier" (55027466C) 56

Sprekers: **Kathleen Depoorter, Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MERCREDI 4 MAI 2022

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 4 MEI 2022

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 01 et présidée par M. Hervé Rigot.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.01 uur en voorgezeten door de heer Hervé Rigot.

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 Débat d'actualité sur le dossier OpenPharma et questions jointes de
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier "OpenPharma"" (55027380C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier "OpenPharma"" (55027382C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les imperfections de la plateforme de transparence" (55027386C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier OpenPharma" (55027465C)
01 Actualiteitsdebat over het OpenPharmadossier en toegevoegde vragen van
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het OpenPharmadossier" (55027380C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het OpenPharmadossier" (55027382C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gebreken van het transparantieplatform" (55027386C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het OpenPharmadossier" (55027465C)

01.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le président, monsieur le ministre, vous avez sûrement lu les journaux *Le Soir, De Tijd, Médor* qui, durant quatre jours, viennent de faire des révélations interpellantes. Je donne quelques exemples: 600 000 euros ont été offerts à un chirurgien dermatologue par une firme qui produit du botox; 100 000 euros ont été donnés à un groupe de cardiologues pour une revue dans laquelle un producteur de *pacemakers* y place sa publicité. Mais aussi au sein de notre commission de remboursement des médicaments, nous apprenons que des membres participent à des discussions sur le remboursement de certains médicaments alors qu'en même temps, ils sont payés des dizaines de milliers d'euros pour donner des conseils à ces firmes.

Monsieur le ministre, tout comme moi, je pense que vous avez été fort interpellé par toutes ces révélations. Il s'agit de 875 millions d'euros dépensés par Big Pharma pour sponsoriser notre secteur des

01.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Verscheidene kranten publiceerden onthullende feiten over de farmaceutische sector: 600.000 euro voor een chirurg, betaald door een Botoxfabrikant; 100.000 euro voor cardiologen, betaald door een bedrijf dat pacemakers fabriceert. Zelfs leden van onze Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen krijgen naar verluidt tienduizenden euro's betaald om bedrijven te adviseren.

Big pharma zou 875 miljoen euro besteden aan honoraria voor

soins de santé, que ce soit en frais de consultance, en dons à des associations de patients, mais aussi, pour le plus grand montant, à de la recherche et développement par des universités.

Non seulement les flux qui passent de Big Pharma vers le secteur des soins de santé doivent nous interpeller sur l'aspect de notre dépendance aux firmes pharmaceutiques, mais un autre élément était aussi abordé dans l'enquête. Il s'agit du manque de transparence et des problèmes posés: il semble que les tableaux ne soient pas complets. Il a souvent été très compliqué de retracer les différents flux. Il semblait aussi que l'AFMPS n'ait jamais vraiment exercé de contrôles sur ce registre de transparence.

Quelle a été votre réaction suite à la lecture de ce dossier? Qu'allez-vous faire sur le fond? Comment rendre notre santé publique moins dépendante des intérêts commerciaux? Pensez-vous aussi que la législation doit être revue à ce niveau-là? Allez-vous, par exemple, financer la recherche davantage au niveau public pour faire face à cette influence des firmes pharmaceutiques? Allez-vous donner plus de moyens aux associations de patients? *In fine*, allez-vous faire en sorte que l'AFMPS exerce des contrôles sur ce registre?

consultancy, schenkingen aan patiëntenverenigingen en R&D voor universiteiten. Daaruit blijkt onze afhankelijkheid van die sector en het gebrek aan transparantie rond die geldstromen.

Hoe kan onze volksgezondheid minder afhankelijk gemaakt worden van commerciële belangen? Moet de wet herzien worden? Zult u onderzoek door de publieke sector meer financieren? Zult u meer middelen ter beschikking stellen van patiëntenverenigingen? Zult u ervoor zorgen dat het FAGG zijn controletaak uitoefent?

01.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ook mijn vraag gaat over het gepubliceerd onderzoek in onder meer *De Tijd* en *Knack* over OpenPharma en de enquête waarin gesteld wordt dat er op ongeveer vier jaar tijd 875 miljoen euro naar de gezondheidssector vloeide. Die som werd verdeeld over 31.754 ontvangers. Er wordt gemeld dat het gaat om artsen, verpleegkundigen, apothekers, universiteiten, ziekenhuizen, organisaties uit de gezondheidssector en patiëntenverenigingen.

In het onderzoek werden verschillende aspecten belicht, waaronder ook onderzoek en ontwikkeling, het wettelijk kader en de interactie tussen de verschillende actoren. Elke burger kan in principe, via www.betransparent.be, dat transparantieregister raadplegen. Het initiatief werd beheerd door de vzw Mdeon in opdracht van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

Mijnheer de minister, kunt u toelichten hoe en op welke manier de controle gebeurt op dat transparantieregister? Is volgens u die controle afdoende? In hoeverre gebeurt er controle naar de verschillende patiëntenverenigingen en de besteding van de middelen?

Het gaat om 134.000 transacties. Kaderen daarvan ook transacties in de artikels 111 en 81, dus de terugbetalingsdossiers van innovatieve geneesmiddelen die niet transparant zijn, maar onder clausule worden afgesloten? Is het mogelijk dat de middelen daaruit voortvloeien?

Ook de medtechbedrijven vallen onder het transparantieregister, maar zult u het initiatief uitbreiden naar producten als bijvoorbeeld de diagnostica, de PBM's en de medische hulpmiddelen?

01.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): L'étude publiée notamment dans *De Tijd* et *Knack* au sujet d'Open Pharma indique que sur une période d'environ quatre ans, 875 millions d'euros ont été transférés vers le secteur des soins de santé. Tout citoyen peut, en principe, consulter le registre de transparence sur www.betransparent.be.

Mais comment ce registre est-il contrôlé? Les transactions dans le cadre des dossiers de remboursement de médicaments innovants s'y trouvent-elles également? Le ministre élargira-t-il l'initiative aux produits tels que les diagnostics, les EPI et les dispositifs médicaux?

01.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over hetzelfde onderzoek, maar ik wil het specifieker hebben over de website zelf, namelijk www.betransparent.be. Uiteraard kan iedereen

01.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Le registre de transparence – ou du moins le site

die website en het transparantieregister raadplegen. De website wordt beheerd door de vzw Mdeon in opdracht van het FAGG.

Het transparantieplatform blijkt nu toch niet zo transparant te zijn. Het platform is niet gebruiksvriendelijk en zijn er problemen met de zogenaamde transparantie. Niemand controleert of de inhoud klopt. Het is vaak niet duidelijk onder welke naam iemand iets doet. Is het ten persoonlijken titel of in naam van de vereniging of vennootschap? Niemand controleert of bedrijven wel aangifte doen, wat ze nochtans verplicht zijn, en waar ook boetes op staan. Als dit niet gecontroleerd wordt, zullen er waarschijnlijk ook weinig boetes worden uitgeschreven. Er loopt kortom heel wat mank.

Waarom wordt niet gecontroleerd of bedrijven aangifte doen? Waarom worden de aangiften niet gecontroleerd?

Er blijken lacunes in de betreffende wet te zitten. Bent u van plan om die wet aan te passen?

Waarom is er zo'n probleem rond transparantie inzake de geldstromen vanuit de farmaceutische industrie? Kan dat volgens u transparanter? Waarom wel of waarom niet? Welke stappen zal u daartoe zetten?

www.betransparent.be – est géré par l'ASBL Mdeon pour le compte de l'AFMPS. Toutefois, la plate-forme n'est pas conviviale et son contenu n'est soumis à aucun contrôle.

Pourquoi? Et pourquoi y a-t-il un problème de transparence concernant les flux financiers provenant de l'industrie pharmaceutique?

01.04 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je ne reviendrai pas sur le contexte sur lequel mes collègues viennent de s'exprimer.

Je me dois toutefois de revenir sur certaines failles du système BeTransparent qui ont pu être décelées au travers du dossier OpenPharma:
- un manque d'accessibilité;
- une possibilité d'enregistrer les données uniquement pour les trois années précédentes;
- une dérogation à l'obligation précisée des bénéficiaires des montants en ce qui concerne les frais de recherche et de développement, et ce, alors qu'ils représenteraient environ 60 % du financement;
- des erreurs d'encodage;
- des déclarations incomplètes;
- surtout, l'absence de tout contrôle de cette fameuse plate-forme.

Monsieur le ministre, quelles conclusions tirez-vous de cette enquête OpenPharma? Comment comptez-vous répondre auxdites failles relevées et révélées par l'enquête? Avez-vous prévu une concertation avec le secteur sur le sujet? De quelle manière l'AFMPS détermine-t-elle ses priorités? Comment l'analyse des risques se fait-elle aujourd'hui? Comment expliquez-vous que l'AFMPS ait pu, durant cinq ans, écarter sa responsabilité de contrôler la plate-forme BeTransparent? En étiez-vous averti? Avez-vous agi face à cette situation et de quelle manière? Êtes-vous disposé à modifier la loi prévoyant cette plate-forme pour combler les lacunes observées aujourd'hui et de préciser les rôles et responsabilités de chacun. Dans l'affirmative, avez-vous déjà prévu un calendrier à ce sujet?

01.04 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Dankzij het Open Pharma-dossier kwamen de tekortkomingen van het systeem aan het licht: gebrekkige toegankelijkheid, alleen registratie van gegevens voor de voorbije drie jaar, vrijstelling van de verplichting om de begunstigden van R&D-kosten te vermelden, registratiefouten, onvolledige aangiftes en gebrek aan controle.

Hoe bent u van plan te reageren op het Open Pharma-onderzoek? Zal er met de sector overlegd worden? Hoe legt het FAGG zijn prioriteiten vast? Hoe verklaart u dat het FAGG vijf jaar lang geen toezicht gehouden heeft op het platform? Bent u bereid de wet te wijzigen? Hebt u een tijdpad opgesteld?

01.05 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik heb, net als de collega's, ook de artikels en uw reactie daarop gelezen. U zei dat er moet worden bijgestuurd, indien nodig. U kunt mijn vraag vandaag misschien niet beantwoorden, maar op het moment wordt er

01.05 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Jusqu'à présent, de l'argent est donné de façon très spécifique et ciblée. Serait-il

– dit is begrijpelijk – heel specifiek en doelgericht geld gegeven. Is het denkbaar dat wij aan de instanties zouden vragen om een bepaald percentage af te geven voor andere doeleinden – wat zij nu al doen – en dat wij dat geld in bijvoorbeeld een fonds zouden stoppen, waarna de overheid instaat voor de doelgerichte en specifieke toewijzing daarvan? Ik denk dan aan universitair onderzoek, alsook aan patiëntenverenigingen, die hier baat bij zouden hebben.

envisageable qu'un pourcentage soit versé à un fonds dont l'argent serait réparti par l'État, de façon ciblée et spécifique, par exemple à des établissements de recherche universitaires ou à des associations de patients?

01.06 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, beaucoup de questions ayant été posées, je m'inscris pour la réplique.

01.07 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, je me permettrai également d'intervenir. Mes collègues ont déjà résumé la situation avec cinq points très inquiétants: le manque d'accessibilité au site; les déclarations inexistantes, incomplètes ou erronées; des médecins camouflés derrière des sociétés, voire des hôpitaux; une impossibilité de suivre les interactions financières en temps réel; une confusion entre les différentes catégories de bénéficiaires des versements de l'industrie

L'absence de contrôle de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et l'absence de sanctions depuis 2017 ont aussi été soulignées. Par conséquent, il existe de grandes inquiétudes sur notre système de soins de santé. Je crois qu'il est fondamental que la transparence soit présente dans ce domaine. Ces financements et avantages peuvent créer une relation de réciprocité entre les parties, ce qui n'est évidemment pas souhaitable. Ce n'est sain ni pour notre système de soins de santé, ni pour les patients en particulier. Ceux-ci doivent aussi être sûrs d'avoir des conseils médicaux qui soient absolument objectifs et qui ne tiennent compte d'aucun élément extérieur, tel que l'intervention des entreprises pharmaceutiques.

Monsieur le ministre, confirmez-vous les failles dénoncées par l'enquête OpenPharma concernant le site BeTransparent? Quelles améliorations pouvez-vous apporter?

Ne pensez-vous pas que l'AFMPS devrait davantage contrôler la situation et avoir une présence plus rigoureuse sur cette plateforme?

Je sais que vous travaillez actuellement sur un pacte pharmaceutique pour les années à venir. Pouvez-vous nous expliquer quels en seront les grands axes et si un volet consacré à la transparence sera développé?

01.07 **Hervé Rigot** (PS): De punten van discussie werden reeds onderstreept: een gebrekkige toegankelijkheid van de websites, onvolledige of foute aangiften, artsen die zich achter vennootschappen verschuilen, ondoorzichtigheid van de financiële transacties, verwarring tussen de categorieën van begunstigden van de stortingen van de industrie en tot slot een gebrek aan controle door het FAGG. De voordelen waarvan sprake kunnen een afhankelijkheidsrelatie tussen de stakeholders creëren, wat schadelijk is voor de gezondheidszorg en de patiënten.

Bevestigt u de in het Open Pharma-onderzoek aangeklaagde gebreken met betrekking tot de website www.betransparant.be? Zou het FAGG de situatie niet beter moeten controleren? Wat zullen de grote krachtlijnen van het farmapact zijn? Zal er een gedeelte over transparantie uitgewerkt worden?

01.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, ik heb die publicaties natuurlijk ook grondig gelezen en ik deel uw bezorgdheid. U zult gemerkt hebben dat mijn reactie in *De Tijd* vrij kort en algemeen was. Dat komt doordat die reactie mij op het laatste moment gevraagd werd, net voor de publicatie. Ook vandaag zal ik vrij kort en algemeen zijn.

Ik wil dit thema echt ten volle opnemen in het overleg met de farmaceutische industrie in het kader van het farmapact. Het eerste punt, dat mevrouw Vanpeborgh heeft aangestipt, is wellicht het meest fundamentele. Wat is de dynamiek van wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot farmaceutica? Het tweede punt is of de wetgeving

01.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je suis tout à fait favorable à l'idée d'intégrer cette question dans les points à aborder lors des concertations avec l'industrie pharmaceutique dans le cadre du pacte pharmaceutique. Notre société doit se demander si elle balise suffisamment la direction qu'emprunte la recherche scientifique, quelles sont les priorités et comment les fonds

die tijdens de vorige regeerperiode is uitgewerkt, de Sunshine Act, adequaat is dan wel of die problemen vertoont. De derde vraag is hoe de controle daarop is.

Mevrouw Vanpeborgh, ik denk dat u gelijk hebt dat we ons als samenleving moeten afvragen of we voldoende sturend optreden met betrekking tot de richting die het wetenschappelijk onderzoek uitgaat, welke de prioritaire thema's zijn en de manier waarop de fondsen geworven worden. Dat is volgens mij een Europees debat. Hoe komt wetenschappelijk onderzoek tot stand? Kunnen we zeggen dat het vertrekt van prioriteiten inzake volksgezondheid en niet van de vraag waar er op korte termijn het hoogste rendement te halen valt? We moeten deze strijd echt op Europees niveau aangaan.

Ten tweede – en hier treed ik volledig buiten mijn bevoegdheden – wil ik wel meegeven dat ik absoluut voorstander ben van een voldoende ruimte basisfinanciering van het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek aan de universiteiten, precies omdat ik vind dat we daar bakens moeten hebben van onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek op basis van maatschappelijke prioriteiten. We moeten er ook voor zorgen dat de academische wereld niet te afhankelijk is van contracten met de industrie. Dat geldt trouwens niet alleen voor farmaceutica.

Hiermee ga ik echter mijn bevoegdheden ver te buiten want dat betreft de deelstaten, wetenschappelijk onderzoek en universiteiten. Dit is wat mij betreft wel een belangrijk fundamenteel debat, als we nadenken over de dynamiek van het wetenschappelijk onderzoek en hoe het wordt georiënteerd.

Mevrouw Vanpeborgh, ik ben het eens met wat u zegt. Als men als overheid voldoende geld wil vrijmaken voor onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek via publieke fondsen, dan moet men die publieke fondsen kunnen verzamelen en moet men daarvoor de nodige belastingen en bijdragen heffen.

Ten tweede, we moeten de wetgeving die in de vorige legislatuur tot stand is gekomen opnieuw kritisch bekijken. Ik zal daarover vandaag geen oordeel vellen, want daarvoor moet ik ze echt bekijken en ik wil dat ook bespreken met onder andere de farmaceutische industrie. Door de manier waarop die wetgeving is opgevat, heeft men vanzelfsprekend een aantal beperkingen op de controle.

U vroeg bijvoorbeeld of de bedrijven wel gecontroleerd worden. Het is een vrijwillig systeem, dus een bedrijf geeft aan op vrijwillige basis. Als een bedrijf niet aangeeft, heeft men dus niet meteen een observeerbaar aanknopingspunt om te stellen dat het bedrijf in de fout is. Het bedrijf zou in de fout gaan als het iets zou moeten aangeven, maar het kan zijn dat men daarvan geen enkele observatie heeft.

Is dat een goed systeem? Dat systeem is heel expliciet gelanceerd op basis van vrijwilligheid, wat natuurlijk het soort controles beperkt waaraan sommige mensen hier denken. Men kan constateren dat een bedrijf niets aangeeft, maar daaruit kan men niet besluiten dat het bedrijf een inbreuk pleegt. Men kan alleen besluiten dat het bedrijf niets aangeeft.

Er wordt ook aangestipt dat er foutieve *codages* zijn. Dat moet

sont levés. Le débat est également européen.

Personnellement, je suis un fervent partisan de l'octroi d'un financement de base solide aux universités pour la recherche scientifique fondamentale. En effet, j'estime que nous devons pouvoir nous appuyer sur une recherche scientifique indépendante fondée sur les priorités de la société. En outre, le monde universitaire ne devrait pas être trop dépendant de contrats conclus avec l'industrie pharmaceutique, et cette règle ne s'applique d'ailleurs pas seulement à la recherche pharmaceutique.

Si les pouvoirs publics souhaitent débloquer suffisamment de fonds pour une recherche scientifique indépendante financée par des fonds publics, il faut pouvoir rassembler ces fonds publics et, pour ce faire, lever les taxes et cotisations nécessaires. Nous devons également revoir avec un regard critique la législation de la législature précédente et en discuter notamment avec l'industrie pharmaceutique. Il existe, en effet, plusieurs restrictions en matière de contrôle. Une entreprise effectue, par exemple, une déclaration sur une base volontaire, ce qui limite bien entendu le type de contrôles que certains ont en tête. On peut néanmoins constater qu'une entreprise ne déclare rien, mais pas automatiquement en déduire qu'il y a infraction.

J'aborderai les éventuelles erreurs d'encodage avec l'AFMPS et les parties impliquées. Le cas échéant, elles devraient en principe être assez facilement rectifiables.

Je m'entretiendrai également avec l'AFMPS au sujet des entreprises qui ne renoncent à rien et qui devraient tout de même peut-être renoncer à quelque chose. Je pense que cette question est liée aux priorités de l'AFMPS et de

inderdaad worden onderzocht. Het is één van de zaken die in het onderzoek naar voren komen en waarover ik met de mensen van het FAGG en de betrokken partijen zal spreken. Als er foutieve *codages* zijn, dan moet dat in principe relatief gemakkelijk recht te zetten zijn. Dat zal ik zeker met hen opnemen.

Er is ook de bredere vraag of men probeert te weten te komen of bedrijven die niets opgeven misschien toch iets zouden moeten opgeven? Ik zal daarover met de mensen van het FAGG in gesprek gaan. Ik denk dat dit ook te maken heeft met de prioriteiten die men bij het FAGG stelt. De vraag is of dit hoger op het prioriteitenlijstje van het FAGG moet staan. Kan men dit bij het FAGG hoger op die lijst zetten? Daarover ga ik met hen in gesprek.

Op dit ogenblik worden de controles door het FAGG vooral uitgevoerd na klachten in de context van artikel 10 van de wet op de geneesmiddelen, waarrond ook Mdeon actief is. In de praktijk gaat het om zeer specifieke situaties, specifieke premies of voordelen, de gastvrijheid tijdens een specifieke conferentie en welbepaalde publiciteit.

Ik denk dat ik de handhavingspraktijk van het FAGG hier kritisch moet bekijken, op basis van de mogelijkheden en aan de hand van een correcte analyse van de mate waarin men dit als een prioriteit moet beschouwen. Ik zal met de mensen van het FAGG op die basis in discussie gaan over de vraag of een correctie van de handhavingspraktijk nodig is.

Los van die specifieke wetgeving denk ik dat er inderdaad een vraagstuk van deontologie en transparantie bestaat met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek in de sfeer van de ontwikkeling van farmaceutica of het gebruik van bepaalde farmaceutica.

Ik denk dat die vraag inderdaad rijst. Dit zit in mijn agenda voor de onderhandelingen over het farmapact. Ik ben dus effectief van plan om daarover met de farmaceutische industrie in dialoog te gaan. De vraag is in welke mate we het beter kunnen doen inzake deontologie en transparantie.

Ik gaf al een eerste voorlopige reactie aan *De Tijd*. Daar stelde ik dat als we in het overleg dat ik daarover wil voeren met de farmaceutische industrie vaststellen dat er verbeteringen en verfijningen nodig zijn van de wetgeving en van de wijze waarop de handhaving wordt georganiseerd, of van beide, we die ook zullen doorvoeren. Dat is vanzelfsprekend erg belangrijk voor het vertrouwen dat het publiek moet hebben in enerzijds onze wetenschappers, onze zorgverstrekkers en onze ziekenhuizen en anderzijds in de farmaceutische specialiteiten die ontwikkeld en aangeboden worden.

Mijnheer de voorzitter, dit is een eerste algemene reactie. Zoals u zelf heeft gezegd, denk ik dat dit naar boven moet komen als een belangrijk thema in het farmapact. Ik wil hieraan toevoegen, niet bij wijze van goedkoop excuus, maar omdat het een realiteit is, dat ik met het farmapact een aanzienlijke achterstand heb opgelopen qua timing. Dat is één van de vele werven die omwille van COVID-19 steeds uitgesteld zijn. Ik heb echter vorige week pharma.be ontmoet. Met hen heb ik gesproken over het opstarten van echt overleg over

l'éventualité de lui attribuer une place plus importante sur la liste des priorités. Actuellement, les contrôles de l'AFMPS sont principalement effectués à la suite de plaintes relatives à l'article 10 de la loi sur les médicaments. Dans la pratique, il s'agit de situations très spécifiques, de primes ou d'avantages particuliers, de l'accueil lors d'une conférence spécifique et d'une publicité bien définie. Je dois jeter un regard critique sur la pratique de l'AFMPS, en vue d'un ajustement éventuel. Par ailleurs, je pense qu'il y a effectivement une question de déontologie et de transparence en ce qui concerne la recherche scientifique dans le développement de produits pharmaceutiques ou l'utilisation de certains produits pharmaceutiques.

Comme je l'ai exprimé dans *De Tijd*, le cas échéant, nous améliorerons et affinerons la législation, et en adapterons l'application, dans le cadre de notre concertation avec l'industrie pharmaceutique. C'est essentiel pour que le public garde confiance dans les acteurs concernés.

J'ai pris un retard considérable au niveau du pacte avec l'industrie pharmaceutique, car il s'agit de l'un des nombreux chantiers qui a été à maintes reprises reporté en raison de la pandémie. La semaine dernière, j'ai toutefois mené une concertation approfondie avec Pharma.be au sujet du pacte avec l'industrie pharmaceutique et j'espère pouvoir à présent y consacrer davantage de temps.

een farmapact en ik hoop daar meer tijd in te kunnen steken in de eerstkomende periode, nu we gelukkig minder bezig zijn met COVID-19.

Le **président**: Merci, monsieur le ministre. Le rendez-vous est pris pour l'automne prochain, afin de discuter davantage avec vous du pacte pharmaceutique.

De **voorzitter**: De afspraak ligt vast: in het najaar kan het farmapact met u besproken worden.

01.09 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, vous parlez du fait qu'il faut réfléchir à l'indépendance de la recherche, et vous avez trouvé en moi une partenaire. Je pense que c'est effectivement un point très important, en faveur duquel nous plaidons au PTB.

Ce qui est lié au "Sunshine Act" relève de votre responsabilité, comme le démontre le dossier. Pour le moment, les données sur la recherche sont comme une boîte noire. Il y a là une première piste d'amélioration de ce cadre législatif.

Vous affirmez que vous allez discuter avec l'AFMPS. Selon le dossier, aucun contrôle n'a jamais été effectué. Si vous n'êtes pas encore convaincu que c'est nécessaire après avoir lu certaines révélations, je vous conseille de les relire. Cela doit faire partie des priorités de l'AFMPS de contrôler si la législation est bien respectée et de l'améliorer au niveau de ce qui est encodé ou pas.

Sur le fond, je vous entends parler d'un pacte avec l'industrie pharmaceutique. Je pense que le premier pacte que vous devez faire est avec les citoyens et les travailleurs des soins de santé, qui veulent faire du mieux qu'ils peuvent, sans influence des firmes pharmaceutiques. Je ne comprends pas la raison de ce pacte avec l'industrie pharmaceutique. Il s'agit d'être lucide: l'industrie pharmaceutique n'agit pas par charité. Les montants qui sont distribués en consultance posent de gros problèmes au niveau de notre indépendance. Vous n'avez d'ailleurs pas parlé de la Commission de remboursement des médicaments. Vous devez prendre cela en main, et pas seulement en discutant avec les firmes. Nous savons ce qu'elles veulent, maintenant c'est à nous de savoir ce que nous voulons et comment nous voulons construire cette indépendance.

Avec le modèle kiwi, le PTB propose non seulement de casser les prix des médicaments, mais aussi de constituer une commission qui soit réellement indépendante. La Cour des comptes a déclaré que ce serait intéressant car cela diminuerait les conflits d'intérêts avec les firmes pharmaceutiques. Il y a là une vraie piste à explorer et je ne doute pas que nous reviendrons sur ce sujet.

01.09 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Het FAGG moet nagaan of de wetgeving nageleefd wordt en moet de registratie verbeteren. Er werden nooit controles uitgevoerd. De farmaceutische industrie handelt niet uit liefdadigheid: de bedragen die aan consultancy besteed worden zijn problematisch op het stuk van de onafhankelijkheid. U hebt het niet gehad over de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. U moet de kwestie naar u toetrekken. We moeten onze onafhankelijkheid uitbouwen.

Met het kiwimodel stelt de PVDA voor de prijzen van geneesmiddelen te breken en een commissie op te richten die echt onafhankelijk is. Volgens het Rekenhof zou dat leiden tot minder belangenconflicten met farmabedrijven.

01.10 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dat was inderdaad een mager antwoord, dat mij trouwens enigszins bezorgd maakt. Uiteraard kan de overheid prioritaire gezondheidsdoelstellingen vooruitschuiven, om dan aan de hand van bepaalde fiscale voordelen of afspraken met de farmasector onderzoek ter zake te laten uitvoeren of te faciliteren. Dat is wat de Vlaamse overheid in grote mate doet. Wanneer ik de cijfers bekijk, zie ik dat in Vlaanderen bijna twee miljard euro wordt uitgegeven aan onderzoek en ontwikkeling en dat de federale overheid daar amper 583 miljoen euro tegenoverstelt.

01.10 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Cette réponse n'est guère satisfaisante. Alors qu'en Flandre, près de 2 milliards d'euros sont consacrés à des activités de recherche et de développement, l'État fédéral dégage à peine 583 millions d'euros à cette fin. Si le gouvernement souhaite que les universités effectuent de la recherche en toute indépendance,

U stelt dat de federale regering de universiteiten voldoende middelen wil geven om onafhankelijk onderzoek in te richten. U zal dan echter wel in uw geldbeugel moeten tasten.

Veeleer dan hier wat in clichés te vervallen en het over onafhankelijk onderzoek te hebben, moet samenwerking worden bepleit. U geeft zelf aan dat u vertraging hebt met het farmapact. In dat geval moet er echter worden gepraat en moeten er prioriteiten voor zowel de overheid als de industrie naar voren worden geschoven.

Wij staan op de derde plaats in Europa op het vlak van de klinische studies. Dat betekent dat onze patiënten en zorgverstrekkers ook veel vlugger toegang hebben tot innovatie. Die positie moeten wij absoluut koesteren.

Een echt probleem is dat u mij niet hebt geantwoord op de vraag of een deel van die 874 miljoen euro niet binnen het kader van de artikelen 111 en 81 vallen. U weet immers net als ik dat bij bepaalde afspraken ook de opstart van een nieuw geneesmiddel wordt gefaciliteerd en dat bepaalde geneeskundigen in een bepaald ziekenhuis meehelpen om patiënten op te starten. Het zou goed zo kunnen zijn, maar u weet het niet of het wordt althans niet gecontroleerd, dat een deel van de middelen effectief van daar komt. Dat moet dus ook worden uitgeklaard.

Ten slotte, mijnheer de minister, ik verwijs nogmaals naar de vragen over het organigram van het FAGG. U geeft hier een mooi staaltje van het feit dat het agentschap niet optimaal is georganiseerd om zijn werking te kunnen verzekeren.

il doit y consacrer le budget nécessaire. Le ministre doit promouvoir la collaboration et tant les pouvoirs publics que l'industrie doivent avancer des priorités. Nous nous situons en troisième place du classement européen en matière d'études cliniques. Nous devons absolument préserver cette position.

Le ministre n'a pas répondu à la question de savoir si une partie de ces 874 millions d'euros s'inscrivaient dans le cadre des articles 111 et 81. Pour certaines conventions, le lancement d'un nouveau médicament est facilité et des prestataires spécifiques actifs en milieu hospitalier aident à lancer le traitement chez des patients. Les moyens proviennent-ils effectivement en partie de ce dispositif? Cet aspect devrait être clarifié.

Il apparaît une nouvelle fois que l'AFMPS n'est pas organisée de façon optimale pour assurer correctement ses missions.

01.11 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik moet mijn collega's bijtreden dat u een nogal vaag antwoord geeft. U gaat met de betrokkenen samenzitten en het farmapact loopt wat vertraging op. Het is een oud zeer dat er veel geheimzinnigheid heerst over de contracten met de farmasector. Er bestaat een transparantieplatform, maar blijkbaar mist dat een beetje zijn doel. De wet moet dus worden aangepast. Momenteel is er transparantie op vrijwillige basis, maar die zou moeten worden verplicht, naar analogie van bijvoorbeeld de mandatenaangifte. Als men die aangifte niet indient, zijn er berispingen en boetes mogelijk. Waarom zouden we hier niet hetzelfde kunnen doen?

We zijn niet gekant tegen investeringen door de farma-industrie, omdat ze innovatie kunnen stimuleren, maar dat moet dan wel correct en transparant verlopen. Er moet vooral transparantie zijn ten aanzien van de patiënten, die zich dan pas ten volle kunnen informeren en nagaan of het geneesmiddel wel het beste is voor hen en niet voor de farma-industrie of voor de dokter. In onze gezondheidszorg moet de patiënt immers steeds centraal staan. We mogen ook niet uit het oog verliezen dat het over grote bedragen gaat en dat de industrie dat zeker niet uit liefdadigheid doet. Daar zal zeker iets tegenover staan. Er moet onderzoek worden gedaan naar de return on investment.

Dat transparantieplatform is dus goed bedoeld maar mist eigenlijk zijn doel. We weten dat er grote geldstromen zijn, maar we weten niet wat de invloed is van de farma-industrie op onze gezondheidszorg. Dat zou toch de bedoeling van dat platform moeten zijn. De taak van de

01.11 **Dominiek Sneppe** (VB): Je trouve également que votre réponse manque de précision. L'épais mystère qui entoure les contrats conclus avec le secteur pharmaceutique ne date pas d'hier. Pour l'instant, la transparence est réalisée sur une base volontaire, mais elle devrait être rendue obligatoire. La plateforme de transparence rate son objectif, car nous ne connaissons pas l'influence qu'exerce l'industrie pharmaceutique sur nos soins de santé. Les pouvoirs publics doivent, d'une part, veiller à ce que les patients reçoivent les médicaments les mieux indiqués et, d'autre part, investir dans la recherche et l'innovation en préservant en permanence un bon équilibre entre leur part propre et celle de l'industrie pharmaceutique. Nous ne sommes pas opposés aux investissements de l'industrie pharmaceutique, car ils peuvent

overheid is enerzijds ervoor te zorgen dat de patiënten de middelen krijgen die voor hen de beste zijn, wat de arts of de specialist moet beslissen en niet de farma-industrie. Tegeljk is het de taak van de overheid om te investeren in onderzoek en innovatie en om daarbij een gezond evenwicht te vinden tussen wat de farma-industrie sponsort en wat de overheid belangrijk genoeg vindt om naar voren te schuiven, zonder dat daar veel geheimzinnigheid over heerst.

stimuler l'innovation, mais ils doivent se faire correctement et en toute transparence, surtout à l'égard des patients. Cette industrie manipule de gros montants et le secteur n'agit certainement pas par pure charité. Il faut toujours analyser le retour sur investissement.

01.12 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse, mais aussi de votre ouverture d'esprit. En effet, je retiens principalement de votre réponse que vous reconnaissez l'utilité d'une évaluation des éventuelles lacunes de la loi qui a instauré cette fameuse plateforme BeTransparent, ainsi que de son fonctionnement, en vue d'en tirer des conclusions. Vous parlez même de "corrections" – ce sont vos mots.

Il est déjà problématique que ces entreprises notifient sur une base volontaire les données qu'elles sont légalement contraintes de déclarer. Pensez-vous qu'il faudrait les stimuler autrement à les transmettre? Les incitants devraient-ils être davantage financiers, par exemple?

Vous nous indiquez aussi que le contrôle est actuellement exercé par l'AFMPS, uniquement à la suite de plaintes. Disposez-vous d'informations relatives au nombre de contrôles qui auraient pu être menés depuis 2017, précisément sur cette même base? Ne faudrait-il pas considérer que ce dispositif est insuffisant et qu'il devrait, au contraire, se dérouler systématiquement et régulièrement?

En outre, vous évoquez une volonté d'en discuter avec l'AFMPS. il n'apparaissait pas clairement dans votre réponse que ces discussions avaient déjà eu lieu ou qu'elles étaient simplement prévues.

Par ailleurs, vous n'avez pas abordé des points qui me semblent pourtant essentiels. Je pense notamment à l'éventuelle prolongation du délai endéans lequel les données qui sont publiées restent publiquement consultables dans le Registre Transparence, afin d'atteindre cet objectif de transparence poursuivi par la loi.

J'entends également votre volonté de participer à un débat européen sur la question de l'indépendance de la recherche et des enquêtes scientifiques. Ne pourrait-il pas se dérouler dans le cadre de cette fameuse "Europe de la santé" que j'ai déjà eu l'occasion d'aborder avec vous? En effet, la recherche y constitue un enjeu central. Dans le même temps, cette discussion doit s'organiser à l'échelle nationale, puisque se pose un problème belgo-belge avec l'AFMPS.

Enfin, vous avez insisté sur l'importance de l'indépendance de la recherche qu'il convient de préserver. Cette question ne peut-elle pas trouver sa place au sein de la Conférence interministérielle Santé? J'entends que vous sortiez, à ce moment-là, de vos compétences, étant donné que l'enseignement supérieur relève des entités fédérées. Or, dès l'instant où vous exprimez une volonté politique, il convient peut-être d'en profiter pour pouvoir la partager avec vos homologues des entités fédérées.

01.12 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Ik onthoud dat u openstaat voor een evaluatie van de leemten in de wet. De bedrijven delen op vrijwillige basis de gegevens mee die ze moeten opgeven. Zouden ze er op een andere wijze toe aangespoord moeten worden om die gegevens te bezorgen? Beschikt u over cijfers met betrekking tot de controles die het FAGG uitvoert naar aanleiding van een klacht? Zou er niet op gezette tijden een systematische controle uitgevoerd moeten worden?

Zou het debat over de onafhankelijkheid van het wetenschappelijk onderzoek en van de wetenschappelijke analyses gevoerd kunnen worden in het kader van het Europese gezondheidsbeleid? Zou de kwestie van de onafhankelijkheid van het universitair onderzoek in de IMC Volksgezondheid besproken kunnen worden?

Je pense en tout cas qu'à défaut, ce serait une occasion manquée.

01.13 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, il me semble important d'aborder ici trois aspects.

Tout d'abord, en ce qui concerne le Registre Transparence, il existe un double problème. D'une part, il y a un certain nombre d'erreurs ou de déclarations incomplètes ou non faites; d'autre part, les contrôles sont insuffisants. Il convient donc de clarifier la règle et de renforcer les contrôles.

Ensuite, il existe aujourd'hui – à mon avis, heureusement pour un certain nombre de projets – un partenariat avec l'industrie pharmaceutique. Conclure que lorsqu'il y a un soutien du secteur pharmaceutique, cela signifie d'office qu'il y a une perte d'indépendance des acteurs de la santé et des études universitaires réalisées n'est, selon moi, pas correct. Il est évidemment de notre devoir et de notre responsabilité de nous en assurer. Par rapport à cela, le fait que les déclarations restent assez générales ne permet pas de se poser un certain nombre de questions. Il me semble qu'il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain mais, au contraire, clarifier un certain nombre de points.

Enfin, cela met aussi en lumière le défaut de financement public. Je pense par exemple aux associations de patients qui font pourtant un travail remarquable auprès des patients et de leurs familles. Je pense à Sciensano qui, manifestement, a également reçu des financements. Je pense aussi à l'insuffisance de financement public auprès de la recherche, des universités, que ce soit sur le plan de la recherche fondamentale ou de la recherche clinique. Cela doit aussi dès lors interroger le politique sur la manière dont il doit redéployer du soutien suffisant en la matière.

01.13 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Wat het Transparantieregister betreft, is er sprake van foute en onvolledige aangiften en wordt er ontoereikend gecontroleerd. De regels moeten verduidelijkt worden en het aantal controles moet opgevoerd worden.

Voorts impliceert steun van de farmaceutische sector voor universitaire studies niet noodzakelijkerwijs een gebrek aan onafhankelijkheid van die studies, maar men moet daar wel zeker van kunnen zijn.

Ten slotte valt het gebrek aan overheidsfinanciering voor fundamenteel en klinisch onderzoek te betreuren: er zal nagegaan moeten worden hoe daarvoor opnieuw voldoende middelen aangewend kunnen worden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

02 Samengevoegde vragen van
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inkorting van het verblijf in de kraamkliniek en de heropname van borelingen in het ziekenhuis" (55025525C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De alarmerende CM-studie over het verblijf op de kraamafdeling en de sluiting van materniteiten" (55025670C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van kraamklinieken" (55027036C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende aantal heropnames van borelingen na de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek" (55027189C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van materniteiten" (55027459C)
02 Questions jointes de
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réduction des séjours en maternité et les réadmissions des nouveau-nés à l'hôpital" (55025525C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude alarmante de la MC sur l'hospitalisation après l'accouchement et la fermeture de maternités" (55025670C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture de maternités" (55027036C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La

croissance des réadmissions des nouveau-nés à la suite de la réduction du séjour en maternité" (55027189C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture de maternités" (55027459C)

02.01 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, une enquête de la mutualité chrétienne a mis en évidence un constat assez inquiétant, puisque le taux de réadmission de nouveau-nés dans les hôpitaux est passé de 4,8 % entre 2010 et 2014 à 5,9 % entre 2015 et 2019.

La mutualité évoque de nombreuses justifications à cette hausse. La durée des séjours a été réduite dans les maternités. Mais elle évoque aussi la vulnérabilité socio-économique des familles ou encore d'autres facteurs comme l'âge et l'existence de comorbidités chez les mères.

Afin de réduire le nombre de réadmissions, la mutualité préconise qu'un suivi postnatal plus approfondi soit mis en œuvre avant de décider du retour à la maison de la mère et de l'enfant.

Monsieur le ministre, la réduction du séjour en maternité a-t-elle fait l'objet d'une évaluation de la part de vos services? Si oui, quelles en sont les conclusions et les recommandations éventuelles? Que pensez-vous du suivi postnatal approfondi évoqué par la mutualité chrétienne? Ce type de suivi n'existe-t-il pas déjà? Est-il déjà mis en place dans certaines maternités? Si oui, quelles sont les bonnes pratiques en la matière? Quelles sont les conclusions?

02.01 **Hervé Rigot** (PS): Volgens het CM-ziekenfonds is het aantal pasgeborenen dat opnieuw in het ziekenhuis wordt opgenomen, gestegen van 4,8% in de periode van 2010 tot 2014 naar 5,9% in de periode van 2015 tot 2019. Redenen daarvoor zijn het kortere verblijf in de kraamafdelingen, de sociale kwetsbaarheid van gezinnen of het voorkomen van onderliggende aandoeningen bij de moeders. Om dat aantal heropnames terug te dringen, staat het ziekenfonds een grondiger postnatale opvolging voor.

Is de verkorting van het verblijf in de kraamafdeling al geëvalueerd door uw diensten? Gebeurt er in sommige kraamafdelingen al een grondiger postnatale opvolging? Wat zijn de goede praktijken in deze materie?

Le **président**: Madame Merckx, je vous propose de poser vos deux questions en une salve.

02.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le président, j'ai effectivement joint mes deux questions. Elles portent aussi bien sur l'étude de la mutualité chrétienne que sur le projet de fermeture des petites maternités.

De studiedienst van de CM onderzocht in september en december vorig jaar de evolutie van de steeds kortere kraamverblijven en bekeek of er risico's verbonden zijn aan die kortere opnames. Uit de studie bleek dat de beslissing van mevrouw De Block, zeven jaar geleden, om het verblijf op kraamafdelingen in te korten, het aantal heropnames van baby's heeft doen stijgen met bijna 6 %. De CM stelt duidelijk in de conclusies dat er inderdaad sprake is van een toename van de heropname van moeders en baby's in ons land in de periode gaande van vóór tot na de invoering van het beleid van minister De Block om de inkorting van het verblijf op de kraamafdeling versneld door te voeren.

Het KCE drong er destijds reeds op aan dat een verkort verblijf op de kraamafdeling gepaard diende te gaan met een gedegen postnatale opvolging. Het is uit den boze om de trend van kortere verblijven op de kraamafdeling verder door te voeren dan redelijk is, alleen uit besparingsoverwegingen.

Uit de studie van de CM is verder gebleken dat een andere grote oorzaak voor de heropnames de socio-economische gezondheidskloof is. Moeders en baby's van ouders met een verhoogde

02.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Depuis la décision de l'ancienne ministre de la Santé publique, Mme De Block, de raccourcir le séjour en maternité, on constate une hausse des réadmissions de nouveau-nés de près de 6 %. C'est ce qu'a calculé le service d'étude de la MC. De plus, il semble que les bébés de parents bénéficiant d'une intervention majorée courent plus de risques d'être hospitalisés. Les inégalités sont présentes dès le berceau. Que pense le ministre des résultats de cette étude?

Lorsque l'ancienne ministre De Block a annoncé son intention de fermer les petites maternités, un gynécologue a indiqué qu'une mère sur quatre dans les plus petites maternités était défavorisée. Si ces maternités sont intégrées à un mastodonte, le groupe vulnérable deviendra

tegemoetkoming hebben meer kans om terug in het ziekenhuis te belanden. "Ongelijkheid begint in de wieg", schreef *De Standaard*. Luc van Gorp noemde de cijfers ronduit alarmerend. Het zijn de sociaal-economisch zwakkere gezinnen die het grootste slachtoffer zijn van heropname, vooral als het verblijf nog eens ingekort wordt en er vervolgens onvoldoende opvolging is.

Ik kom aldus tot mijn tweede vraag, mijnheer de minister, betreffende de kleinere materniteiten die moeten sluiten: gaat dit nog verergeren? Toen mevrouw De Block in januari 2020 aankondigde dat ze zeventien kleinere materniteiten wou sluiten, schreef een gynaecoloog van een van de bedreigde materniteiten een opiniestuk in *De Standaard*, waarin hij stelde: "Een vierde van de mensen waarmee wij te maken krijgen, is kansarm. Het zou fout zijn om de kleinere materniteiten te laten opgaan in mastodonten. De kwetsbare groep zou daar weer anoniem zijn."

Ik heb u daar al eens over aan de tand gevoeld, mijnheer de minister, en u stelde toen dat u de besparingen op de materniteiten effectief wou uitvoeren. U zei wel dat u 10 miljoen euro zou vrijmaken voor perinatale zorgtrajecten. De vraag is of u die besparingsplannen voor de kleinere materniteiten echt wil doorzetten. Mevrouw De Sutter, uw regeringspartner, zei afgelopen vrijdag naar aanleiding van een bezoek aan de kraamafdeling van het AZ Oudenaarde dat zij het niet eens is met het plan om de kleinere materniteiten te sluiten.

Ze waarschuwde ook dat niet iedereen een auto heeft om naar een grotere materniteit, 30 minuten verder, te rijden. Ook uw eigen partij in Ronse en Oudenaarde, Vooruit, is tegen de plannen om de twee materniteiten te sluiten. Ze protesteren daar al maanden tegen.

Ik heb dus de volgende vragen.

Wat vindt u van de resultaten van de CM-studies? Zult u de besparing op de materniteiten doorvoeren? De regering zit daarvoor duidelijk niet op een lijn. Welke materniteiten zullen er al dan niet gesloten worden? Welke kunnen openblijven? Denkt u dat 10 miljoen euro voor het perinatale zorgtraject voldoende is, gezien de noden die er zijn? Hoe rijmt u die investeringen met de sluiting van de materniteiten? Sociaal-economisch zwakkere gezinnen zullen de eerste slachtoffers zijn wanneer u de kleine materniteiten sluit. U wil niet alleen de kleinere materniteiten sluiten, maar ook in het algemeen meer inzetten op verkorte ziekenhuisverblijven. Zult u daar ook op blijven inzetten wat betreft moeders die bevallen?

anonyme. Après une visite à la maternité d'Audenarde, la ministre De Sutter a déclaré qu'elle n'était pas d'accord avec le plan visant à fermer les petites maternités. La section Vooruit d'Audenarde a également protesté contre ce projet.

Le ministre poursuivra-t-il la mise en œuvre du plan visant à fermer les maternités plus petites? Les 10 millions d'euros qu'il a débloqués pour les soins périnataux suffiront-ils? Le ministre continuera-t-il de miser sur des séjours hospitaliers plus courts après l'accouchement?

02.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je suivais ce dossier sous la précédente législature et la ministre De Block avait déjà décidé de réduire la durée des séjours en maternité. En février dernier, la Mutualité chrétienne a eu l'occasion de publier une étude qui démontre les effets délétères qu'a eus cette décision sur le terrain: davantage de mères doivent être réadmises à l'hôpital dans les trente jours après l'avoir quitté. Cette proportion est passée de 1,1 % entre 2010 et 2014 à 1,3 % entre 2015 et 2019. Dans le même temps, davantage de bébés doivent être réadmis à l'hôpital.

D'autres facteurs influencent cette tendance, comme le niveau socioéconomique des parents. Les bébés bénéficiant d'une intervention majorée, c'est-à-dire dont les parents sont davantage

02.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Volgens de Christelijke Mutualiteit zou de inkorting van de verblijven in de kraamklinieken, waartoe mevrouw De Block het initiatief genomen heeft, geleid hebben tot een verhoogd aantal heropnames binnen de 30 dagen. De baby's van kansarme ouders lopen 40 % extra risico om opnieuw ogenomen te worden.

Uw plan voor de ziekenhuis-

précarisés, ont 40 % de risques en plus que les autres d'être réadmis à l'hôpital dans les trente jours suivant leur naissance. Cela a poussé la vice-présidente de la Mutualité chrétienne à affirmer qu'il était fondamental d'évaluer au cas par cas la capacité de la famille à mettre en œuvre le suivi postnatal adéquat dans la décision du retour des mamans et des bébés à la maison.

Le CHU Saint-Pierre s'investit énormément à ce sujet puisque ses équipes prennent beaucoup plus de précautions pour pouvoir entourer ce public cible plus précarisé afin d'assurer le meilleur suivi possible aux niveaux pré- et postnatal. Ce constat est encore plus interpellant à l'aune de votre plan de réforme des hôpitaux qui vise à réduire notamment le nombre de maternités. Une des craintes du terrain face à une telle réduction réside dans la volonté de certaines familles de chercher un accouchement dans un cadre plus familial et plus empathique et donc d'accoucher à la maison, ce qui n'est pas sans risque puisque des complications ne sont jamais inévitables.

Monsieur le ministre, comment la problématique de la croissance des réadmissions pour certains publics cibles a-t-elle été prise en compte dans le cadre de votre fameux plan de réforme, notamment votre volonté de fermer les petites maternités? La réduction de ces maternités et le retour de davantage d'accouchements à domicile ne risquent-ils pas d'entraîner des complications post-accouchement, qui sont déjà en croissance aujourd'hui? L'impact sur la qualité des soins donnés au nourrisson et à la mère a-t-il été évalué?

De quelle manière les critères pris pour décider de la fermeture d'une maternité ont-ils été déterminés? Une concertation avec le terrain a-t-elle été menée à ce sujet?

hervorming strekt ertoe het aantal kraamklinieken te verminderen. Een dergelijke vermindering zou gezinnen ertoe kunnen aanzetten om voor een thuisbevalling te kiezen, wat niet zonder risico is.

Hoe werd er in uw hervormingsplan rekening gehouden met de toename van het aantal heropnames van mensen uit kansarme bevolkingsgroepen? Zullen de vermindering van het aantal kraamklinieken en de thuisbevallingen geen complicaties met zich meebrengen? Werd de impact op de zorgkwaliteit geëvalueerd? Wat waren de beslissingscriteria voor de sluiting van een kraamkliniek? Heeft er overleg met het werkveld plaatsgevonden?

02.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, lorsque la ministre De Block était venue faire voter son projet de réduction des durées de séjour à la maternité, j'avais dit clairement combien la situation de précarisation des jeunes mamans risquait d'entraîner des situations difficiles et des réadmissions à l'hôpital. Pour être franche, j'aurais préféré avoir tort mais malheureusement, manifestement, j'avais à juste titre tiré la sonnette d'alarme puisque l'analyse de la Mutualité chrétienne que mes collègues viennent de rappeler montre que mon hypothèse s'est concrétisée.

J'avais fortement plaidé à l'époque pour avoir une réorganisation et surtout un renforcement du suivi postnatal pour avoir un véritable accompagnement intensif, davantage encore pour les jeunes mamans précarisées, lors de la rentrée à domicile.

On arrive aujourd'hui avec cette étude de la Mutualité chrétienne. J'ai donc évidemment une série de questions.

Pourquoi l'INAMI n'a-t-elle pas identifié cela de manière proactive? Y a-t-il eu un suivi sérieux en la matière?

Des mesures avaient été promises à l'époque, notamment suite à mes fortes demandes et ce, à tous les niveaux de pouvoir, avec un accompagnement plus intensif des mamans et des bébés à la sortie des maternités? Cela a-t-il été mis en place? Si oui, pourquoi se retrouve-t-on alors dans cette situation?

02.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Volgens de Christelijke Mutualiteit heeft de verkorting van de verblijfsduur in de kraamafdelingen de gevreesde gevolgen gehad: jonge moeders die in bestaansonzekerheid terechtkomen, moeilijke situaties en heropnames in het ziekenhuis. Ik had om een reorganisatie en versterking van de postnatale opvolging gevraagd.

Waarom heeft het RIZIV die effecten niet voorzien? Werden er, zoals beloofd, maatregelen ter zake genomen? Werd er in een thuisbegeleiding voor de moeders en hun baby's voorzien? Te weinig zwangere vrouwen kunnen van de geplande prenatale consulten gebruikmaken. Heeft de IMC die thema's onlangs besproken?

Wat de sluiting van de kraamafdelingen betreft, hebt u het beleid van uw voorgangers

Je voudrais insister aussi sur le volet prénatal puisque trop peu de femmes enceintes bénéficient des fameuses sept consultations prénatales recommandées pour une grossesse à bas risque et dix s'il s'agit d'un premier enfant. Ces différents thèmes ont-ils été abordés en Conférence interministérielle pendant ces dernières années?

Enfin, vous avez décidé de suivre la même ligne que la ministre De Block sur la fermeture de maternités. Ces différents éléments ne doivent-ils pas vous amener à réfléchir à nouveau sur un possible suivi intensif de proximité, y compris en l'organisant avec les entités fédérées pour le prénatal, pour garantir un suivi de qualité, mais aussi pour le postnatal, encore plus dans les situations de précarité qui sont alors des situations plus difficiles pour la maman et le bébé?

02.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, er is verwezen naar de studie van de Christelijke Mutualiteiten, en inderdaad, als we rekening houden met de gegevens van alle ziekenhuizen, dan moeten we de bevindingen van die studie over een stijging van de heropname van pasgeborenen bevestigen, weliswaar met een iets minder uitgesproken tendens dan diegene waar zij op wijzen. Ik kan u de gedetailleerde gegevens bezorgen.

Wanneer we de gemiddelde verblijfsduur op de materniteit bekijken, stellen we vast dat het aantal overnachtingen tussen 2010 en 2018 gedaald is met 1 dag, van 4,3 dagen naar 3,3 dagen voor een vaginale bevalling en gedaald is met 1,32 dagen voor een keizersnede, namelijk van 5,9 dagen tot 4,6 dagen.

Het KCE heeft inderdaad een aanbeveling gedaan: als men de verblijfsduur op de materniteit doet dalen, moet er een betere postnatale opvolging worden verzekerd bij de moeder en de pasgeborene thuis. Uit de cijfergegevens in de studie van de Christelijke Mutualiteiten blijkt dat dit ook gebeurt. Met name in Vlaanderen krijgt meer dan 97% van de pasbevallen moeders één of meerdere thuisbezoeken van een vroedvrouw. Dat is een zeer hoog percentage.

Ik zal zo dadelijk terugkomen op het perinatale zorgpad. Daar pleiten wij immers voor omdat we niet 100 % tevreden zijn met de begeleiding van vrouwen voor en na hun bevalling. Zelfs al gaat het om kleine percentages vrouwen die geen contact hebben met de zorgverstrekkers, dan zijn we er toch bezorgd over. Als we de cijfergegevens voor Vlaanderen bekijken, zien we dat in de meeste gevallen de pasbevallen moeder wel één of meerdere thuisbezoeken krijgt van een vroedvrouw.

Het klopt dat er tussen 2010 en 2020 een stijging was in het aantal opnames van pasgeborenen. Ik denk wel dat we die cijfers moeten interpreteren op basis van verschillende factoren. Dit louter in causaal verband brengen met de vermindering van de verblijfsduur op de materniteit is misschien wat ongenuanceerd;

Ik geef de verschillende factoren waarnaar men moet kijken. Mijn eerste punt is dat een toename van de screening bij pasgeborenen, door de uitbreiding van de postnatale opvolging thuis, leidt tot een toename van gesignaliseerde problemen. Daardoor worden pasgeboren baby's waarbij problemen vroeger misschien niet gedetecteerd zouden worden, opgenomen in het ziekenhuis.

voortgezet. Moeten we in plaats daarvan niet zorgen voor een aanklampende prenatale en postnatale opvolging, vooral in situaties van armoede?

02.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Compte tenu des données de tous les hôpitaux, nous confirmons les constatations de l'étude de la MC, mais avec une tendance moins prononcée.

Entre 2010 et 2018, le nombre de nuitées a diminué de 1 jour pour les accouchements par voie basse et de 1,32 jour pour les accouchements par césarienne. En cas de séjour plus court à l'hôpital, le suivi postnatal à domicile doit être amélioré. Il s'agissait d'une recommandation du KCE et il ressort de l'étude de la MC que c'est véritablement le cas. En Flandre, 97 % des mères qui viennent d'accoucher reçoivent une ou plusieurs visites à domicile d'une sage-femme. C'est un chiffre très élevé, mais nous ne sommes pas 100 % satisfaits de l'accompagnement périnatal. Nous nous soucions de chaque femme qui n'a pas été en contact avec un prestataire de soins.

Entre 2010 et 2020, il y a eu une augmentation du nombre d'hospitalisations de nouveau-nés. Nous devons interpréter ces chiffres à la lumière de plusieurs facteurs. Établir uniquement un lien causal avec une durée de séjour plus courte est assez peu nuancé. Le suivi des nouveau-nés a augmenté en raison de l'élargissement du suivi postnatal à domicile. Davantage de problèmes sont détectés. De plus, depuis 2010, l'âge moyen de la mère a augmenté, ce qui entraîne une

Een tweede reden voor de stijging van de opnames van pasgeborenen is het feit dat de gemiddelde leeftijd van de moeder sinds 2010 is gestegen, met het daaraan verbonden probleem van de stijging van het aantal prematuren. Premature kinderen hebben meer kans op een heropname in de eerste levensfase. Dat is volgens mij ook een factor.

Ten derde is er ook een toename van het aantal kwetsbare gezinnen. Dat is een algemeen probleem van kansarmoede, dat stellen wij duidelijk vast bij gezinnen met jonge kinderen. We weten dat bij kwetsbare gezinnen het aantal heropnames statistisch gezien hoger ligt. Dat betekent dat men ervan uit mag gaan dat dit wel een effect heeft. Men kan overigens vaststellen dat de groep kwetsbare gezinnen een verhoogde kans op een ziekenhuisopname heeft.

Ten slotte zijn er een aantal ziektebeelden die zich niet manifesteren in de eerste dagen na de geboorte, bijvoorbeeld icterus of geelzucht, dat pas tussen de tweede en vijfde dag na de geboorte optreedt en na twee weken normaal gezien verdwijnt. Dat kan men niet altijd detecteren tijdens het verblijf op de materniteit. Dat is natuurlijk ook een permanente factor.

Ik wil met het aangeven van deze factoren niet tegenspreken dat er een verband is, maar ik denk wel dat het genuanceerd moet worden als met zegt dat er een verband is met de vermindering van de ligduur.

hausse des naissances prématurées. Le nombre de familles vulnérables a également augmenté. Chez les familles vulnérables, le nombre de ré-hospitalisations est statistiquement supérieur. Enfin, plusieurs symptômes ne se manifestent pas durant les premiers jours après la naissance, notamment la jaunisse. Je ne nie pas qu'il existe un lien avec la durée du séjour, mais je pense que cela doit être nuancé.

Comme je l'ai dit, le dépistage des nouveau-nés s'est amélioré grâce aux visites à domicile des sages-femmes. Cela porte ses fruits.

Après analyse, nous constatons également une diminution de la durée moyenne de séjour des nouveau-nés, en cas de réadmission. Cela signifie que les problèmes sont identifiés plus tôt et que la gravité de la pathologie en cas d'admission est moindre.

On a également constaté une réduction des réadmissions pour certaines pathologies chez les femmes qui ont participé au projet-pilote visant à réduire la durée de leur séjour à domicile en raison précisément d'un meilleur suivi postnatal.

Que fait le gouvernement pour donner suite à tous ces problèmes? Nous avons prévu 10 millions d'euros pour les femmes enceintes dans le budget 2022, avec une attention particulière portée aux groupes vulnérables. Le projet que l'on a en tête permettra de détecter plus tôt les femmes enceintes vulnérables et de mieux les suivre pendant leur grossesse et durant la période postnatale.

Dans ce cadre, les recommandations du KCE concernant les réformes du parcours de la mère et du nouveau-né seront prises en compte. Ces recommandations prévoient de poursuivre le développement de soins uniformes sous la forme d'un parcours de soins cliniques pour les mères et les nouveau-nés. Ce parcours comprend les éléments suivants: l'établissement de soins postnatals uniforme, une politique uniforme de transfert à domicile avec une procédure de réadmission, un soutien supplémentaire aux parents, l'élaboration d'un plan de soins électronique périnatal multidisciplinaire.

Dankzij de huisbezoeken worden pasgeborenen beter gescreend. De gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis bij een heropname ligt aanzienlijk lager en de redenen voor een heropname zijn minder ernstig. Het aantal vrouwen die heropgenomen worden, is eveneens afgenomen dankzij een betere postnatale follow-up.

De regering heeft 10 miljoen euro uitgetrokken op de begroting 2022 voor zwangere vrouwen, in het bijzonder voor kwetsbare zwangere vrouwen die we sneller willen opsporen zodat ze beter gevolgd kunnen worden. Er zal met de aanbevelingen van het KCE over dit onderwerp rekening gehouden worden in die zin dat de zorg verder ontwikkeld zal worden in de vorm van een klinisch zorgtraject voor moeder en baby. Dat zorgtraject omvat het invoeren van uniforme postnatale zorg, een uniform beleid voor het ontslag uit de kraamafdeling met een procedure voor heropname, extra ondersteuning voor ouders en het

Ook al is er nog veel werk aan, ik vind het toch één van de sleutelprojecten, ook in het transversaal denken over hoe wij het budget voor de gezondheidszorg in de toekomst willen inzetten, en op welke manier dat budget de hervorming en de verbetering moet ondersteunen.

Ik kom terug op de discussie over de kleine materniteiten. Het is niet toevallig dat ik net uitvoerig verwezen heb naar het Kenniscentrum. Men kan moeilijk de ene studie van het Kenniscentrum helemaal ter harte te nemen, maar bij een andere studie van het Kenniscentrum zeggen dat die het best helemaal vergeten wordt. Die andere studie is de studie inzake de omvang van de materniteiten.

Ik meen dat men alle studies van het Kenniscentrum au sérieux moet nemen, anders is men toch selectief bezig.

Het is misschien nuttig de achtergrond van die studie van het Kenniscentrum inzake de materniteiten aan te geven. De vaststelling is dat België een groot aantal kleinere materniteiten kent, met een lage bezettingsgraad. In al de materniteiten moet voldoende zorgpersoneel aanwezig zijn zodat de vereiste permanentie 24 uur per dag, 7 dagen per week, verzekerd kan worden. Dat is eigenlijk de vraag waar het KCE een antwoord op zocht. Wat is de juiste schaalgrootte om tot een efficiënte verhouding te komen tussen bevallingen en personeelskosten?

In de KCE-studie worden efficiëntie, beschikbaarheid binnen een redelijke aanrijtijd voor de patiënt, en een tijdige toegang tot een bed, als doelstellingen nagestreefd en tegen elkaar afgewogen. Een tijdige toegang tot een bed in een materniteit is op zich natuurlijk ook een belangrijk element van kwaliteit en comfort vanuit het perspectief van de patiënt. In tegenstelling tot de manier waarop de studie vaak wordt bekeken, gaat het hier niet om louter doelmatigheid zoals men die vaak begrijpt in discussies over gezondheidszorg. De studie geeft aan dat grotere materniteiten meer buffercapaciteit hebben zodat de kans dat er niet onmiddellijk een bed beschikbaar is bij aankomst van een patiënte die moet bevallen, kleiner is. De studie gaat eigenlijk niet over de vraag of de zorgkwaliteit voor de moeder, of de aanstaande moeder, en de pasgeboren baby minder goed zou zijn in een kleinere materniteit. Daar gaat het eigenlijk niet over. Die zorg wordt ook niet in vraag gesteld. Dat is wel belangrijk.

Dat is belangrijk omdat het de hele discussie nuanceert en ze ook minder prangend maakt. In de behandeling van bijvoorbeeld pancreaskanker ligt dat anders, want daar is de kwaliteit imperatief en dus is concentratie van zorg nodig. Dat geldt ook bij de behandeling van hoofd- en halstumoren of ovariumtumoren: daar is de kwaliteit in de medische praktijk eveneens imperatief. De discussie over de materniteiten is dus een apart debat.

Het Kenniscentrum concludeert dat om efficiënt te werken een minimale activiteit van 557 bevallingen nodig is en dat de efficiëntie toeneemt tot 900 bevallingen. Daarna zit die op een plateau. Dat wordt ook bevestigd in buitenlandse studies, uit Frankrijk, Zweden en Engeland.

opstellen van een multidisciplinair perinataal e-zorgplan.

Nous devons prendre au sérieux toutes les études du Centre d'expertise, y compris celle sur la taille des maternités. Notre pays compte un grand nombre de maternités de taille modeste avec un faible taux d'occupation. Le KCE a étudié quelle était la bonne taille pour obtenir un rapport efficace entre les accouchements et les frais de personnel. Il faut mettre en balance et soupeser les objectifs d'efficacité, de proximité et d'accès rapide à un lit. L'étude indique que les grandes maternités ont une capacité "tampon" supérieure et présentent donc un risque plus faible de manquer de lits.

Le Centre Fédéral d'Expertise conclut que pour fonctionner efficacement, une maternité doit avoir une activité minimale de 557 accouchements et que cette efficacité s'accroît jusqu'à 900 accouchements. Les critères d'agrément actuels prévoient une activité minimale de 400 accouchements. Ce chiffre devrait être porté à 550. Pour l'accessibilité, le KCE table sur un délai d'arrivée de 30 minutes maximum.

J'ai pris en considération cette recommandation du KCE dans le cadre du plan global de réforme des hôpitaux. Cette évolution doit encore faire l'objet d'une large concertation.

Je demanderai au Conseil fédéral des établissements hospitaliers de me remettre un avis à court terme au sujet d'une proposition visant à augmenter la norme minimale d'accouchements et le besoin de proximité d'une maternité. Je n'opte pas pour une durée de trajet de maximum 30 minutes comme proposé par le KCE. Je souhaite conserver les règles relatives aux exceptions géographiques actuelles plus

De huidige erkenningscriteria liggen op een minimale activiteit van 400 bevallingen. Volgens het Kenniscentrum wordt dat het best opgetrokken tot 550. Met het oog op geografische uitzonderingen in functie van het behoud van bereikbaarheid gaat het KCE uit van een aanrijtijd van 30 minuten.

Als men aan een hervorming begint, moet men alle aanbevelingen van het Kenniscentrum op alle mogelijke aspecten van het ziekenhuislandschap, -organisatie en -financiering ter harte nemen. Dat lijkt me logisch. Misschien is de hervorming van de materniteiten niet het meest prangende vraagstuk, als men nadenkt over een betere organisatie van onze ziekenhuizen.

Om die reden heb ik deze aanbeveling van het Kenniscentrum ook meegenomen in het globale hervormingsplan voor de ziekenhuizen. Toen ik deze nota voorgesteld heb, heb ik gezegd dat er een aantal essentiële doelstellingen en prioriteiten zijn, die we absoluut moeten waarmaken. Maar dat moet nog het voorwerp zijn van een breed overleg.

Ik wil op korte termijn dat overleg over de materniteiten een kans geven. Ik wil dat doen op basis van een aantal extra nuances die ik zelf meteen in dit dossier wil inbrengen ten aanzien van wat het Kenniscentrum had voorgelegd. Heel concreet zal ik aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, die is samengesteld uit ziekenhuizen, artsen en ziekenfondsen, vragen om mij op korte termijn een advies te verstrekken over een concreet voorstel dat de minimumnorm qua bevallingen optrekt, maar ook, sterker nog dan wat het Kenniscentrum had voorgesteld, rekening houdt met de nood aan nabijheid.

Heel concreet wordt niet geopteerd voor het criterium dat de aanrijtijd niet meer dan 30 minuten mag bedragen, wat het KCE voorstelt, maar worden de bestaande, soepelere geografische uitzonderingsregels behouden. Dat betekent onder meer dat een geografische uitzondering wordt gemaakt voor een materniteit gelegen in een gemeente van meer dan 20.000 inwoners die op meer dan 15 km ligt van de meest nabije materniteit.

Aangezien dit een gevoelige kwestie is, waarbij men een afweging maakt die misschien wat verschilt van afwegingen in andere dossiers, kijk ik uit naar een advies waar ik mij bij zal aansluiten. Het gebeurt soms dat ik afwijk van een advies om imperatieve redenen of omdat ik geen duidelijk advies krijg en dus een eigen beslissing neem. Hiervoor wil ik echter op korte termijn een advies vragen van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, waarbij ik ervan uitga dat dit advies richtinggevend zal zijn.

Dit debat is enigszins verschillend van de discussies over bijvoorbeeld de noodzakelijke concentratie van de beroertezorg of zeldzame kankers. Heel concreet vraag ik de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen dus om mij op korte termijn een advies te verstrekken over die kwestie. Ik wil dat advies stimuleren op basis van een zeer concreet voorstel, zodat er snel duidelijkheid komt, want ik denk dat ik dat advies zal volgen.

02.06 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, tout d'abord, votre

souples, notamment l'exception pour une maternité dans une commune de plus de 20 000 habitants qui se situe à plus de 15 kilomètres de la maternité la plus proche.

02.06 **Hervé Rigot** (PS): In

propos est rassurant, notamment lorsque vous évoquez les chiffres en Flandre concernant le suivi postnatal. Il serait également intéressant de connaître ceux qui ont été recueillis en Wallonie, en espérant que le taux de suivi y soit aussi élevé. Néanmoins, la réadmission doit être évitée. Vous avez rappelé qu'une multitude de raisons peuvent y conduire. C'est un traumatisme pour les familles – en particulier pour les mères, sans aucun doute –, un risque pour la santé du nouveau-né ainsi qu'un coût et une charge pour le fonctionnement de nos réseaux hospitaliers. Il faut rester constamment attentif au nouveau-né avant d'en préparer la sortie, de manière à éviter qu'elle ne soit prématurée.

Par ailleurs, il convient de vérifier si les familles disposent de toutes les armes et de tous les acquis au moment de la sortie pour pouvoir l'envisager au mieux dans l'intérêt du nouveau-né et éviter les retours injustifiés dans les hôpitaux et les maternités qui auraient été inutiles si elles avaient disposé de tous les outils nécessaires à l'accompagnement du nouveau-né.

Enfin, je souligne avec grande satisfaction votre approche de la question des femmes vulnérables et les montants que vous allez mobiliser pour les accompagner au mieux.

Vlaanderen zijn de cijfers met betrekking tot de postnatale opvolging geruststellend. Ik hoop dat de opvolging in Wallonië op dezelfde schaal gebeurt. Men moet alles in het werk stellen om heropname te voorkomen, want dat is traumatiserend voor de moeders, vormt een risico voor de boreling en brengt kosten mee voor de ziekenhuizen. De aandacht moet uitgaan naar de pasgeborene, wat inhoudt dat er nagegaan moet worden of de gezinnen in staat zijn om goed voor het kindje te zorgen, zodat een heropname vermeden kan worden. Voorts vind ik het een goede zaak dat u kwetsbare zwangere vrouwen als prioriteit aangemerkt hebt en daarvoor een aanzienlijk budget uittrekt.

02.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb uitgebreid geluisterd naar uw antwoord. Een eerste constatatie is dat de besparingen die mevrouw De Block heeft doorgevoerd, alleszins gevolgen hebben gehad, vooral voor de sociaal zwakkeren. Nu wil u het traject opzetten rond perinatale zorg. Dat zou echter op voorhand moeten gebeuren in plaats van achteraf te proberen de problemen op te lossen.

Ten tweede, voor het sluiten van de materniteiten verneem ik nu dat u de criteria eventueel wil herzien. Dat is belangrijk en nodig, omdat de eerste studie over het verkorten van de ligduur en nu het eventueel sluiten van de kleine materniteiten die noodzaak aanduiden. Ik wil nog eens benadrukken wat die arts uit Menen heeft aangegeven, namelijk dat de kleine materniteiten basiszorg dichtbij de mensen aanbieden en dat zulks helemaal niet hetzelfde is als pancreaskanker, waarvoor een heel specifieke behandeling moet worden geconcentreerd op bepaalde plaatsen. De materniteiten moeten dichtbij de mensen zijn. Wanneer wij doorvoeren wat koel in de cijfers van het Kenniscentrum staat, zullen wij in de eerste plaats de meest zwakkeren treffen.

Ik raad u dus aan om effectief de adviezen af te wachten. Ik hoop dat daaruit zal blijken dat de materniteiten niet hoeven te sluiten. Ik weet niet waarom u het dossier hebt herbekeken ten opzichte van de informatie van het Kenniscentrum. Misschien komt het door het protest dat er overal, ook van de lokale besturen, is gekomen tegen het eventueel sluiten van de betrokken materniteiten en de gevolgen daarvan. Wanneer een materniteit sluit, volgt kort daarna immers bijvoorbeeld ook vaak de dienst Kindergeneeskunde in het ziekenhuis. Die sluiting heeft dus een groot aantal gevolgen. Het is echt belangrijk de materniteit dichtbij de mensen te houden.

02.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB) Les économies réalisées par l'ancienne ministre De Block ont en tout cas eu des répercussions sur les personnes socialement défavorisées. Un trajet relatif aux soins périnataux doit être élaboré en amont car on ne peut pas résoudre les problèmes en aval.

Les maternités doivent être proches des gens. Si nous mettons en œuvre les chiffres bruts du Centre d'expertise, nous toucherons à nouveau les plus faibles. J'espère que les avis iront dans le sens de ne pas fermer les petites maternités. Lorsqu'une maternité ferme, le service pédiatrique ferme souvent peu après.

02.08 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, si je vous ai interpellé sur les effets délétères de cette décision de réduction de la durée de séjour en maternité, tant pour les femmes que les nourrissons, c'est parce que les effets que nous craignions ont été

02.08 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Ik wilde u bewust maken van het nut van kleine kraamklinieken, die de schadelijke effecten van de

avérés et objectivés. Je veux vraiment vous faire comprendre l'utilité accrue des petites maternités, qui veillent justement aujourd'hui à pallier ces effets avec un service bienveillant, personnalisé, et qui n'a jamais été aussi utile, en particulier à l'heure où les femmes font des enfants toujours plus tard et par conséquent connaissent des grossesses toujours plus à risque, avec plus de bébés prématurés également. Vous l'avez d'ailleurs reconnu vous-même. J'ai pu le constater lorsque j'ai visité la maternité de Heusy, près de Verviers, ou la maternité Saint-Joseph à Mons.

Aujourd'hui vous tentez de nous rassurer en nous expliquant que des exceptions géographiques vont pouvoir être amenées, et qu'un avis supplémentaire du Conseil fédéral des établissements hospitaliers est attendu. Cependant la base de votre décision reste la même, à savoir cette fameuse étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), qui a constaté que certaines maternités connaissaient un faible taux d'occupation. Par conséquent, on vise davantage la quantité des soins et non la qualité. Je pense que c'est une erreur fondamentale parce qu'une maternité est un ensemble de services personnalisés, et non pas une usine.

Je n'ai absolument pas été convaincue par vos réponses. Je vous demande instamment de renoncer à fermer ces petites maternités pour les raisons que j'ai évoquées mais aussi parce que vous ne vous êtes pas expliqué sur les autres critères qui sont à prendre en compte pour pouvoir préserver certaines maternités.

Et je vous appelle à revenir sur ces délais de séjour en maternité, qui doivent être allongés. Là aussi, vous nous dites que la réduction de la durée de séjour en maternité s'est apparemment accompagnée d'un meilleur suivi postnatal, parce qu'en Flandre plus de 97 % des mamans reçoivent une ou plusieurs visites de sages-femmes. Peut-on vraiment considérer qu'une visite durant son séjour en maternité, c'est suffisant? En effet, on voit que les réadmissions augmentent. Enfin, peut-on connaître la proportion de ces mamans à Bruxelles et en Wallonie?

ingekorte verblijven in de kraamkliniek ondervangen. Die kleine kraamklinieken zijn des te nuttiger aangezien er steeds meer vrouwen op latere leeftijd zwanger raken, wat risicovoller is. U probeert ons gerust te stellen door de aandacht te vestigen op de geografische uitzonderingen, maar u blijft wel verwijzen naar de studie van het KCE, waarin er vastgesteld wordt dat de bezettingsgraad in sommige kraamklinieken laag is. Een kraamkliniek is echter geen fabriek! Ik roep u ertoe op de kleine kraamklinieken niet te sluiten en de verblijfstermijnen in de kraamkliniek te herzien.

U argumenteert dat de inkorting van het verblijf gecompenseerd wordt door een betere postnatale follow-up, met name in Vlaanderen. Kan men er echter van uitgaan dat het bezoek van een vroedvrouw volstaat? Het zou goed zijn om ook voor Wallonië en Brussel de cijfers over die bezoeken te kennen.

02.09 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, ce qui m'importe, c'est que ces mamans et ces bébés – d'autant plus s'ils sont précarisés parce qu'ils ont moins de capacité à pouvoir se faire aider – puissent être dans les meilleures conditions possibles en matière de santé ainsi que pour les premiers jours. Ceux-ci sont éminemment cruciaux pour la maman et le bébé.

Vous mettez en avant le suivi en Flandre. Vous ne dites pas dans quels délais et surtout, vous ne dites pas un mot sur Bruxelles et la Wallonie. En réalité, je pense que les chiffres ne sont pas du tout du même ordre. Lorsque la durée de séjour est courte et qu'une femme accouche le jeudi, cela veut dire qu'elle sort avant la fin du week-end. Il n'y a pas nécessairement de dimension sociale prise en considération parce qu'on se trouve en régime de week-end. Cela veut aussi dire qu'il faut parfois plusieurs jours avant d'avoir un suivi postnatal, s'il y en a un. Clairement, on est dans un continuum de soins qui n'est absolument pas assuré et qui n'est donc pas suffisant.

Vous faites référence à l'étude du KCE de 2014, qui apportait effectivement un nombre de points très intéressants. Cependant, elle date de 2014 et nous sommes en 2022. Vous mettez en avant les

02.09 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Voor mij is het belangrijk dat deze mama's en deze baby's, vooral wanneer ze kwetsbaar zijn, in de beste omstandigheden gezondheidszorg krijgen, vooral dan in die eerste, cruciale dagen. U plaatst de opvolging in Vlaanderen op de voorgrond zonder nader in te gaan op de termijnen en rept met geen woord over Brussel en Wallonië, waar de toestand anders is.

Een korte verblijfsduur impliceert dat een vrouw die op donderdag bevalt al voor het einde van het weekend het ziekenhuis verlaat. Er wordt zo geen rekening gehouden met de sociale dimensie wegens het weekendregime en het feit dat

10 millions pour les femmes enceintes vulnérables. Dois-je vous rappeler que la réduction de la durée de séjour de maternité a entraîné une économie de 18 millions d'euros annuels pour les hôpitaux? Cela veut dire qu'on a clairement l'impression qu'il y a d'abord et surtout eu des économies sans avoir de dynamique globale de soins qui soit à la hauteur des besoins et de la qualité que l'on peut en attendre.

Ainsi, j'insiste sur le fait qu'on n'a pas de suivi postnatal suffisant à domicile et encore moins pour ces jeunes mamans précarisées. N'oublions pas non plus le prénatal. Il y a encore trop de femmes qui n'ont pas de suivi prénatal à la hauteur des recommandations. Enfin, concernant les maternités, la dimension de la proximité est un élément que j'ai mis en avant dans ma question et pour lequel je plaide depuis longtemps. J'entends maintenant une ouverture de votre part concernant ce critère de proximité. Cependant, cela doit être pris en considération dans une logique de mission, de qualité, de continuité des soins pour la maman et le bébé. C'est dans leur intérêt bien sûr, mais c'est aussi dans l'intérêt de la santé publique.

Ainsi, j'ose espérer qu'on va arrêter d'être passifs. Depuis le vote de la loi puis l'étude du KCE en 2014, le temps s'écoule sans qu'il n'y ait de décision suffisamment forte prise en la matière.

Étant donné qu'une partie de cette compétence dépend des entités fédérées, je me permets d'insister à nouveau pour que ce point soit également inscrit en conférence interministérielle Santé et qu'il y ait une logique de collaboration forte entre les uns et les autres pour un service de santé à la hauteur des besoins.

het verschillende dagen duurt om een postnatale opvolging op touw te zetten. Dat is onvoldoende om een continue zorg te verzekeren. In de KCE-studie uit 2014 worden interessante punten aangeraakt maar we zijn nu in 2022. U vermeldt de tien miljoen euro voor kwetsbare zwangere vrouwen maar door de inkorting van het verblijf in de kraamafdeling hebben de ziekenhuizen jaarlijks 18 miljoen euro kunnen besparen. De kwaliteit van de zorg is niet afgestemd op de behoeften. De postnatale opvolging thuis is onvoldoende maar dat geldt ook voor de prenatale zorg.

Het nabijheidscriterium in de kraamafdelingen moet worden geïntegreerd in de missie, kwaliteit en continuïteit van de zorg die de mama's en hun baby's maar ook de volksgezondheid ten goede komt. Ik sta erop dat dit punt in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid wordt behandeld om een sterke samenwerking tussen de verschillende beleids-niveaus uit te bouwen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

03 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het correct gebruik van ontsmettingsmiddelen om resistentie te voorkomen" (55025592C)
03 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation correcte de désinfectants pour prévenir le phénomène de résistance" (55025592C)

03.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, biociden zoals ontsmettingsmiddelen worden gebruikt om ongewenste organismen af te schrikken, onschadelijk te maken of te vernietigen. Dankzij die biociden kan de verspreiding van ziekteverwekkers, zoals sommige bacteriën, schimmels en virussen, ingeperkt worden. Tijdens de coronacrisis werd aangeraden om de handen in eerste instantie veelvuldig te wassen en daarna ook nog eens te ontsmetten. Ook bij het binnentreden van onder andere winkels, musea en kerken worden de handen eerst ontsmet. Voor velen is dat een tweede natuur geworden. Velen hebben zelfs ontsmettingsmiddel op zak om het te pas en te onpas te gebruiken.

Het veelvuldig gebruik van ontsmettingsmiddelen heeft ook een keerzijde, namelijk dat bacteriën, virussen en schimmels, die eigenlijk bestreden moeten worden, er resistent door worden. Dat bleek uit een studie uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid.

Mijnheer de minister, zult u stappen zetten om het gebruik van

03.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Les désinfectants peuvent rendre inoffensifs des agents pathogènes tels que des bactéries et des virus. C'est pourquoi il a été conseillé de se laver et de se désinfecter les mains régulièrement durant la pandémie. C'est entre-temps devenu une seconde nature pour beaucoup. Une étude du SPF Santé publique révèle toutefois qu'une utilisation fréquente de désinfectants peut augmenter la résistance des bactéries, virus ou moisissures.

Le ministre prendra-t-il des initiatives pour réduire l'utilisation

ontsmettingsmiddelen in het dagelijkse leven te minderen, en zo ja, hoe? Zult u de communicatie inzake het gebruik van handgels tegen COVID-19-besmetting aanpassen, zodat er minder kwistig mee wordt omgesprongen?

Zal of kan die resistentie voor problemen zorgen in de zorgsector en zal er daardoor naar andere middelen gezocht moeten worden, of kan het tij nog gekeerd worden?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, de vermindering van het gebruik van ontsmettingsmiddelen is in mijn ogen vooral een zaak van bewustmaking van het juiste gebruik van ontsmettingsmiddelen. Daarrond draait ook de communicatie van de dienst Biociden van de FOD Volksgezondheid, gepubliceerd al sinds het begin van de coronacrisis. Die communicatie beklemtoont het belang van de naleving van de gebruiksaanwijzing om die reden en wij blijven dat onderstrepen.

Veelvuldig gebruik is niet de enige risicofactor in de ontwikkeling van resistentie. Verkeerd gebruik van die producten vormt waarschijnlijk een grotere risicofactor. Doorgaans heeft dat te maken met de niet-naleving van de gebruiksvoorwaarden die op het etiket staan. Het gaat bijvoorbeeld over de contacttijd tussen het oppervlak en het product, de aangebrachte dosis en de staat van netheid van het te behandelen oppervlak.

U vroeg of ik de communicatie zal aanpassen. De studie die in opdracht van de dienst Biociden van de FOD Volksgezondheid werd uitgevoerd, heeft inderdaad aangetoond dat het veelvuldige en of het verkeerde gebruik van ontsmettingsmiddelen in de gezondheidssector kan leiden tot de ontwikkeling van microbiële resistentie, meer bepaald de resistentie bij bacteriën. Virussen worden daardoor niet echt beïnvloed. Tot op heden maakt geen enkele studie gewag van resistentieverschijnselen bij virussen als gevolg van het gebruik van ontsmettingsmiddelen.

Buitengewoon verdachte stoffen zijn de derivaten van quaternaire ammoniumzouten en chloorhexidine. De communicatie van de FOD zal als doel hebben om, in aanvulling op het correct gebruik van die producten, op die aandachtspunten te wijzen.

U vraagt of dat veelvuldig gebruik tot problemen in de zorg kan leiden. We voorzien in een algemene communicatie over de problematiek voor de zorgsector. We zullen in samenwerking met de zorg de goede praktijken vaststellen, wat ons moet toelaten om over mogelijke verbeteringen na te denken.

Een van de parameters die de ontwikkeling van resistentie in de hand kan werken, is de slechte verdunning van producten en de niet-naleving van de gebruiksaanwijzing, namelijk de aan te brengen dosis. Een verpakking die verdunningsfouten beperkt, zou de kans op de ontwikkeling van resistentie kunnen verlagen.

In grote lijnen willen we dus handelen om het risico op de ontwikkeling van resistentie te beperken, zowel in een vroeg stadium, door het nadenken over de verpakking en een duidelijke etikettering van de producten, als in een later stadium door de bewustmaking van de gebruikers, ongeacht of ze nu deel uitmaken van het grote publiek of

des désinfectants dans la vie quotidienne? Adaptera-t-il la communication relative aux gels pour les mains dans le cadre de la lutte contre le coronavirus? La résistance développée peut-elle causer des problèmes dans le secteur des soins?

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Nous devons surtout informer nos concitoyens sur l'utilisation adéquate des désinfectants. Le service Biocides du SPF Santé publique le fait depuis le début de la crise sanitaire, notamment en soulignant l'importance de respecter les indications sur l'étiquette.

Une mauvaise utilisation de ces produits comporte probablement un risque plus grand qu'une utilisation répétée. Il s'agit notamment de la dose utilisée et de l'état de propreté de la surface à traiter.

L'étude réalisée pour le service Biocides indique, en effet, qu'une utilisation répétée ou erronée de désinfectants dans le secteur des soins de santé peut entraîner une résistance antimicrobienne chez les bactéries, mais pas chez les virus. Les dérivés de sels d'ammonium quaternaires et de chlorhexidine sont en particulier soupçonnés d'avoir cet effet. Le SPF soulignera ces points d'attention dans sa communication. Nous souhaitons mettre en place une communication générale sur cette problématique pour le secteur des soins et développer de bonnes pratiques avec le secteur.

Une mauvaise dilution ou un mauvais dosage peut entraîner une résistance. Un conditionnement qui limite les erreurs de dilution ou un étiquetage clair pourraient réduire les risques. Par ailleurs, il faut expliquer les risques potentiels aux utilisateurs, au sein du grand public et dans le secteur des soins de santé.

van de gezondheidssector.

Er moet ook op Europees niveau rekening worden gehouden met de mogelijkheid van resistentie, met name wanneer er op dat niveau in het licht van de toelating van biociden werkzame biocide stoffen worden goedgekeurd. Daarom wordt op het moment een Europese leidraad over resistentie opgesteld. Die zal rekening houden met de resultaten van onze studie.

Au niveau européen aussi, il convient de tenir compte de la possibilité d'une résistance, notamment au niveau de l'autorisation de mise sur le marché de substances biocides. C'est pourquoi une ligne directrice européenne sur la résistance est en cours de rédaction.

03.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, het is goed dat daar voldoende over wordt gecommuniceerd, zeker na twee jaar coronacrisis, waardoor wij allemaal hyperhygiënisch zijn geworden en wij te pas en te onpas met ontsmettingsmiddelen bezig zijn, zowel in huis als buitenshuis. Ik ben niet alleen bezorgd dat bacteriën resistent worden, maar dat we veel gevoeliger worden voor bacteriën door de hyperhygiëne die we de voorbije twee jaar aan de dag hebben gelegd.

Ik ben ook bezorgd voor de effecten van het gebruik van die producten voor de zorgsector. Het verheugt mij dat u een algemene communicatie over het goede gebruik van de betreffende middelen zult doen aan die sector. Wij moeten erover waken dat hij niet geconfronteerd wordt met situaties zoals we er al gezien hebben met de resistente ziekenhuisbacterie.

03.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Je crains qu'en raison de l'utilisation fréquente de désinfectants, nous soyons devenus plus sensibles aux bactéries. Par ailleurs, je m'inquiète de leurs effets potentiels dans le secteur des soins. Je suis dès lors heureux d'apprendre que le secteur sera informé sur l'utilisation adéquate de ces produits.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: M. De Caluwé, n'étant pas présent, nous a demandé de reporter ses questions aujourd'hui. Toutes ses questions sont donc reportées.

04 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'endométriose" (55025677C)
04 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Endometriose" (55025677C)

04.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, endometriose is een chronische ziekte waaraan vrouwen leiden. Bij deze ziekte bevindt het baarmoederslijmvlies zich buiten de baarmoeder. Het groeit daar, wat hevige pijn tot gevolg heeft. Eén vrouw op tien lijdt eraan, maar toch blijft de ziekte vaak onopgemerkt. Vrouwen groeien vaak op met het idee dat het normaal is om pijn te hebben tijdens de maandstonden. Zorgverleners zijn ook onvoldoende bekend met de ziekte, waardoor adequate zorg uitblijft. Daardoor duurt het gemiddeld zeven jaar voor een diagnose wordt gesteld.

Andere landen namen de laatste tijd reeds stappen om dat te verhelpen. In Nederland zijn er bijvoorbeeld sinds enkele jaren medische expertisecentra, onder meer in Den Haag en Nijmegen. Er gaan dus wel eens mensen vanuit België naar Den Haag om zich daar te laten verzorgen. In Frankrijk werkte men in februari van dit jaar een nationale strategie uit om te strijden tegen endometriose. Zij trokken heel wat geld uit voor deze strategie, voor beter wetenschappelijk onderzoek en voor meer sensibilisering, zowel in de zorg als in het onderwijs en bij de algemene bevolking. Ze zetten ook in op een betere diagnose door innovatieve testen en betere zorg.

04.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Une femme sur dix souffre d'endométriose. Pourtant, cette maladie passe bien souvent inaperçue.

Le ministre prendra-t-il exemple sur le plan d'action français? Des centres de traitement spécialisés seront-ils ouverts, comme aux Pays-Bas? Une large campagne de sensibilisation sera-t-elle lancée auprès de la population et des médecins traitants?

In België heb ik gezien dat meerdere collega's in dezelfde periode voorstellen van resolutie ingediend hebben die vragen om een RIZIV-conventie op te stellen, naast de erkenning en uitbouw van expertisecentra, meer onderzoek door onder meer het Kenniscentrum en meer sensibilisering bij zorgverleners, de brede bevolking en in het onderwijs.

Hebt u het Franse actieplan gezien en wat denkt u daarvan? Zult u zelf werk maken van een plan tegen endometriose? Zult u naar analogie van de Nederlandse medische centra bijvoorbeeld ook in België gespecialiseerde centra oprichten voor de behandeling van endometriose? Denkt u aan sensibilisering van het brede publiek? Wat zult u eraan doen om ook de huisartsen te sensibiliseren rond endometriose, zodat patiënten op tijd kunnen worden doorverwezen naar een gynaecoloog?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, ik heb even getwijfeld over hoe ik dit zou aanpakken. Op 15 februari laatstleden heeft er in deze commissie namelijk al een uitgebreide gedachtewisseling plaatsgevonden over endometriose, met vragen van heel wat sprekers die ik toen allemaal omstandig heb beantwoord. De vraag die u mij nu stelt, heb ik toen al beantwoord. Om u vandaag niet teleur te stellen, zal ik ze echter toch beantwoorden, met mijn excuses voor de herhaling aan de mensen wier vragen die ik toen heb beantwoord.

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le 15 février 2022, au sein de cette commission, un vaste échange d'idées a eu lieu autour de l'endométriose. J'ai déjà répondu à la question de Mme Merckx à ce moment-là.

L'endométriose est, comme vous le précisez, une affection qui touche plus ou moins 10 % de la population féminine. Il s'agit d'une affection qui est certainement bien connue dans le monde médical. Mais en raison de la complexité et de l'hétérogénéité de la maladie, les connaissances tant des médecins généralistes que des gynécologues sont parfois insuffisantes pour gérer la situation au mieux.

Comme c'est le cas pour toutes les maladies complexes, il est important de référer en temps opportun la patiente à des collègues spécialistes de cette affection.

Le diagnostic de la maladie demeure difficile et bien souvent tardif, car la maladie revêt des aspects très hétérogènes et peut avoir un impact très important sur la qualité de vie, non seulement de par des symptômes douloureux, mais aussi de par l'influence possible sur la fertilité et les conséquences psychologiques qui en découlent.

Je confirme absolument l'importance de cette affection, et la souffrance réelle qu'elle peut causer aux patientes.

Il est donc important de sensibiliser et d'encourager les femmes à consulter leur médecin généraliste ou leur gynécologue lorsqu'elles présentent des symptômes évocateurs d'endométriose, afin que le diagnostic soit posé le plus rapidement possible et que le traitement le plus approprié soit mis en place à temps.

Les médecins généralistes et les gynécologues jouent un rôle important dans la détection précoce de cette maladie. À cet égard, je peux me référer aux lignes directrices de l'ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) qui ont été adaptées au contexte belge et publiées en 2019 sur ebpracticenet, la plateforme de pratiques fondée sur les preuves pour les prestataires de soins de

Circa 10 % van de vrouwen lijdt aan endometriose. Doordat het een complexe en heterogene aandoening is, schiet de kennis van huisartsen en gynaecologen hierover soms te kort. Het is belangrijk dat de patiënte doorverwezen wordt naar artsen die gespecialiseerd zijn in die aandoening. Het is moeilijk om de diagnose te stellen en vaak gebeurt dat pas na lange tijd. Endometriose kan de levens-kwaliteit sterk aantasten door de pijnlijke symptomen, de mogelijke gevolgen voor de vruchtbaarheid en de psychologische impact. Vrouwen moeten aangemoedigd worden om hun arts of gynaecoloog te raadplegen zodra ze symptomen hebben.

Om de bevolking te sensibiliseren moet ik een beroep doen op de deelgebieden. In mijn algemene beleidsnota zijn er nieuwe beleidsintenties ten behoeve van geïntegreerde zorg opgenomen, die stoelen op het federaal plan voor chronische ziekten, zodat er een ambitieus interfederaal plan kan worden uitgewerkt. Het is de

santé belges.

Pour mieux faire connaître la maladie au niveau de la population, je dois faire appel aux entités fédérées, qui sont responsables de la sensibilisation et de l'éducation sanitaire. Dans ma note de politique générale, j'ai indiqué que le gouvernement prendra de nouveaux engagements en faveur de soins intégrés et s'appuiera sur le plan fédéral pour les maladies chroniques afin de parvenir à un plan interfédéral ambitieux.

L'objectif est d'élaborer au cours de cette législature, en collaboration avec les entités fédérées, un plan interfédéral qui s'appuiera entre autres sur des expériences de l'actuel plan fédéral pour les maladies chroniques, et qui conduira à une meilleure intégration des soins.

Le cœur de ce plan conservera les objectifs initiaux suivants, notamment: modifier l'organisation des soins, améliorer le travail multidisciplinaire ou encore l'inclusion du patient comme un partenaire de soins dans l'objectif des principes des *five aims* que vous connaissez sans doute (l'amélioration de la santé de la population, la qualité des soins ressentie par le citoyen, l'utilisation efficiente des moyens, l'amélioration du bien-être des prestataires, l'équité et l'engagement en faveur de la justice et de l'inclusion sociales).

Je sais que c'est toujours un peu difficile dans la communication vis-à-vis des groupes cibles qui souffrent d'une pathologie spécifique mais ce qui est important, c'est que ce futur plan, qui pour moi est vraiment extrêmement important, et dont l'élaboration demandera encore du temps, ne s'adressera pas à une ou à des pathologies spécifiques. Notre politique plaide pour une approche transversale permettant une meilleure prise en charge globale des patients et des citoyens. De ce fait, les personnes atteintes d'endométriose pourront bénéficier des changements de pratiques qui sont et qui seront progressivement acquises par les prestataires de soins dans le contexte de la vision sur laquelle ce plan planchera. La concertation avec les entités fédérées au sujet de ce plan interfédéral commencera au premier semestre 2022, comme je l'ai dit à vos collègues, donc maintenant dans le cadre de la Conférence interministérielle de la santé.

bedoeling om dat plan samen met de deelgebieden in deze legislatuur op te stellen.

In dit plan blijven de oorspronkelijke doelstellingen behouden, namelijk de organisatie van de zorg veranderen, de multidisciplinaire samenwerking verbeteren en de patiënt als partner bij de zorg betrekken. Daarbij worden de beginselen van de *five aims* gevolgd (verbetering van de volksgezondheid, de ervaren kwaliteit van de zorg, efficiënt gebruik van de middelen, verbetering van het welzijn van de zorgverstrekkers, billijkheid en sociale inclusie).

Dat toekomstige plan, waarvan de uitwerking enige tijd zal vergen, zal niet op specifieke ziektebeelden toegespitst worden. We pleiten voor een transversale aanpak waardoor de algemene zorg voor patiënten verbeterd kan worden. Mensen met endometriose zullen kunnen profiteren van de geleidelijke veranderingen van de praktijken. Het overleg met de deelgebieden zal in de eerste helft van 2022 van start gaan in het kader van de IMC Volksgezondheid.

U vroeg naar de Franse strategie. Ik meen dat er veel gelijkenissen zijn tussen de Franse strategie inzake endometriose en de strategie die we voor ogen hebben in het toekomstige interfederale plan voor geïntegreerde zorg. Bij de Fransen en bij ons is het doel de patiënten voldoende informatie te verschaffen over hun chronische ziekte en over de gezondheidsactoren in deze omgeving, bijzondere aandacht te geven aan een goede opleiding van gezondheidswerkers en aan multidisciplinariteit, de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen te verzekeren en de patiënt centraal te stellen in de aanpak.

Wat de gespecialiseerde endometrioseklinieken betreft, zijn er in België geen plannen om specifieke klinieken per pathologie officieel te erkennen. Dat is toch wel een fundamenteel punt. Als men dit zegt, komt het een beetje frustrerend over. De strategie voor de ontwikkeling in de zorg, met name voor chronische aandoeningen, gaat eigenlijk niet in de richting van gespecialiseerde klinieken voor allerlei verschillende aandoeningen, maar veeleer in de richting van een multidisciplinaire benadering, waarbij rekening gehouden wordt

Il y a d'importantes similitudes entre la stratégie française en matière d'endométriose et la stratégie que nous envisageons dans le futur plan interfédéral pour les soins intégrés.

Il n'y a pas de projets en Belgique visant à reconnaître officiellement des cliniques spécifiques par pathologie. La stratégie pour le développement des soins pour les affections chroniques s'oriente plutôt vers une approche multidisciplinaire.

L'INAMI peut néanmoins, dans certains cas, conclure des accords

met de patiënt in zijn geheel.

Dat neemt niet weg dat het RIZIV in bepaalde gevallen overeenkomsten kan sluiten met centra die over specifieke deskundigheid beschikken voor de behandeling van complexe stoornissen. We sluiten dat niet uit, we doen dat immers soms. Ik wil het dus ook niet uitsluiten voor endometriose. Integendeel, ik denk dat we dat moeten onderzoeken. Ik vind het echter niet a priori een uitgangspunt om te stellen dat men voor een bepaalde pathologie een gespecialiseerde kliniek moet hebben, hoe erg deze pathologie ook is wanneer men er als vrouw mee te maken heeft.

Ik moet wel zeggen dat verschillende ziekenhuizen met een grote dienst gynaecologie al over specifieke teams beschikken die gespecialiseerd zijn in de zorg voor vrouwen met endometriose. Doorgaans zijn er dan naast gynaecologen ook specialisten uit andere disciplines zoals radiologie, chirurgie, urologie, heelkunde, maar ook seksuologen en psychologen. Die multidisciplinariteit, met de holistische benadering, is echt heel belangrijk.

Actuellement, il n'entre pas dans mes intentions de mettre en place un plan spécifique pour la pathologie endométriose. En effet, – je me répète – ma politique ne s'adresse pas à une ou à des pathologies spécifiques. Je plaide, en revanche, pour une approche transversale permettant une meilleure prise en charge globale des patientes et des patients atteints d'une maladie chronique, avec une attention particulière portée pour référer, en temps opportun, les cas les plus complexes, avec une concentration de l'expertise spécifique.

Le problème réside dans le fait que l'élaboration de ce plan interfédéral nécessitera encore pas mal de temps. C'est donc plutôt à la fin de cette législature que ce plan pourra être présenté. Mais il s'agit d'un dossier sur lequel nous travaillons, d'ores et déjà, de manière intense.

04.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, blijkbaar werd hierover reeds gediscussieerd op 15 februari, maar toen was ik er niet bij.

Ik vind het een beetje teleurstellend dat u geen enkele specifieke actie voor endometriose wil ondernemen. Het probleem wordt nochtans meer en meer besproken. Vrouwen groeien op met het idee dat het normaal is om pijn te hebben bij hun maandstonden. Dat wordt echt gebanaliseerd. Gemiddeld wordt pas na zeven jaar de diagnose gesteld. Het is dus wel belangrijk.

Ik zeg niet dat het plan met de multidisciplinaire centra zoals in Frankrijk moet nagedaan worden, maar er kunnen en moeten toch bepaalde acties ondernomen worden. Het is spijtig dat u het gewoon in een algemeen plan gooit, waar die specificiteit van endometriose en het feit dat het om een ziekte gaat die vrouwen hebben er mogelijk niet uitkomen.

U zegt ook dat preventie en informeren niet uw taken zijn. Een belangrijke taak van u is echter wel om de huisartsen te informeren.

avec des centres qui disposent d'une expertise spécifique pour le traitement de troubles complexes.

Plusieurs hôpitaux disposant d'un grand service de gynécologie disposent déjà d'équipes spécialisées dans les soins aux femmes souffrant d'endométriose, avec généralement une approche holistique multidisciplinaire.

Op dit moment ben ik niet van plan om een specifiek plan voor de aanpak van endometriose op te stellen. Ik pleit voor een beleidsoverschrijdende benadering die een betere integrale behandeling van patiënten met een chronische ziekte mogelijk maakt door de meest complexe gevallen tijdig door te verwijzen, zodat er specifieke expertise ingezet kan worden.

De uitwerking van het interfederale plan zal nog enige tijd vergen. Het zal aan het einde van deze legislatuur voorgelegd worden.

04.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Il est décevant que le ministre ne veuille entreprendre aucune action spécifique concernant l'endométriose. En moyenne, le diagnostic n'est posé qu'après sept ans. Le ministre pourrait et devrait bel et bien informer les médecins généralistes par le biais d'un recyclage concret.

Dat zou iets concreets kunnen zijn inzake navorming. U hebt daar als minister van Volksgezondheid immers een belangrijke rol. De vrouwen die hieraan lijden komen bij de huisarts terecht omdat ze soms niet naar school of het werk kunnen gaan vanwege die pijnlijke maandstonden. Bij de huisartsen zaken ondernemen om sneller tot een diagnose te kunnen komen, vergt concrete acties die u als minister van Volksgezondheid wel snel zou kunnen voorzien.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

05 Samengevoegde vragen van
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boetes voor kinesisten die zorg verstrekken aan samenwonende personen met een handicap" (55025912C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boetes voor kinesisten die zorg verstrekken aan samenwonende personen met een handicap" (55026815C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boetes voor de kinesisten die zorg verstrekken aan samenwonenden met een handicap" (55027190C)
05 Questions jointes de
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les amendes infligées aux kinésithérapeutes dispensant des soins à des handicapés cohabitants" (55025912C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les amendes infligées aux kinésithérapeutes dispensant des soins à des handicapés cohabitants" (55026815C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les amendes infligées aux kinésithérapeutes soignant des personnes cohabitantes avec un handicap" (55027190C)

05.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, une centaine de kinésithérapeutes ont présenté des coûts erronés de façon non intentionnelle et sont sujets à de lourdes amendes de l'INAMI qui considère que deux personnes handicapées vivant sous un même toit doivent être assimilées à une infrastructure de soins. Ce n'est évidemment pas le cas car ces personnes handicapées vivent en toute autonomie ensemble.

Les kinésithérapeutes disposent alors de dix minutes parce que c'est considéré comme une infrastructure de soins. Cela signifie qu'ils ont dix minutes en moins pour traiter les patients et ils touchent 14,75 euros par séance au lieu de 25 euros. C'est évidemment un non-sens d'abord pour les personnes handicapées qui sont pénalisées du fait de la réduction des séances de kinésithérapie. Par ailleurs, *a posteriori*, les kinésithérapeutes ont été sanctionnés par l'INAMI.

Monsieur le ministre, comptez-vous corriger le dispositif tant pour les personnes handicapées qu'au niveau des sanctions répercutées sur les kinésithérapeutes de façon totalement illogique? Je répète que c'est une question de bon sens que de prendre en compte la situation de personnes handicapées qui vivent sous un même toit et de les soigner comme toute autre personne handicapée vivant à domicile.

05.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Een honderdtal kinesitherapeuten die ongewild foute kosten hadden ingediend, krijgen zware boetes van het RIZIV omdat het RIZIV vindt dat twee personen met een handicap die onder hetzelfde dak wonen, moeten worden gelijkgesteld met een zorgvoorziening. De kinesitherapeuten hebben dan tien minuten minder tijd om de patiënten te behandelen en krijgen in plaats van 25 euro slechts 14,75 euro per behandeling.

Zult u deze regeling bijsturen? Zult die onlogische sancties intrekken?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Vindt u het erg als ik in het Nederlands antwoord? Ik heb mijn antwoord voorbereid in het Nederlands.

Ik wil om te beginnen stellen dat het hier in tegenstelling tot wat in de

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Pour bien clarifier les choses: il s'agit en l'occurrence d'une demande adressée à 25 kinésithérapeutes de rembour-

pers vermeld wordt niet gaat over boetes. Het gaat ook niet over een honderdtal kinesitherapeuten. Het gaat wel om een vraag tot vrijwillige terugbetaling van het onterecht aangerekende bedrag bij 25 kinesitherapeuten, op basis van een proces-verbaal van vaststelling.

Ik zeg dit omdat enkele collega's die hier nu niet zijn een vermelding in die zin hadden gemaakt. De verplichte ziekteverzekering omvat bovendien een terugbetaling voor kinesitherapie en voor verpleegkunde in gemeenschappelijke woon- of verblijfplaatsen van personen met een handicap. Terugbetaalde verzorging blijft dus mogelijk. De nomenclatuur omvat daartoe specifieke verstrekkingen, waarbij rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld het kenmerk dat de zorgverlener met één verplaatsing een groep van patiënten kan verzorgen op hetzelfde adres, wat natuurlijk verplaatsingstijd en -kosten uitspaart.

De nomenclatuur wordt continu geëvalueerd in verschillende organen binnen het RIZIV, waarin vertegenwoordigers van de zorgverleners en ziekenfondsen zetelen. Daarbij wordt gelet op de bestaande juridische, organisatorische, budgettaire en technische mogelijkheden, waarbij ook de mogelijkheden voor het verruimen van het kader worden onderzocht.

Indien er een tekort zou ontstaan aan zorgverleners die dergelijke patiënten willen verzorgen, is het inderdaad aangewezen te bekijken hoe het aanbod kan worden verhoogd. Een aanpassing van de nomenclatuur ten bate van die woonvormen zou logischerwijze leiden tot een grotere inzet van zorgverleners en budgetten in die setting. Ik moet daarover natuurlijk in dialoog gaan met de deelstaten, gelet op hun bevoegdheden inzake de ondersteuning en begeleiding van personen met een handicap.

Met andere woorden, ik meen dat er argumenten zijn voor het huidige systeem. Ik meen echter ook dat diegenen die zeggen dat dit problematisch is voor de aantrekkelijkheid en het aanbod misschien geen ongelijk hebben. Wij moeten dit dus opvolgen, maar ik heb niet onmiddellijk een plan om dit te corrigeren.

sement volontaire du montant indûment porté en compte sur la base d'un procès-verbal de constatation, et donc pas d'amendes. L'assurance maladie obligatoire inclut en outre un remboursement pour la kinésithérapie et les soins infirmiers dispensés dans des lieux d'habitation ou de séjour collectif pour personnes handicapées. Il reste donc possible de bénéficier de soins remboursés. La nomenclature inclut à cet effet des prestations spécifiques, tenant compte de circonstances spécifiques. Elle fait l'objet d'une évaluation continue au sein de différents organes au sein de l'INAMI et une attention particulière est accordée à cet égard aux possibilités juridiques, organisationnelles, budgétaires et techniques, parallèlement à l'option d'un cadre élargi. En cas de pénurie, il convient effectivement d'examiner comment l'offre peut être augmentée. Pour ce faire, je dois évidemment dialoguer avec les entités fédérées, compte tenu de leurs compétences en matière de soutien et d'accompagnement des personnes handicapées. Je pense que plusieurs arguments plaident en faveur du système actuel. Nous devons suivre ce dossier attentivement, mais je n'ai pas tout de suite de plan pour adapter la situation.

05.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous corrigez sur le volet des amendes en disant qu'il n'y a pas d'amendes. Je ne sais pas exactement ce qu'il en est, mais je prends acte de vos propos.

Mais j'ai quand même du mal à vous suivre dans votre logique. Il y a évidemment des institutions de personnes handicapées qui sont des structures de soins. Vous dites alors qu'elles relèvent de la compétence des entités fédérées qui ont la compétence du handicap. D'accord. Mais ma question porte sur les personnes porteuses de handicap qui cohabitent sous un même toit. C'est de la logique et du bon sens: on peut quand même considérer que deux personnes handicapées qui cohabitent sous le même toit ne sont pas, par définition, une infrastructure ni une institution de soins. Elles doivent donc pouvoir bénéficier de soins, y compris en kinésithérapie, comme les autres. Je ne comprends pas très bien. À la limite, je trouve que l'on devrait plutôt, au contraire, en tant qu'autorité publique, soutenir l'autonomie de personnes handicapées qui vivent ensemble et qui ne

05.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Mijn vraag had betrekking op mensen met een handicap die samen onder één dak wonen. Per definitie wonen zij niet in een zorginstelling. Net zoals andere mensen met een handicap zouden ze zorg, met inbegrip van kinesitherapie, moeten kunnen krijgen. We zouden hun zelfredzaamheid moeten steunen en zorgverleners moeten toestaan hen te behandelen zoals ieder ander.

sont pas dans une institution de soins, pour qu'elles puissent bénéficier de soins comme les autres en termes de durée, de prise en charge, de remboursement. Il faudrait que les prestataires de soins puissent également venir les traiter comme toute autre personne handicapée qui vivrait seule ou dans une famille.

Je me permets quand même d'insister. Il s'agit d'une question d'équité et de prise en compte des personnes handicapées quelle que soit leur réalité. On parle souvent du prix de l'amour et du prix du travail; voilà maintenant qu'on se retrouve avec le prix du kiné. Elles n'ont pas droit aux mêmes soins si elles décident de vivre ensemble. J'ose espérer qu'en la matière, les lignes bougeront. Je vous remercie.

05.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Fonck, uw vraag is iets meer gefocaliseerd dan de vragen van de collega's die er nu niet zijn.

U zegt dat het vreemd is om die specifieke situatie te beschouwen als een instelling en ik wil dat nog eens bekijken met het RIZIV. Dat is immers een interpretatie. Wat u zegt, is als het ware een *bémol* in de discussie. U zegt dat twee mensen die samen een handicap hebben toch geen instelling vormen. Ik beloof u niets, maar ik wil die interpretatie nog eens bekijken. Ik zal dat dus doen en u moet daarop bij gelegenheid nog eens terugkomen.

05.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mme Fonck affirme qu'il est étrange de considérer cette situation spécifique comme celle d'une institution et je voudrais tout d'abord me pencher sur cette interprétation avec l'INAMI. Nous reviendrons sur la question ultérieurement.

05.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, ce qui m'intéresse, ce n'est pas de revenir sur le point. C'est surtout que les choses bougent et que ces personnes porteuses de handicap puissent être prises en considération de manière pleine et entière.

On m'appelle en Affaires sociales. Puis-je mettre ceci en suspens et revenir juste après?

05.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Mij gaat het erom dat er ten volle rekening gehouden wordt met die mensen met een handicap.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

06 Samengevoegde vragen van
- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van antidepressiva en medicijnen tegen angststoornissen bij jongeren" (55026376C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De GGZ en het gebruik van antidepressiva bij kinderen en jongeren" (55026856C)
06 Questions jointes de
- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation d'antidépresseurs et de médicaments contre les troubles anxieux chez les jeunes" (55026376C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les SSM et la consommation d'antidépresseurs chez les enfants et les jeunes" (55026856C)

06.01 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, de verkoop van antidepressiva en medicatie tegen angststoornissen is tijdens de pandemie toegenomen. Vooral bij jongeren groeide de vraag in 2021, terwijl de totale verkoop dat jaar vrij stabiel bleef volgens professor Lode Godderis van de Mental Assessment Group, een onderdeel van de GEMS.

De percentages zijn spectaculair. Er werd een kwart meer medicijnen tegen mentale problemen verkocht bij jongeren en 16- tot 25-jarigen.

06.01 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): La vente d'anti-dépresseurs et de médicaments contre les troubles de l'angoisse a augmenté durant la pandémie. On observe principalement une hausse spectaculaire chez les jeunes en 2021, même si en chiffres absolus, il s'agit de petits

De cijfers dienen wel gerelativeerd te worden, aangezien het in absolute cijfers om kleine groepen gaat, zeker bij kinderen. Hoe dan ook, de toename kan niet ontkend worden. Ook uit de gezondheidsenquête van Sciensano, afgenomen in december, bleek dat jongeren moeite hadden met het isolement, meer zelfs dan volwassenen.

De meeste zullen wel opnieuw recht krabbelen, nu de situatie weer normaliseert. De cijfers verbeteren. Bij wie medicatie kreeg voorgeschreven, volstaan een paar zonnige dagen niet. Hoe dieper men in de put zit, hoe meer duwtjes nodig zijn om eruit te geraken, aldus professor Godderis. Een vroege behandeling in de eerste 25 levensjaren kan voorkomen dat het probleem chronisch wordt.

Het slotpleidooi van de Mental Assessment Group is duidelijk. We moeten mentale gezondheidsproblemen met dezelfde focus aanpakken als corona. We moeten de psychiatrische zorg opschalen, zoals we dat ook met de afdelingen intensieve zorg hebben gedaan. We moeten patiënten opsporen, als waren zij coronapatiënten. Het draait dan niet alleen om het verkorten van de wachtlijsten voor de psychiatrische zorg, aldus Godderis, het is ook belangrijk om jongeren te laten deelnemen, want dat is een cruciaal onderdeel van preventie.

De eerstelijnszones kregen eerder de opdracht om specifieke doelgroepen af te bakenen met het oog op psychologische ondersteuning. Hebt u intussen – in een vorige sessie antwoordde u negatief – zicht op de vorderingen?

Hebt u ook een dialoog met de deelstaten over het toch wel onrustwekkende antidepressiva- en medicatiegebruik bij jongeren opgestart? Welke actie kunnen zij preventief ondernemen?

groupes, certainement chez les enfants. Les chiffres s'améliorent mais plus on est enfoncé dans le trou, plus il faut d'aide pour en sortir. Le Mental Assessment Group affirme clairement que nous devons appréhender les problèmes de santé mentale avec la même attention que le coronavirus. Les zones de première ligne ont été chargées précédemment de délimiter des groupes cibles spécifiques en vue d'un accompagnement psychologique.

Où en est-on à ce niveau? Le ministre a-t-il également entamé un dialogue avec les entités fédérées à propos de la consommation de tels médicaments chez les jeunes?

06.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Uit recent opgevraagde cijfers blijkt dat de uitgaven van het RIZIV voor antidepressiva voor kinderen en jongeren in stijgende lijn zitten. Dat was ook al gealarmeerd naar aanleiding van de coronacrisis en de lockdowns. De toename situeert zich vooral bij kinderen en jongeren van 11 jaar en ouder. De oorzaken van de toename van het gebruik van antidepressiva bij jongeren is nog niet helemaal duidelijk. De resultaten van een onderzoek ter zake door de FOD Volksgezondheid worden dit voorjaar verwacht.

Hoe ver staat het onderzoek? Wanneer mogen we de resultaten ervan verwachten? Kunt u ons daar al wat meer informatie over geven?

BelPEP heeft al verschillende initiatieven genomen om rationeel gebruik van antidepressiva te bevorderen, zoals de publicatie van een handleiding via een onlinetool over depressie en het juiste gebruik van antidepressiva. De handleiding is momenteel gericht op slaap- en kalmeringsmiddelen, maar zou worden uitgebreid. Het project zou tegen april 2022 afgerond zijn, dus nu ongeveer. Hoe ver staat het met dat project?

Bij het RIZIV worden verschillende transversale projecten gestart in het kader van het begrotingstraject 2022. Over welke projecten gaat het precies? Welke projecten werden al gerealiseerd? Welke projecten worden nog ontwikkeld? Hoe zullen de 5 miljoen euro aan

06.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Selon des chiffres récents, la consommation d'antidépresseurs chez les enfants et les jeunes ne cesse d'augmenter, la hausse étant surtout observée chez les enfants et les jeunes à partir de 11 ans. Les résultats d'une étude menée sur les causes par le SPF Santé publique sont attendus dans le courant du printemps. Quel est l'état de la situation? La Belgian Psychotropics Expert Platform (BelPEP) a déjà pris différentes initiatives pour promouvoir une utilisation rationnelle des antidépresseurs, en publiant notamment un guide par le biais d'un outil en ligne, qui devrait encore être étendu.

Quel est l'état d'avancement de ce projet? Quels projets transversaux sont démarrés dans le giron de l'INAMI dans le cadre de la trajectoire budgétaire 2022?

middelen besteed worden? Welke projectvoorstellen kwamen al binnen voor 2023?

06.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, dit is een heel belangrijk thema dat me nauw aan het hart ligt. De verschillende vragen leiden tot een interessante combinatie van beleidskwesties. Toch moet ik een beetje geduld vragen vooraleer dat beleid helemaal klaar is.

Mevrouw Vanpeborgh, u hebt het gesitueerd in een context van stijgende mentale zorgen, groeiende aanduidingen dat kinderen, jongeren en jongvolwassenen mentale problemen hebben en het verband met het gebruik van psychofarmaca. De eerste vraag is of we een goede eerstelijnsopvang kunnen organiseren voor kinderen en jongeren, waarbij we snel op de bal spelen en snel kunnen zorgen voor een respons wanneer ze zich niet goed voelen. Dat betreft volledig het thema van de eerstelijns psychologische hulpverlening. Zoals u zegt, heb ik aan de netwerken geestelijke gezondheidszorg gisteren gevraagd om heel duidelijke prioriteiten te bepalen met betrekking tot hoe zij de lokale, voor hun netwerk beschikbare budgetten willen gebruiken. De vraag is gesteld aan zowel de netwerken voor volwassenen als de netwerken voor kinderen en jongeren.

Mijn indruk is dat de netwerken daar zeer zorgvuldig mee aan de slag zijn gegaan en dus heel goed hebben nagedacht over wat de kwetsbare groepen zijn op hun grondgebied, hoe ze die kunnen identificeren en vervolgens wat de vindplaatsen zijn waarin ze hen tegemoet kunnen komen met aanwezigheid en met een aanbod dat veel meer is dan het loutere feit dat een individuele klinische psycholoog of orthopedagoog zit te wachten tot er een patiënt zich aanmeldt. Het betreft vindplaatsen in jongerenadviescentra, OCMW's, grote huisartsenpraktijken en dergelijke.

Ik heb vastgesteld dat de netwerken daar zeer zorgvuldig mee bezig zijn. Ik heb echter nog geen volledig overzicht en de praktische uitrol gaat te traag. Ik heb dus aan de netwerken voor kinderen en jongeren gevraagd om de pas te versnellen in het praktisch uitrollen van wat ze doen met het budget dat zij ter beschikking hebben voor de eerstelijns psychologische ondersteuning voor kinderen en jongeren. Ik heb ook voorgesteld dat we op frequentere basis een rapportering zouden krijgen over de vooruitgang die ze boeken in de uitrol van de eerstelijns psychologische functie, het identificeren van de kwetsbare groepen, het vaststellen van de prioriteiten, het vastleggen van de vindplaatsen, enzovoort.

Ik geef dat mee als algemene context. Ongetwijfeld zult u daarop terugkomen op 18 mei, bij de hoorzitting over geestelijke gezondheidszorg. Het is echter absoluut zo dat het goed uitbouwen van die geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn mede een antwoord zou moeten zijn op het onrustwekkend stijgende gebruik van psychofarmaca, ook bij jongeren.

Daarop wil ik iets specifieker inzoomen. Wij hebben eind 2020 tussen de FOD Volksgezondheid en Sciensano een samenwerkingsovereenkomst gesloten inzake gegevensverzameling in het kader van de meting van psychofarmaca bij kinderen en jongeren, via de huisartsenpeilpraktijken. Het werd ook gezegd in de vragen, op basis

Qu'est-ce qui a déjà été réalisé et qu'est-ce qui est encore prévu?

06.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'accroissement des problèmes psychiques chez les enfants et les jeunes et l'usage de psychotropes ont été mis en évidence. Nous devons avant toute chose veiller à la qualité de l'accueil de première ligne. Les réseaux de soins de santé ont été invités à définir des priorités claires pour l'affectation des budgets disponibles. Les réseaux ont bien réfléchi à l'identification des groupes vulnérables sur leur territoire et aux lieux où ils peuvent prendre en charge les jeunes, à savoir les centres d'avis pour la jeunesse, les CPAS, les grands cabinets de médecins généralistes, etc. J'ai demandé aux réseaux de faire diligence. J'ai également demandé un reporting plus rapide.

Un développement approprié des soins de santé mentale de première ligne doit contribuer à apporter une réponse à l'augmentation inquiétante de l'utilisation de psychotropes, également chez les jeunes.

Il ressort des données de Farmanet que l'usage de psychotropes chez les enfants et les jeunes augmente chaque année. Fin 2020, le SPF Santé publique et Sciensano ont conclu un accord de coopération en matière d'échange de données dans le cadre de l'évaluation de l'usage de psychotropes chez les enfants et les jeunes par le biais des réseaux de médecins vigies.

van gegevens van Farmanet weten wij dat het gebruik van psychofarmaca bij kinderen en jongeren elk jaar stijgt.

De data doen inderdaad vermoeden dat een aanzienlijk deel van die medicatie opgestart wordt door de huisarts. Door gebrek aan gegevens omtrent de indicatiestelling, de behandelingsduur, de doorverwijzing en de samenwerking met de tweede en derde lijn, weten wij eigenlijk onvoldoende. Daarom hebben wij dit onderzoeksproject opgestart. Door middel van bijkomende data via Sciensano en databanken als Intego hopen wij een beter beeld te krijgen van het gebruik van psychofarmaca bij kinderen en jongeren voorgeschreven door de huisarts.

De bevraging via de huisartsenpeilpraktijken werd georganiseerd tussen maart 2021 en maart 2022. Deze is dus net afgesloten. Een eerste tussentijds rapport op basis van 57 cases zal voor de zomer voorgelegd worden aan de experts van BelPEP, het Belgian Psychotropics Experts Platform, voor bespreking en een eerste interpretatie. Ik moet wel zeggen dat 57 cases geen hoog aantal is. Dat betekent dat wij de gegevensverzameling voort moeten zetten om een grotere betrouwbaarheid te hebben van de gegevens.

Met betrekking tot de uitbreiding van het onlinehulpmiddelenboek *Slaap- en Kalmeermiddelen*, met een hoofdstuk over het correct gebruik van antidepressiva, kan ik u zeggen dat dit project inderdaad lopende is. Het hulpmiddelenboek zal gelanceerd worden samen met de sensibiliseringscampagne rond psychofarmaca. Die campagne situeer ik eerder tegen het einde van 2022.

Dat is een campagne waar ik in zekere zin echt naar uitkijk, hoewel het natuurlijk beter zou zijn dat wij ze niet moeten voeren. Wat is onze aspiratie wanneer wij eerstelijns psychologische hulpverlening uitrollen, wat willen wij zeggen aan de huisartsen, wat denken wij over farmaceutica en farmaceutisch beleid? Dat zit op het kruispunt tussen vele verschillende bekommernissen en beleidsdoelstellingen en wordt voor mij dus een belangrijke campagne.

Mevrouw Sneppe, u verwees naar een project van 5 miljoen euro over investeren in psychiatrische zorg met bijzondere aandacht voor jongeren met psychiatrische problemen. Dat is een onderdeel van een reeks van transversale projecten. In een antwoord op een vorige vraag van mevrouw Merckx had ik het over 10 miljoen euro voor perinatale zorg. Die 10 miljoen euro is een onderdeel van dezelfde reeks. Wij zullen zo ook 5 miljoen euro uittrekken voor transversale zorg voor jongeren die psychiatrische zorg nodig hebben. De bedoeling is een aantal concrete initiatieven uit te werken voor een betere begeleiding, waarbij er uiteraard raakvlakken zijn met het gebruik van antidepressiva.

Ik geef u al enkele concrete voorstellen. Een eerste voorstel houdt in dat wij de toegang tot de somatische zorg verbeteren voor mensen die opgenomen zijn in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis door het integreren van de bezoldiging van de huisarts in de teams van het psychiatrisch ziekenhuis of de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of door het wegnemen van een aantal administratieve belemmeringen die vandaag bestaan. Een tweede voorstel houdt in dat wij het opstellen van een behandelings- en

Le traitement est en effet souvent démarré par le médecin de famille. Par cette étude, nous cherchons à en savoir plus sur les indications, la durée du traitement, le renvoi et la collaboration avec les deuxième et troisième lignes. La première consultation vient de se clôturer et le rapport intermédiaire basé sur seulement 57 cas sera soumis à la BelPEP. La collecte de données doit être poursuivie pour accroître la fiabilité des données.

Un projet est effectivement en cours en vue d'adjoindre au manuel d'aide en ligne "Somnifères & calmants" un chapitre sur l'utilisation correcte des antidépresseurs. La version mise à jour sera lancée fin 2022 en même temps que la campagne de sensibilisation sur les psychotropes. Il s'agit d'une campagne importante motivée à la fois par plusieurs préoccupations et des objectifs stratégiques.

Dans le cadre d'une série de projets transversaux, 5 millions d'euros sont débloqués pour des soins transversaux pour des jeunes ayant besoin de soins psychiatriques. Il y également des liens avec l'utilisation d'antidépresseurs. Il existe des propositions visant un meilleur accès aux soins somatiques pour les personnes séjournant en psychiatrie, l'élaboration d'un plan de traitement et de suivi, qui englobe aussi bien les soins psychiatriques que somatiques, ainsi qu'une meilleure accessibilité de soins adéquats et de qualité pour les jeunes atteints de troubles alimentaires sévères.

nazorgplan incentiveren voor patiënten met een psychiatrische aandoening. Het behandelings- en nazorgplan dient zowel de psychiatrische als de somatische zorg te omvatten, conform de internationale richtlijnen en moet elektronisch beschikbaar zijn voor alle betrokken zorgverleners. Een derde voorstel houdt in dat wij de toegankelijkheid van adequate en kwalitatieve zorg voor jongeren met ernstige eetstoornissen verbeteren, in de ziekenhuizen met name, via ambulante, multidisciplinaire teams voor eetstoornissen.

Dat is ook een onderdeel daarvan.

Het is nog niet op punt gesteld, maar het zijn elementen die zullen worden opgenomen in wat wij met die 5 miljoen euro willen doen. Ik hoop dat dat een context creëert waarin wij het verkeerde of overdreven gebruik van psychofarmaca door jongeren kunnen aanpakken. Door hierover een sensibiliseringscampagne te voeren, pakt men het probleem eigenlijk van twee kanten aan.

06.04 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Ik heb goed naar uw antwoord geluisterd en vond het geruststellend, mijnheer de minister. Ik hoor dat u dit onderwerp ter harte neemt. We zullen dit zeker, samen met u, blijven opvolgen. Zeker op 18 mei, de dag van de geestelijke gezondheidszorg, zullen we het er allicht nog eens over hebben. Net als u ben ik de mening toegedaan dat psychologische eerstelijnshulp cruciaal is om het gebruik van psychofarmaca te doen dalen. Ik hoop ook dat de ministers in de deelstaten zich daar ten volle bewust van zijn en er hun schouders zullen onder zetten, want voor een stuk gaat het natuurlijk om preventief werk.

06.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Uw antwoord was verhelderend, mijnheer de minister, maar ik ben niet zo positief gestemd als mevrouw Vanpeborgh. Ik weet dat die 5 miljoen euro maar een deeltje is van wat er in de geestelijke gezondheidszorg wordt geïnvesteerd, maar zelfs het volledige bedrag is slechts een peulenschil, wetende dat er een grote inhaalbeweging moet worden gemaakt om degelijk in geestelijke gezondheidszorg te kunnen investeren en om wie er nood aan heeft, goed te kunnen helpen. Dat kinderen en jongeren op een wachtlijst worden geplaatst, of te lang antidepressiva moeten slikken, zou eigenlijk niet mogen. In veel gevallen nemen ze die medicatie omdat ze niet de nodige hulp krijgen.

Antidepressiva worden vaak voorgeschreven door huisartsen. Samen met de bevoegde ministers in de deelstaten, zult u op dat vlak wat meer inspanningen moeten doen om die huisartsen bewust te maken en aan te zetten om kinderen en jongeren sneller door te verwijzen. Hiervoor zult u echter moeten investeren en zorgen dat die wachtlijsten verdwijnen. Ik wil in dat opzicht graag verwijzen naar een masterproef van dr. Rani De Beir, die stelt dat huisartsen daar wel voor zijn opgeleid, maar vaak te gemakkelijk en te lang antidepressiva voorschrijven en jongeren en kinderen te laat doorverwijzen naar psychologen of psychiaters.

Er is nog veel werk aan de winkel en ik hoop dat u het meent wanneer u zegt dat de situatie u na aan het hart ligt en dat u een tandje zult bijzetten.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06.04 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Le ministre soutient l'initiative et c'est rassurant. Je suis d'accord avec le fait que l'aide psychologique de première ligne est cruciale pour faire baisser la consommation de psychotropes. J'espère que les ministres des entités fédérées en sont aussi pleinement conscients.

06.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Concernant les investissements dans les soins psychologiques de première ligne, il faut effectuer un important mouvement de rattrapage. Souvent, les jeunes commencent les antidépresseurs, car ils n'ont pas bénéficié de l'aide nécessaire. Dans de nombreux cas, ils leur sont prescrits par le médecin traitant. Ceux-ci devront donc être encouragés à rediriger plus rapidement les jeunes. Pour ce faire, il faut bien sûr réduire les listes d'attente. Il y a donc encore du pain sur la planche.

07 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le maintien au frigo du dossier IVG" (55025807C)
07 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het in de koelkast gezette abortusdossier" (55025807C)

07.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *En cette journée internationale des droits des femmes, je me devais de revenir sur l'un de ces droits: le droit à l'avortement.*

En effet, en Belgique, avorter constitue encore un parcours du combattant pour de nombreuses femmes qui sont contraintes de procéder à une IVG au-delà de nos frontières, voire de subir un avortement clandestin.

Comme vous le savez, une proposition de loi allongeant le délai légal pour avorter de 12 à 18 semaines devait être votée en séance plénière. C'était toutefois sans compter les 4 renvois de ce texte au Conseil d'Etat et la formation de votre gouvernement. Puisque l'accord de gouvernement prévoit : une évaluation de la loi IVG par un comité scientifique multidisciplinaire "indépendant" (désigné par les partis du gouvernement) un consensus entre les partis du gouvernement.

Or, après avoir interpellé le Ministre de la Justice, après avoir écrit à la Présidente de la Chambre et enfin, après avoir interpellé le Premier Ministre, je me dois de constater que ce dossier reste malgré tout encore et toujours bloqué, et ce même après plus d'un an et demi de gouvernement!

En conséquence, Monsieur le Ministre, pouvez-vous me faire savoir :

- Si votre cabinet est impliqué dans des discussions relatives à l'avancée du dossier IVG ? Quel est l'état de ces discussions?

- J'ai eu ouie dire que des groupes de travail planchent sur cette évolution de la loi relative IVG, plutôt qu'un comité scientifique comme prévu dans l'accord de gouvernement. Le confirmez-vous? Qui sont les membres de ces groupes de travail et comment ont-ils été désignés?

- Comment leur impartialité et leur indépendance est-t-elle assurée?

- Un calendrier de travail et une date butoir de conclusions sont-elles prévues?

- Quelle sera la plus-value de ce comité par rapport à la Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'IVG, créée par la loi du 13 août 1990, et dont le dernier rapport d'évaluation a été présenté au Parlement en mars 2021?

- En tant que Ministre de la Santé, quelle est votre position sur la législation actuelle relative à l'IVG et sur le constat selon lequel environ 500 femmes par an doivent procéder à une IVG en dehors de notre pays, en dehors de toute couverture par la sécurité sociale, et que d'autres, plus précaires, doivent avorter clandestinement en Belgique?

07.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Abortus is nog steeds een hele lijdensweg voor tal van vrouwen, die genoodzaakt zijn over de grens een zwangerschap te laten onderbreken of clandestien een abortus ondergaan. Een wetsvoorstel dat de wettelijke termijn van 12 naar 18 weken brengt, had moeten worden goedgekeurd maar het voorstel is intussen al vier keer verzonden naar de Raad van State. Het regeerakkoord voorziet in een evaluatie van de abortuswet door een 'onafhankelijk' multidisciplinair wetenschappelijk comité dat echter door de regeringspartijen is aangesteld. Ik heb de minister van Justitie, de voorzitster van de Kamer en de premier hierover geïnterpelleerd maar het dossier is nog altijd geblokkeerd!*

Is uw kabinet betrokken bij de besprekingen over de vooruitgang in dat dossier? Wat is de stand van zaken van de besprekingen? Bevestigt u dat er momenteel werkgroepen intens werken aan deze wet? Wie zijn de leden daarvan en hoe werden ze aangesteld? Hoe wordt hun onpartijdigheid verzekerd? Is er een tijdpad? Wat zal de meerwaarde zijn van dat comité in vergelijking met de evaluatie-commissie, waarvan het jongste verslag in maart 2021 in het Parlement werd voorgesteld?

Wat is uw standpunt tegenover de huidige wetgeving? Wat vindt u van het gegeven dat er jaarlijks 500 vrouwen een abortus buiten België laten uitvoeren zonder sociale bescherming en dat de meest kwetsbaren zich clandestien laten aborteren? Hebt u informatie over de medische complicaties bij clandestiene abortussen en de behandeling daarvan in

- Disposez-vous d'informations sur les complications médicales liées aux avortements clandestins opérés chez nous et sur la prise en charge en milieu hospitalier, a posteriori, de ces femmes?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Chère collègue, dans notre accord de gouvernement, il est inscrit, en ce qui concerne le traitement parlementaire en cours des proposions de loi sur l'avortement à la Chambre des Représentants, qu'il faut approfondir la question en commission de la Justice de la Chambre. Lorsqu'une commission scientifique disciplinaire et indépendante désignée par les partis du gouvernement aura réalisé une étude et une évaluation de la pratique de la législation, nous continuerons à travailler de manière constructive pour trouver une consensus entre les partis du gouvernement et, en attendant, ne pas procéder au vote.

Je sais que les collègues du Parlement ont commencé à y travailler et ont mis en place une commission chargée de fournir des réponses aux questions que le Parlement se pose.

En ce qui concerne la composition concrète du groupe de travail, son calendrier et ses échéances, je vous renvoie à mes collègues de la commission de la Justice. Pour l'instant, la cellule stratégique de la Santé publique n'est pas associée à ces travaux, mais mes collègues du Parlement nous en tiennent informés.

La Commission nationale d'évaluation n'a pas à se prononcer sur la loi en vigueur. Elle doit néanmoins produire des rapports qui détaillent et évaluent l'application et l'évolution de l'application de la loi. La Commission présente la situation selon les informations provenant des documents d'enregistrement. Il s'agit donc d'un objectif très différent de celui donné à la commission créée au sein du Parlement. La Commission nationale d'évaluation n'a pas d'informations sur les avortements réalisés clandestinement puisqu'elle ne reçoit que les documents d'enregistrement concernant les interruptions de grossesse réalisées légalement en Belgique.

07.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, vous semblez étonné par ma question qui pourtant va de soi. Vous êtes ministre de la Santé et, par conséquent, lorsque l'on voit que des pays qui nous entourent, tels que la France et les Pays-Bas, assouplissent leurs conditions pour recourir légalement à l'avortement, mais que dans le même temps, en Belgique, le dossier est bloqué pour des raisons purement politiciennes, cela doit vous alerter.

Le fait que les Pays-Bas aient supprimé le délai de réflexion, que la France ait allongé le délai pour avorter va amener encore plus de femmes belges à aller avorter dans ces pays en toute sécurité. Malheureusement, elles ne pourront pas être prises en charge par la sécurité sociale. C'est d'autant plus inacceptable que, comme l'a rappelé l'OMS il y a à peine un mois, les restrictions à l'IVG font courir aux femmes des risques de stigmatisation, mais aussi d'interventions risquées et de graves complications médicales en conséquence. L'OMS a donc invité tous les États, en ce compris la Belgique, à

ziekenhuizen?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Volgens het regeerakkoord zal de parlementaire behandeling van de hangende wetsvoorstellen over abortus verder verdiept worden in de commissie voor Justitie, nadat een onafhankelijk wetenschappelijk comité de geldende wetgeving geëvalueerd heeft. Er zal naar een consensus gestreefd worden. In afwachting daarvan zal er niet tot stemming overgegaan worden.

De parlementsleden hebben een commissie opgericht die op hun vragen antwoord moet bieden. Voor de praktische details verwijs ik u naar de commissie voor Justitie. Mijn strategische beleidscel Volksgezondheid is er niet bij betrokken, maar wordt wel op de hoogte gehouden van de werkzaamheden.

Die commissie heeft andere doelstellingen dan de nationale evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking, die zich niet over de wet maar over de toepassing ervan moet uitspreken. Die heeft geen informatie over clandestiene abortussen en beschikt enkel over de registratiedocumenten voor legale abortussen.

07.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Wanneer Frankrijk en Nederland de voorwaarden voor abortus versoepelen en dat dossier in België om politieke redenen geblokkeerd wordt, zou dat bij u als minister van Volksgezondheid alarmbellen moeten doen afgaan, aangezien Belgische vrouwen naar die landen zullen trekken om een abortus te laten uitvoeren zonder dat ze daarvoor een terugbetaling van de sociale zekerheid krijgen. Dat is onaanvaardbaar in het licht van de stigmatisering en de risico's die aan de ingreep verbonden zijn. De WHO heeft

supprimer toutes les restrictions inutiles sur le plan médical en citant clairement la criminalisation, les délais obligatoires d'attente ou encore l'interdiction de l'avortement au-delà d'un certain stade de grossesse.

Ce sont trois conditions que votre gouvernement refuse d'assouplir, comme c'est prévu dans l'accord de gouvernement. On sait bien qu'obtenir un consensus sur cette question avec le CD&V qui est historiquement opposé à tout assouplissement sur cette question est un vœu pieux, malheureusement. J'osais donc espérer qu'en votre qualité de ministre de la Santé, vous auriez été prêt à faire davantage preuve d'ouverture d'esprit pour ne pas laisser sans suite cet appel important lancé par l'OMS.

Pour le reste, lorsque vous me dites que vous ne pouvez pas me donner plus d'informations sur la composition de ce comité d'évaluation, sur son calendrier de travail et que, par conséquent, je me dois pour cela d'interpeller le ministre de la Justice, sachez que je l'ai déjà fait. J'ai interpellé le premier ministre, la secrétaire d'État, Mme Schlitz, le ministre de la Justice. Et j'osais espérer que, pour le coup, le ministre de la Santé me donnerait davantage d'informations, vu l'enjeu de santé publique qui est celui de l'avortement. On le voit encore, aujourd'hui, malheureusement, avec cette possible décision qui pourrait être rendue dans le mois par la Cour suprême américaine. Je suis particulièrement déçue de votre réponse, monsieur le ministre.

daar ook op gewezen en heeft alle landen ertoe opgeroepen om medisch onnodige belemmeringen uit de weg te ruimen.

Het is wegens de CD&V dat de regering weigert deze voorwaarden te versoepelen zoals dat is bepaald in het regeerakkoord. Ik hoopte dat u bereid zou zijn om gevolg te geven aan de oproep van de WGO.

Ik heb al de premier, de minister van Justitie en de staatssecretaris voor Gendergelijkheid geïnterpelleerd over het evaluatiecomité. Ik dacht dat de minister van Volksgezondheid me zou informeren over abortus en wat er in verband daarmee op het spel staat. Uw antwoord ontgoochelt me, temeer daar het Amerikaanse Hooggerechtshof de situatie in de VS zou kunnen herzien.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cancer du sein" (55025810C)
08 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Borstkanker" (55025810C)

08.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le Ministre, en décembre dernier, je vous interrogeais concernant une enquête de la Société belge d'oncologie médicale (BSMO) relative au cancer du sein.*

C'est dans ce contexte que je vous avais notamment demandé si une évaluation de la convention "reconstruction mammaire", qui comprend le tatouage du mamelon, était prévue. Je vous demandais également combien d'hôpitaux y avaient adhéré et si vous estimiez leur nombre suffisant pour répondre aux besoins de toutes les patientes qui souhaitent en bénéficier, ce à quoi vous aviez répondu positivement.

Concernant l'évaluation de la convention, vous m'aviez répondu que la convention "reconstruction mammaire" prévoyait une évaluation annuelle et que la dernière datant de mars 2021, et qu'une nouvelle évaluation était prévue dans le courant du début de l'année 2022. L'objectif est d'évaluer la satisfaction des patientes ainsi que toutes les autres informations pertinentes, ce qui permettra d'évaluer alors la nécessité de modifier les critères d'inclusion à la convention ou d'élargir la liste des indications.

Vous m'aviez également indiqué que le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé réalisait une étude sur la qualité des soins dans

08.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *In het kader van het onderzoek rond borstkanker van de Belgische Vereniging voor Medische Oncologie (BSMO) heb ik u gevraagd of de overeenkomst met betrekking tot borstreconstructies, waar tepeltatoeage deel van uitmaakt, geëvalueerd zal worden, hoeveel ziekenhuizen tot die overeenkomst toegetreden zijn en of u van oordeel was dat er voldoende ziekenhuizen toegetreden waren om aan de behoeften van alle patiënten tegemoet te komen. Wat dat laatste betreft, hebt u positief geantwoord.*

Volgens u was een nieuwe jaarlijkse evaluatie van die overeenkomst met betrekking tot borstreconstructies gepland voor

les cliniques du sein et que, sur la base des conclusions de cette étude et des recommandations du Centre, les initiatives politiques nécessaires pourraient être identifiées.

En conséquence, Monsieur le Ministre:

- L'évaluation de la convention "reconstruction mammaire" annoncée pour ce début d'année 2022 a-t-elle déjà été lancée? Dans la positive, quand pouvons-nous attendre les conclusions de cette évaluation? Dans la négative, pourquoi?

- Qu'en est-il de l'avancement de l'étude du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé sur la qualité des soins dans les cliniques du sein? Disposez-vous déjà des conclusions de cette étude ainsi que de ses recommandations?

- Dans la positive, quelles initiatives politiques allez-vous prendre sur cette base?

- Dans la négative, quand pouvons-nous attendre lesdites conclusions?

begin 2022. Het doel daarvan is de tevredenheid van de patiënten te evalueren, zodat de criteria indien nodig gewijzigd kunnen worden of de lijst van indicaties uitgebreid kan worden.

Het KCE zou een studie verrichten naar de kwaliteit van de zorg in borstklinieken en op grond van zijn aanbevelingen zouden er beleidsinitiatieven vastgesteld kunnen worden.

Werd de voor begin 2022 aangekondigde evaluatie van de overeenkomst met betrekking tot borstreconstructies al aangevat? Zo ja, wanneer mogen we de conclusies daarvan verwachten? Zo niet, waarom niet? Hoe staat het met de studie van het KCE naar de kwaliteit van de zorg in borstklinieken? Beschikt u al over de bevindingen en aanbevelingen van het KCE? Zo ja, welke initiatieven zult u op basis daarvan nemen? Zo niet, wanneer zullen ze beschikbaar zijn?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Rohonyi, l'évaluation de la convention relative à la reconstruction mammaire est en cours auprès de l'Agence intermutualiste. Les résultats seront ensuite présentés au Collège national des médecins-directeurs et à la Commission nationale médico-mutualiste. Cela devait se faire dans le courant du premier semestre 2022, d'après ce qui m'avait été dit.

L'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur la qualité des cliniques du sein est en cours. Les résultats de cette étude sont attendus pour la fin de l'année 2022. Les conclusions ou recommandations de l'étude ne sont pas encore disponibles. Quand l'étude sera publiée, les recommandations seront examinées et d'éventuelles initiatives politiques suivront sur cette base.

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het Inter-Mutualistisch Agentschap is bezig met de evaluatie van de overeenkomst met betrekking tot borstreconstructies. De resultaten zullen aan het nationaal College van artsen-directeurs en aan de nationale commissie artsen-ziekenfondsen voorgelegd worden. Dat zou in de eerste helft van 2022 moeten gebeuren.

De studie van het KCE naar de kwaliteit van borstklinieken is aan de gang. De resultaten worden tegen eind 2022 verwacht. De conclusies of aanbevelingen van de studie zijn nog niet beschik-baar. Als de studie gepubliceerd wordt, zullen de aanbevelingen bestudeerd worden en zullen er mogelijke initiatieven volgen.

08.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour cette réponse concise mais encourageante. Les choses bougent dans ce dossier dans l'intérêt des femmes, avec cette évaluation de la convention relative à la reconstruction mammaire ou encore avec

08.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Die evaluatie van de overeenkomst met betrekking tot borstreconstructies en de studie

l'étude du KCE qui est attendue. C'est porteur d'espoir pour toutes ces femmes qui rencontrent des difficultés dans le cadre de leur reconstruction après une intervention chirurgicale pour le cancer du sein. Cette maladie n'a pas à devenir une source de pauvreté, et encore moins de précarité.

Concernant cette évaluation de la convention relative à la reconstruction mammaire, il me semble très important d'inclure le tatouage dans la convention. Il s'agit d'une nouveauté qui permet aux patientes de clore ce douloureux chapitre qu'a été le cancer, avec ses traitements et la mastectomie quand elle a lieu. En effet, ce tatouage, aussi petit soit-il, permet à ces femmes de se réapproprier leur corps et donc de retrouver une certaine féminité ainsi qu'une meilleure santé mentale.

van het KCE bieden hoop voor alle vrouwen die moeilijkheden ondervinden bij de reconstructie na een borstkankeroperatie. Die ziekte mag niet leiden tot armoede of bestaansonzekerheid.

Bij de evaluatie van de overeenkomst met betrekking tot borstreconstructies is het belangrijk dat tepeltatoeages opgenomen worden. Na een borstamputatie, waartoe er soms bij de operatie overgegaan wordt, kan zo'n tatoeage ervoor zorgen dat vrouwen hun lichaam weer aanvaarden, zich opnieuw vrouw voelen en zich geestelijk beter in hun vel voelen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

09 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre de mises en observation par le procureur du Roi" (55026432C)
09 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aantal opnemingen ter observatie op bevel van de procureur des Konings" (55026432C)

09.01 **Hervé Rigot** (PS): *La mise en observation, parfois appelée "collocation", est une mesure de protection pour des personnes souffrant de maladies mentales en situation de crise. Ces personnes peuvent donc être hospitalisées de force par un magistrat si elles représentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Dans la procédure ordinaire, la mise en observation est ordonnée par un juge de paix, mais en cas d'urgence, par le procureur du roi. Il semble que cette procédure d'urgence soit devenue la voie principale de la mise en observation. Le procureur du roi peut être saisi par un membre de la famille, un proche et un service de police appelé en cas de crise sévère.*

Selon les données récoltées par le SPF Santé publique, le nombre de mises en observation est en nette augmentation depuis quelques années. Les chiffres produits par votre administration donnent des chiffres globaux. Ainsi, pour 2018, on apprend que les mises en observation se chiffrent à 6 433 cas contre 5 644 en 2015. Je n'ai pas pu trouver les chiffres pour 2019 et 2020.

Pouvez-vous indiquer pour les années 2015 à 2019, voire 2020 et 2021, le nombre de mises en observation ordonnées selon la procédure d'urgence par un procureur du Roi et ce par arrondissement judiciaire?

Parmi ces mises en observation d'urgence, pouvez-vous indiquer celles qui proviennent d'une intervention policière?

Si vous voulez, vous pouvez simplement me communiquer les chiffres. Ce sera parfait puisqu'il s'agit d'une question chiffrée.

09.01 **Hervé Rigot** (PS): *De opneming ter observatie, ook wel collocatie genoemd, is een maatregel ter bescherming van personen met een geestesziekte. Zij kunnen gedwongen opgenomen worden op last van een magistraat als ze een gevaar vormen. De opneming ter observatie wordt bevolen door de vrederechter of in spoedeisende gevallen door de procureur des Konings. Het lijkt erop dat die spoedprocedure de regel geworden is. De procureur des Konings kan geadieerd worden door een gezinslid, een naast familielid of een politiedienst die opgeroepen wordt in geval van een ernstige crisis.*

Er zou een duidelijke toename zijn van het aantal opnemingen ter observatie: 6.433 gevallen in 2018 tegenover 5.644 in 2015.

Hoeveel opnemingen ter observatie werden er volgens de spoedprocedure bevolen door een procureur des Konings in de

periode van 2015 tot 2021? Wat zijn de cijfers per gerechtelijk arrondissement? Hoe vaak werd de opneming ter observatie bevolen na tussenkomst van de politie?

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, en complément des données sur les mises en observation fournies par le SPF Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement en réponse à la question parlementaire, je peux vous informer qu'en 2019 et 2020, respectivement 7 083 et 7 584 mises en observation ont eu lieu dans les hôpitaux belges. Ces données ne sont pas encore disponibles pour l'année 2021.

On constate en effet que la justice utilise la collocation pour forcer une admission à l'hôpital puisque, souvent, la mesure n'est pas confirmée après les dix jours. J'espère donc que la nouvelle loi sur les mises en observation que mon collègue le ministre de la Justice Vincent Van Quickenborne est en train de préparer permettra une phase d'observation plus longue avant de se prononcer sur une mesure de collocation.

De mon côté, je lancerai bientôt un troisième appel à projets pour créer des services qui accueilleront la personne en crise dans des conditions plus humaines.

Pour les données concernant la répartition du nombre de mises en observation selon qu'elles ont été ordonnées dans le cadre de la procédure ordinaire ou de la procédure d'urgence, c'est mon collègue le ministre de la Justice qui est compétent et qui doit vous répondre.

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: In 2019 en 2020 vonden er respectievelijk 7.083 en 7.584 gedwongen opnames ter observatie plaats in Belgische ziekenhuizen. Voor 2021 zijn er nog geen gegevens beschikbaar.

Justitie gebruikt collocatie om een ziekenhuisopname af te dwingen. Vaak kan er na tien dagen nog niet bevestigd worden of de maatregel terecht was. Ik hoop dat de nieuwe wet op de gedwongen opnames ter observatie een langere observatiefase mogelijk zal maken alvorens er beslist moet worden over een collocatie-maatregel.

Ik zal binnenkort een derde oproep tot het indienen van projecten lanceren om diensten op te richten die mensen die een crisis doormaken in humanere omstandigheden kunnen opvangen.

De minister van Justitie zal uw vragen over gegevens met betrekking tot de gedwongen opnames ter observatie kunnen beantwoorden.

09.03 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie. J'interrogerai votre collègue sur ses intentions quant aux adaptations de la loi de mise en observation. Je lui demanderai également les dernières données statistiques, dont j'aurais souhaité avoir connaissance.

09.03 **Hervé Rigot** (PS): Ik zal mijn vragen dan tot hem richten.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van de uitgestelde zorg op de terugbetaling van de behandelingen" (55026460C)
10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incidence des reports de soins sur le remboursement des traitements" (55026460C)

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag komt er naar aanleiding van een casus waarbij een verpleegkundige voor de coronacrisis een trombose in het been opliep, daarvoor uiteindelijk een ingreep onderging, in een pijnkliniek terechtkwam wegens

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Certains médicaments ne sont remboursés que si le traitement est démarré dans un certain délai.

daardoor ontstane zenuwschade, waar ze met pijnmedicatie en pleisters ter bestrijding van de pijn werd behandeld, en niet kan rekenen op de terugbetaling van de heel dure pleisters, omdat de behandeling niet werd opgestart binnen een termijn van twee jaar na het voorval. De reglementaire termijn is inderdaad overschreden, maar dat was buiten haar wil om, namelijk door het uitstel van de zorg tijdens de coronacrisis. Ik kan mij inbeelden dat dat niet alleen voor die verpleegkundige bijzonder vervelend is, maar voor talloze personen in gelijkaardige situaties, des te meer wanneer men niet weet waar men terechtkan voor een oplossing.

Klopt het dat de termijn voor sommige terugbetalingvoorwaarden is blijven doorlopen, ondanks de covid-crisis? Kunt u een overzicht geven van de nomenclatuurnummers en de terugbetalingsvoorwaarden die door de coronacrisis in het gedrang zijn gekomen?

Kan iemand in een dergelijke situatie alsnog aanspraak maken op een terugbetaling en welke stappen moet men daarvoor ondernemen?

Bestaat er een overzicht van dergelijke situaties waarbij de terugbetalingstermijn in het gedrang is gekomen door covid? Kunt u de aantallen per nomenclatuurnummer geven, alsook het door patiënten misgelopen terugbetalingsbedrag vermelden?

Bepaalde terugbetalingsvoorwaarden werden opgeschort tijdens de coronacrisis. Is het uw plan om dat te doen voor alle temporele voorwaarden? Hoelang kunnen terugbetalingsvoorwaarden worden opgeschort? Is dat gedurende de looptijd van de federale crisissituatie of welke parameters worden hiervoor in acht genomen?

Ik wil er nog even bij vermelden dat het hier eigenlijk een schriftelijke vraag betrof, uit november verleden jaar. Bij gebrek aan een antwoord is die omgezet in een mondelinge vraag.

Toutefois, de nombreux soins ont été reportés en raison de la pandémie.

Est-il exact que, dans certains cas, le délai a continué à courir durant la crise sanitaire? De quelles situations ou quels numéros de nomenclature s'agit-il? Les personnes concernées peuvent-elles entreprendre certaines démarches?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal u mijn antwoord ook meteen per mail bezorgen, indien u dat wenst. Aangezien het een zodanig complexe aangelegenheid is, zou een schriftelijk antwoord beter zijn geweest. Ik zal het toch voorlezen en dan kunt u tegelijkertijd meelezen.

Om uw eerste vraag te beantwoorden, verwijs ik naar het koninklijk besluit nr. 21 en het koninklijk besluit nr. 20. Koninklijk besluit nr. 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie voorziet in de schorsing of de verlenging van temporele vergoedingsvoorwaarden. Die maatregelen zijn van toepassing tot een door de Koning te bepalen datum en uiterlijk tot 31 december 2025. De verstrekkingen en de regelgevende bepalingen waarvan de temporele vergoedingsvoorwaarden worden verlengd of geschorst, worden in dat besluit ook vermeld. In mijn antwoord vindt u ook de linken waar u dat kunt nalezen. Het koninklijk besluit nr. 21 heeft echter niet op algemene wijze alle temporele vergoedingsvoorwaarden geschorst of verlengd. Voor de farmaceutische verstrekkingen, producten of specialiteiten wordt zo voorzien in de verlenging met drie maanden van de geldigheid van machtigingen die zijn afgeleverd aan een patiënt door de adviserende arts van een verzekeringsinstelling.

10.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La suspension ou la prolongation des conditions de remboursement temporelles ont été définies dans l'arrêté royal n° 20 durant la pandémie. Les renforcements et les dispositions réglementaires dont les conditions de remboursement temporelles sont prolongées ou suspendues sont reprises dans cet arrêté. Pour la suspension ou la prolongation des conditions de remboursement temporelles des prestations, produits et spécialités pharmaceutiques, on peut se reporter à l'article 1 de l'arrêté royal n° 21.

Les délais qui n'ont pas fait l'objet d'une suspension ou prolongation spécifique dans le cadre de l'arrêté royal n° 21 ont été suspendus du 13 mars 2020 au 8 janvier 2021.

Aangezien het besluit nr. 21 niet specifiek voorziet in een verlenging of schorsing van de temporele vergoedingsvoorwaarden bij farmaceutische verstrekkingen, producten of specialiteiten, kan worden teruggevallen op het artikel 1 van het koninklijk besluit nr. 20 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Ik lees artikel 1 voor: "Behoudens een tegengestelde vermelding in dit besluit of een andere wettelijke of reglementaire bepaling aangenomen na 13 maart 2020, worden de termijnen die zijn voorzien bij of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de termijnen voorzien bij of krachtens afdeling XVI en afdeling XXII van hoofdstuk V van titel III, de titels IV, V, Vbis, hoofdstuk III van titel VI en hoofdstukken II, III en IV van titel VII van de wet, geschorst vanaf 13 maart 2020 tot een door de Koning op generieke wijze of voor sommige van die termijnen te bepalen datum." Einde citaat.

Artikel 1 van besluit nr. 20 is op 8 januari 2021 door de Koning opgeheven, behalve voor de termijnen bedoeld in artikel 174 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en de termijnen betreffende de procedures waarbij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen of de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen betrokken zijn.

Dat betekent met andere woorden dat de termijnen die niet het voorwerp hebben uitgemaakt van een specifieke schorsing of verlenging in het kader van het koninklijk besluit nr. 21, geschorst zijn van 13 maart 2020 tot 8 januari 2021. Vandaag zijn de gebruikelijke termijnen opnieuw van kracht.

U vraagt of iemand in een dergelijke situatie toch nog aanspraak kan maken op terugbetaling. Zoals ik net heb aangegeven, hebben wij in principe voor de verschillende terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen maatregelen uitgewerkt, ofwel via een specifieke regeling met het koninklijk besluit nr. 21 ofwel via de algemene clockstop uit koninklijk besluit nr. 20.

Bij de concrete casus die u aanhaalt, kan worden opgemerkt dat het klaarblijkelijk – ik druk mij voorzichtig uit – over een medische fout gaat. Dat betekent dat in se de behandeling van de desbetreffende persoon zou moeten worden gedekt door de beroepsaansprakelijkheidsverzekering van de zorgverlener die in fout zou zijn, in overeenstemming met de gerechtelijke regels ter zake.

Het RIZIV beschikt niet over een overzicht per nomenclatuurnummer van misgelopen terugbetalingen. Er wordt wel door verschillende organen gemonitord hoe groot het uitstel van de zorg is en in welke sectoren. U vindt een weergave daarvan onder meer in het rapport "Covidraming van de niet-uitgevoerde zorg in ziekenhuizen tijdens de eerste, tweede en derde golf". In mijn schriftelijk antwoord vindt u ook de link.

Intern wordt die monitoring voortdurend voortgezet, ook na de derde

Les délais habituels sont donc à nouveau en vigueur actuellement.

L'INAMI ne dispose pas d'un relevé par numéro de nomenclature des remboursements ratés.

Conformément à l'arrêté royal n° 21, les mesures restent d'application jusqu'à une date à déterminer par le Roi et au plus tard le 31 décembre 2025.

golf. Ook voor de ambulante zorg vindt een soortgelijke monitoring plaats.

U vroeg, ten slotte, wat mijn plan is met de temporele voorwaarden die werden opgeschort.

Ik herhaal wat ik in het begin heb gesteld. Die maatregelen blijven van toepassing tot een door de Koning te bepalen datum, uiterlijk tot 31 december 2025.

10.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt dat er geen overzicht is van de misgelopen terugbetalingen. Zo'n overzicht lijkt me nochtans van belang en mogelijk zal ik een bijkomende vraag stellen om alsnog achter de cijfers te komen.

Ik kan uit uw antwoord niet helemaal opmaken of de vrouw in kwestie geholpen zal worden. U hebt gelijk dat een schriftelijk antwoord hier beter was geweest. Een vroeger antwoord was ook beter geweest. Laten we hopen dat de situatie in dit concrete geval intussen vanzelf in orde is gekomen.

U geeft ook aan dat er misschien een tussenkomst mogelijk is van de beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Ik zal het antwoord, dat uw medewerker mij intussen heeft bezorgd, op mijn gemak nalezen.

10.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): J'ai posé cette question à la suite d'un cas concret. Je vais examiner en détail la réponse du ministre et vérifier si elle aide la personne concernée.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

11 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mention de dangerosité du protoxyde d'azote sur les cartouches métalliques contenant ce produit" (55026216C)
11 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vermelding van de gevaren van lachgas op de lachgaspatronen" (55026216C)

11.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, la loi du 11 février 2021, modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et autres produits, interdit la vente de cartouches métalliques destinées à l'utilisation domestique de siphons alimentaires contenant du protoxyde d'azote aux jeunes de moins de dix-huit ans.*

La loi stipule qu'une mention indiquant la dangerosité du protoxyde d'azote doit être apposée sur chaque contenant de cartouches métalliques, qui ne peut être vendu sans celle-ci. Le Roi fixe les modalités de cette mention.

L'article modifié entre en vigueur un an après la publication au Moniteur belge (publiée le 23/02/2021).

La fixation des modalités de la mention de dangerosité devant être appliquée sur les cartouches métalliques contenant le protoxyde d'azote est-elle finalisée ? Quelles sont-elles ?

11.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *De wet van 11 februari 2021 verbiedt metalen patronen met distikstofmonoxide ten behoeve van spuitbusvullingen voor huishoudelijk gebruik te verkopen aan jongeren onder de achttien jaar. Volgens de wet moet er op elke recipiënt een waarschuwing voor het gevaar ervan aangebracht worden. De Koning bepaalt de nadere voorwaarden van die verplichting.*

Zijn die voorwaarden intussen bepaald? Zo ja, wat zijn die voorwaarden?

11.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Fonck, jusqu'à présent, aucun arrêté d'exécution n'a été pris au sujet de la mention, sur chaque contenant de cartouches métalliques, de la dangerosité du protoxyde d'azote. Il importe de noter qu'actuellement, sa seule

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er werd tot nu toe geen enkel uitvoeringsbesluit betreffende de waarschuwing voor

utilisation autorisée par la loi du 24 janvier 1977 concerne son emploi en tant qu'additif alimentaire.

Étant donné que la réglementation relative à la mise sur le marché d'étiquetages et d'additifs est complètement harmonisée à l'échelle européenne, un État membre n'est pas autorisé à imposer des mesures nationales complémentaires.

Si un arrêté royal devait être adopté en Belgique, il devra passer par la procédure de notification officielle TRIS.

La Commission européenne, sous l'impulsion de plusieurs États membres, a initié les discussions sur ce sujet dans le groupe de travail Additifs dans le cadre duquel elle a pris l'initiative d'explorer des mesures harmonisées.

Pour votre bonne information, depuis juin 2021, la France a adopté des dispositions supplémentaires concernant le protoxyde d'azote dans son Code de la santé publique. À cet effet, deux procédures TRIS relatives au conditionnement des produits contenant du protoxyde d'azote ont été introduites en février 2022. La Commission répondra, dans un délai de trois mois. Mon administration suivra de près le résultat de ces discussions au niveau européen.

Il s'agit clairement d'une problématique complexe qui est devenue de plus en plus fréquente, ces dernières années. Je suis bien conscient des dangers du gaz hilarant tels que les troubles de la coordination, la confusion, les hallucinations. Il est donc tout à fait clair que des mesures efficaces doivent être prises concernant l'utilisation abusive du protoxyde d'azote comme stupéfiant.

La problématique est actuellement en discussion au niveau de mon administration, du SPF Santé publique et de l'AFMPS ainsi que dans le groupe de travail Cellule Contrôle et Sécurité présidé par mon collègue de la Justice. L'analyse se fera entre ces parties.

Sur la base d'une première analyse du SPF Santé, la loi du 24 janvier 1977 ne semble pas être le meilleur cadre juridique pour régler l'utilisation abusive de ce produit.

11.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'entends que vous n'avez pas respecté et appliqué la loi du 11 février 2021. Pourtant, plus de douze mois se sont écoulés depuis.

Certes, la dangerosité indiquée sur les cartouches n'est pas une réponse absolue. Mais pour se donner le maximum de chances de contrer la consommation de ce type de produit comme stupéfiant, nous devons essayer d'actionner tous les leviers que nous avons à

het gevaar van distikstofmonoxide op metalen patronen uitgevaardigd. Die stof mag enkel als levensmiddelenadditief gebruikt worden. Daar de reglementering betreffende het op de markt brengen en etiketteren van additieven op Europees niveau geharmoniseerd is, mag een lidstaat geen bijkomende nationale maatregel nemen.

Mocht er een België een koninklijk besluit worden uitgevaardigd, dan zou dat eerst de officiële TRIS-notificatieprocedure moeten doorlopen.

De Europese Commissie heeft hierover besprekingen gestart in de werkgroep over de additieven en onderzoekt geharmoniseerde maatregelen. Sinds juni 2021 zijn er in het Franse Wetboek betreffende de volksgezondheid bijkomende bepalingen betreffende distikstofmonoxyde toegevoegd. In februari 2022 werden er twee TRIS-procedures ingeleid betreffende de verpakking van producten die deze component bevatten. De Commissie geeft over drie maanden antwoord. Mijn administratie zal de resultaten hiervan opvolgen.

Ik ben me bewust van de gevaren van lachgas. Er moeten preventieve maatregelen worden genomen. Mijn administratie en de Cel Controle en Veiligheid die wordt voorgezeten door mijn collega van Justitie voeren hier momenteel besprekingen over. Uit een eerste analyse blijkt dat de wet van 24 januari 1977 niet het beste kader lijkt te bieden om het misbruik van dat product te regelen.

11.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): U hebt de wet van 11 februari 2021 niet toegepast. Het waarschuwen voor het gevaar ervan op het patroon is geen wondermiddel maar een van de hefbomen om het gebruik ervan als drug tegen te gaan. Sommigen

disposition, y compris le levier d'une information directe sur le produit concernant la dangerosité de celui-ci. Certains le consomment de manière volontaire comme stupéfiant. D'autres se disent que la consommation de ce gaz n'est pas si grave, qu'il ne s'agit que d'un produit hilarant. Dès lors, sniffer un peu n'est pas dangereux.

Une information sur le produit n'est pas négligeable en termes de santé publique.

J'ose espérer que les décisions au niveau européen permettront à la Belgique d'enfin avancer. La loi a été votée. Elle doit être respectée, monsieur le ministre.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

snuiven het zonder erg in te hebben dat het schadelijk is. Dit probleem betreft de volksgezondheid. Ik hoop dat door de beslissingen die op Europees niveau worden genomen België zijn wet zal kunnen toepassen.

12 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement antirétroviral Descovy contre le sida" (55026217C)
12 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het antiretrovirale middel tegen aids Descovy" (55026217C)

12.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le Ministre,*

Depuis octobre 2019, l'INAMI n'assure plus le remboursement du DESCOVY, antirétroviral utilisé dans le traitement du HIV. D'autres médicaments alternatifs sont remboursés. Toutefois certains patients réceptifs au Descovy peuvent présenter une intolérance à ces alternatives, parfois plus onéreuses, et risquer jusqu'à une insuffisance rénale.

Il existe un fonds spécial de l'INAMI, mais dont les interventions semblent difficiles à obtenir. Or dans l'exemple cité-ci-dessus, l'INAMI propose le remboursement d'alternatives plus onéreuses et moins efficaces pour certains patients, pouvant engendrer pour eux des conséquences dont le traitement est également remboursable (par exemple la dialyse).

Pour assurer le meilleur soin aux malades, tout en évitant le gaspillage d'argent public, ne peut-on revoir les procédures de traitement des demandes d'intervention du fonds spécial de l'INAMI pour les dossiers proposant des alternatives soutenues par un dossier médical étayé et moins onéreuses que les plus chères des alternatives remboursées ?

12.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Sinds oktober 2019 wordt Descovy, een antiretroviraal geneesmiddel dat gebruikt wordt voor de behandeling van hiv, niet langer terugbetaald door het RIZIV. Alternatieve geneesmiddelen worden terugbetaald, maar sommige patiënten verdragen die alternatieven niet en lopen het risico op nierfalen.*

Kunnen de procedures voor de behandeling van aanvragen tot tegemoetkoming van het Bijzonder solidariteitsfonds van het RIZIV niet herzien worden voor dossiers waarin alternatieven voorgesteld worden die gestaafd worden door een onderbouwd medisch dossier en minder duur zijn dan de duurste terugbetaalde geneesmiddelen?

12.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Fonck, suite à une révision du groupe en 2019 qui visait les antirétroviraux trop chers, le remboursement du Descovy a été supprimé. Sur les plans scientifique et académique, il n'a jamais été évoqué que ceci pourrait engendrer un problème thérapeutique important chez certains patients. Comme le Fonds spécial solidarité (FSS) est un filet de protection spécifique et supplémentaire de la couverture ordinaire de l'assurance obligatoire soins de santé, il octroie aux patients souffrant d'une affection rare et très grave une intervention financière pour certaines prestations médicales qui ne sont pas remboursées et particulièrement coûteuses. Le Fonds ne peut en aucun cas servir de circuit parallèle pour rembourser de façon systématique des prestations médicales exclues du remboursement structurel ou pour contourner des révisions de remboursements bien fondés.

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Na een groepsgewijze herziening in 2019 waarbij te dure antiretrovirale geneesmiddelen in het vizier werden genomen, werd de terugbetaling van Descovy afgeschaft. Vanuit wetenschappelijke en academische hoek werd er nooit gesteld dat dit bij sommige patiënten tot een ernstig therapeutisch probleem zou kunnen leiden.

Het Bijzonder solidariteitsfonds

La réglementation spécifique concernant le Fonds spécial solidarité (l'article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et maladie-invalidité) prévoit des critères stricts selon lesquels chaque demande d'intervention auprès du FSS pour un patient individuel est évaluée par le Collège des médecins directeurs. L'article 25 *bis* stipule, entre autres, que le Fonds ne peut intervenir que pour des indications rares et s'il n'existe aucune alternative acceptable sur le plan médico-social en matière de diagnostic ou de thérapie, dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire.

Ceci rend une intervention financière par le FSS dans ce cas-ci, en principe, impossible.

(BSF) biedt patiënten met een ernstige en zeer zeldzame aandoening een financiële tegemoetkoming voor ingrepen die niet terugbetaald worden. Dat fonds mag niet gebruikt worden als parallel kanaal om systematisch medische verstrekkingen te laten terugbetalen die van structurele terugbetaling uitgesloten zijn of om gegronde herzieningen van de terugbetaling te omzeilen. Elke aanvraag tot tegemoetkoming door het fonds wordt beoordeeld door het College van artsen-directeurs. Een tegemoetkoming van het fonds is enkel mogelijk als er geen aanvaardbaar alternatief bestaat in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

12.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je prends acte de vos réponses au sujet de la réglementation du FSS.

Je ne peux m'empêcher d'être interpellée en particulier sur ce dossier, parce que l'on se retrouve face à des décisions de 2009 (sur le site de l'INAMI, il est clairement précisé que la décision émane du ministre) concernant un médicament qui n'est pas onéreux. Je suis assez perplexe par rapport à la décision de ne plus autoriser le remboursement de ce traitement anti-HIV. D'ailleurs, les pays proches géographiquement poursuivent le remboursement de ce traitement.

Cette décision ne semble pas être une décision justifiée sur les plans scientifique ou économique. C'est paradoxal pour les patients concernés d'autant que d'autres médicaments ont parfois des effets secondaires importants, mais aussi par rapport à la logique de santé publique et la logique économique sur la maîtrise des coûts de médicaments.

12.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Ik sta perplex, vooral omdat deze behandeling in onze buurlanden nog steeds terugbetaald wordt. Die beslissing lijkt me noch wetenschappelijk, noch economisch gegrond.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

13 Samengevoegde vragen van
- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsencontingentering" (55026482C)
- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55027371C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het akkoord over de RIZIV-nummers" (55027373C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het akkoord over de RIZIV-quota" (55027464C)
13 Questions jointes de
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contingentement des médecins" (55026482C)
- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55027371C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord sur les numéros INAMI" (55027373C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord concernant les quotas INAMI" (55027464C)

13.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag was al heel lang hangende, dus heel wat van de vragen die ik daarin stelde, zijn ondertussen al beantwoord door uw onvoorstelbaar verrassende communicatie over het historische akkoord dat u hebt gesloten. Sta mij toe dat historisch akkoord vooral te zien als een communicatieve zet van u. Het komt erop neer dat u met de witte vlag voorop loopt. Dat heeft men u in dit dossier al een paar keer voor gedaan en men is telkens met die witte vlag tegen de muur gelopen, maar u doet het nog eens.

De facto komt uw akkoord er dan ook nog met een belofte die in de laatste 25 jaar al zeker een tiental keer werd gemaakt en die zelfs al eens in teksten werd gegoten waarvan men zeker wist dat die de Raad van State niet zouden overleven. En zo bevinden we ons in de effectieve situatie dat er nog altijd geen filter is en dat die er waarschijnlijk ook niet zal komen met de timing die nu wordt vooropgesteld, namelijk vlak voor de verkiezingen. Iets waartegen de Franstalige Gemeenschap zich nu al 25 jaar verzet, zullen ze nu regelen vlak voor de verkiezingen.

De witte vlag hangt uit, maar u hebt daarvoor een tegenprestatie bedacht. Die tegenprestatie is toch niet miniem. Ik zal ze kort voor u samenvatten. U kent dat natuurlijk zelf, maar u formuleert dat graag een beetje anders. Die tegenprestatie is een generaal pardon voor de Franstalige overtallen uit het verleden. We vegen er gewoon de spons en vergeten dat, spijtig voor al die families die hun kinderen niet naar de universiteit hebben zien gaan en spijtig voor de belastingbetaler die de overconsumptie van dat aantal artsen elke dag moet betalen. Allemaal spijtig, maar we laten dat los.

Wat laten we ook los? De verdeelsleutel die de quota bepaalt via de inwonersaantallen, de 60/40, al 25 jaar zowat het enige in dit dossier waaraan de Vlaamse partijen vasthielden. Dat laten we ook los en we integreren dat de Franstaligen meer artsen nodig hebben, want ze werken minder uren. Dat heeft natuurlijk te maken met het feit dat ze met te veel zijn, maar goed, we zullen dat institutionaliseren, dus we trekken dat nog meer op. De ongelijkheid waar u zich destijds als Vlaams minister van Onderwijs zo tegen uitsprak – ik zal de quotes nog even zoeken tegen de plenaire vergadering – en waarvan u heel hard stelde dat ze niet verder mocht toenemen, die laat u nu gewoon verder groeien en u institutionaliseert ze gewoon.

Fantastisch gedaan. Daarvoor komt u volgende week met uw diverse bepalingen, waaraan u nu schaamtelijk een amendement moet toevoegen om uw responsabiliseringsmechanisme, waaraan u ook heel veel woorden hebt vuilgemaakt, uit het ontwerp te halen. Dat is ook pijnlijk voor CD&V, want ik herinner mij nog dat bij de voorstelling van het regeerakkoord CD&V-voorzitter Joachim Coens op sociale media pochte met twee zaken die ze hadden binnengehaald. Het ene was het abortusdossier en het andere het responsabiliserings-mechanisme in het dossier van de artsenquota.

De artsenquota gaat u nu echter laten vallen, want er is een belofte

13.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Une partie de mes questions ont entre-temps obtenu une réponse via la communication surprenante du ministre sur l'accord historique qu'il a conclu. Le ministre parade avec le drapeau blanc, mais se heurtera à un mur (comme par le passé). Il n'y a toujours pas de filtre et celui-ci ne sera pas mis en place à l'approche des élections. En échange du drapeau blanc, il y des excuses générales aux surnombres francophones du passé. Nous lâchons aussi la clé de répartition 60/40. La semaine prochaine, le ministre présentera son projet de loi portant dispositions diverses, mais il doit déjà y apporter un amendement pour en retirer son mécanisme de responsabilisation. Il s'agit d'un accord historique, car je n'ai encore jamais vu que l'on baissait ainsi son pantalon.

D'après le ministre, il y a un accord avec tous les partenaires. Avec le gouvernement flamand aussi?

gemaakt in een dossier dat al 25 jaar vol beloftes zit. Dat is een historisch akkoord. Daar heeft u gelijk in. Het is echt historisch. Ik heb nog nooit de broek zo laag op de knieën zien hangen bij een akkoord, dus is het inderdaad historisch.

Eigenlijk heb ik maar één vraag. U gaat mij nog geregeld tegenkomen in alle stappen die u nog zult zetten. Ik heb de artikels gelezen in de Vlaams en de Franstalige pers. Daar zag ik verschillen ofwel in de interpretatie van uw communicatie ofwel in uw communicatie zelf. U zegt dat er een akkoord is met alle partners. Kunt u mij bevestigen, gewoon met ja of nee, of er inderdaad een akkoord is met de Vlaamse regering?

13.02 **Barbara Pas** (VB): Mijnheer de minister, we hebben uw akkoord kunnen vernemen. Het is al kort samengevat door de vorige spreker. Het komt er duidelijk op neer dat alle opgebouwde Franstalige overtallen uit het verleden gewoonweg worden kwijtgescholden. Ook de verdeling van de quota op basis van het bevolkingsaantal wordt volledig losgelaten. Het zal u niet verbaasd hebben dat zowel het artsensyndicaat als de Vlaamse huisartsen, de Vlaamse huisartsen in opleiding, de Vlaamse specialisten, de Vlaamse specialisten in opleiding en de studenten geneeskunde allemaal hun afschuw en hun kritiek op de voorwaarden hebben geuit.

Mijnheer de minister, er komt een volledige tabula rasa, zonder garanties dat de afspraak deze keer wel gevolgd wordt. U bent zo naïef om erop te vertrouwen dat er deze keer een akkoord komt dat plots wel gevolgd zal worden, hoewel er in het verleden al veel akkoorden gesloten zijn die op 25 jaar tijd nog nooit nagevolgd zijn.

Ik heb u duidelijke vragen overgemaakt. Vindt u het ten aanzien van de duizenden Vlaamse studenten die in het verleden geen artsenstudies konden aanvatten en die de regels wel steeds hebben toegepast, billijk en rechtvaardig dat dit alles geregulariseerd wordt met dit akkoord, terwijl de Franse Gemeenschap hier decennialang de voeten aan geveegd heeft en tegen alle afspraken in veel meer mensen dan toegelaten de artsenstudies liet aanvatten?

Welke garanties heeft u dat de Franse Gemeenschap zich deze keer plots aan een akkoord zal houden; iets wat ze de voorbije decennia nooit heeft gedaan?

Waarom komt er geen federaal responsabiliseringsmechanisme? Het staat in het regeerakkoord. Als ik vragen stel aan in het bijzonder minister Verlinden over het toepassen van de taalwetgeving is het antwoord altijd dat het niet in het regeerakkoord staat. Dit staat er nu wel in, maar wordt niet uitgevoerd.

De Vlaamse regering gaat vooralsnog niet mee in dit akkoord. Welke gevolgen heeft dit voor dit akkoord in het algemeen? Bent u bereid het nog te herzien?

13.02 **Barbara Pas** (VB): Rien n'est fait par rapport aux surnombres francophones qui ont été accumulés et la répartition sur la base du nombre d'habitants est abandonnée. La critique du syndicat des médecins, des médecins traitants flamands, des médecins traitants flamands en formation, des spécialistes flamands, des spécialistes flamands en formation et des étudiants en médecine n'est donc pas surprenante. Le ministre a la naïveté de croire qu'après 25 ans, les accords seront soudainement respectés.

Le ministre trouve-t-il que cet accord est juste et équitable à l'égard des milliers d'étudiants flamands qui n'ont pas pu entreprendre les études de médecine par le passé? Pourquoi la Communauté française se tiendrait-elle cette fois-ci à un accord? Pourquoi ne met-on pas en place un mécanisme de responsabilisation? Quelles sont les conséquences de l'opposition du gouvernement flamand?

13.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb uw communicatie vorige week gehoord. De Vlaamse collega's komen al 25 jaar met hetzelfde verhaal. Een mens leert toch uit ervaring. Ik zie het probleem niet. Pleit u dan voor minder en minder artsen in België na twee jaar coronacrisis? Ik begrijp dat niet.

13.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Cela fait 25 ans que nos collègues flamands ressassent la même histoire. Je ne vois pas le problème. Préconisent-ils de réduire le nombre de médecins après

De modale Vlaming vindt niet gemakkelijk een huisarts en kan niet gemakkelijk bij een specialist terecht. Iedereen klaagt over het feit dat er te weinig artsen zijn. De artsen-specialisten in opleiding hebben vorig jaar gestaakt en hebben nu betere arbeidsomstandigheden gekregen. Vangen we op dat die jonge artsen eventueel minder werken door nog minder artsen toe te laten dan nu al het geval is? Dat is een absurde discussie.

Deze plaat is grijsgedraaid en moet worden afgezet. U moet uw discours bekijken ten opzichte van de nieuwe realiteit van vandaag, met een tekort aan artsen, zowel in het noorden als het zuiden van het land. Bepaalde artsen willen natuurlijk wel een strenge selectie en elitair onderwijs. Dat is blijkbaar uw visie.

En tout cas, monsieur le ministre, je ne me retrouve pas dans votre accord pour la simple raison que je pense qu'aujourd'hui, il y a pénurie dans les hôpitaux, il y a pénurie de médecins généralistes, il y a pénurie de médecins partout. On a aussi besoin d'une autre vision sur le métier de médecin, une vision beaucoup plus préventive. C'est ce que nous a appris la crise du covid.

Aujourd'hui, on décide, grâce à la lutte et heureusement, que tous les étudiants en cursus pourront avoir un numéro INAMI. C'était la moindre des choses! Mais en même temps, on va sélectionner plus durement. On va avoir moins de médecins. Aujourd'hui, la génération du baby-boom, que ce soit des médecins ou pas, devient de plus en plus âgée. Ces personnes ont besoin de soins. Donc, on a besoin de médecins. Moi, je ne comprends pas la manière de faire dans ce pays. Je ne peux qu'affirmer qu'un concours plus sévère à l'entrée, c'est encore un enseignement plus inégalitaire et des jeunes de milieux plus modestes qui auront plus de mal à accéder à ces études de médecine alors que justement, en médecine, on a besoin de gens qui proviennent aussi de milieux plus populaires.

deux ans de crise sanitaire? Tout le monde, dans les deux parties du pays, se plaint de la pénurie de médecins. Les médecins spécialistes en formation ont bénéficié de meilleures conditions de travail l'année dernière. Ce n'est pas en autorisant qu'il y ait moins de médecins que l'on pourra dire que les jeunes médecins travailleront moins. Seul un discours réaliste s'impose.

Ik kan me niet vinden in uw akkoord want er is overal een tekort aan artsen.

We moeten veel meer vanuit het oogpunt van preventie naar het beroep kijken. Dat is een les die we uit de coronacrisis kunnen trekken.

Vandaag zullen alle studenten in de opleiding een RIZIV-nummer kunnen krijgen. Tezelfdertijd gaat men strenger selecteren om minder artsen te hebben. Vandaag worden de babyboomers steeds ouder en hebben ze zorg en artsen nodig. Een strengere toegangsproef maakt het onderwijs ongelijker en precies de jongeren van eenvoudiger komaf zullen moeilijker toegang krijgen tot deze studies terwijl we in de geneeskunde ook mensen uit volksere milieus nodig hebben.

Le **président**: Je rappelle les règles du temps de parole à chaque collègue. Je vous ai laissé ici la latitude et vous avez dépassé votre temps. Je comprends que ce débat soit enthousiasmant mais j'espère que nous allons pouvoir revenir sur le temps réglementaire pour les questions et que vous serez très vigilantes, mesdames, lors de vos répliques pour que l'on puisse tenir l'agenda.

13.04 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le Ministre, après de nombreux mois de négociations, le Fédéral et la Fédération Wallonie-Bruxelles ont enfin trouvé un accord sur les quotas Inami.*

Vendredi dernier, nous apprenions plusieurs choses très positives, notamment:
•Qu'une nouvelle méthode de calcul des quotas serait adoptée, basée sur l'objectivation des besoins du terrain et sur l'activité réelle des soignants

•Que l'on passerait, en 2028, pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, à 711 numéros Inami au lieu des 505 actuellement en vigueur

13.04 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Na lange onderhandelingen hebben de federale overheid en de Franse Gemeenschap een akkoord over de RIZIV-quota bereikt. We hebben vernomen dat er een nieuwe berekeningsmethode van de quota zou worden gebruikt die gebaseerd is op de objectivering van de noden in het veld en de reële activiteit van de zorgverstrekkers. In 2028 zou het*

•Que les actuels étudiants en médecine seront assurés d'obtenir un numéro Inami à la fin de leur cursus

•Qu'une attention sera portée à l'offre des médecins généralistes.

Ces avancées n'ont toutefois été permises que moyennant une "contrepartie" : le concours d'entrée.

Or, si le concours d'entrée a le mérite de donner la garantie aux étudiants en médecine qu'ils recevront leur numéro Inami, il n'en reste pas moins injuste car tous les élèves ne sortent pas avec les mêmes bagages de l'enseignement secondaire.

La FEF a ainsi dénoncé que "Les meilleurs, ceux qui vont réussir, seront ceux qui proviennent de milieux privilégiés".

Ce concours d'entrée n'a en outre pas démontré son efficacité en Flandre, là où il est d'application depuis 1997 (d'abord sous forme d'examen d'entrée, ensuite sous forme de concours).

Par ailleurs, il est encore nécessaire de dégager du financement pour améliorer le cursus des étudiants et notamment des médecins spécialistes en formation, tant pour leur assurer de meilleures conditions de travail que pour leur garantir un encadrement de leur stage par un nombre suffisant de médecins.

Ainsi, Monsieur le Ministre:

•La nouvelle méthode de planification a-t-elle déjà été mise en place ou un accord sur sa mise en place a-t-il uniquement été trouvé?

•Si tel est le cas, comment l'augmentation des quotas pour la Fédération Wallonie-Bruxelles a-t-elle été calculée?

•N'estimez-vous pas qu'un concours d'entrée présente de nombreux effets pervers et risque d'entraîner un certain "élitisme" dans l'accès aux études de médecine?

•Comment expliquez-vous qu'en Flandre, où le concours était déjà instauré, il eut fallu tout de même dépasser les quotas à certaines occasions?

•Allez-vous continuer à travailler à l'amélioration des conditions de travail des médecins spécialistes en formation? Dans la positive, de quelle façon?

13.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, ik ga niet uitvoerig herhalen wat ik in deze commissie al heb gezegd over het belang van een goede planning van het aanbod van zorgverstrekkers, met name het aanbod van artsen en tandartsen. Ik denk dat dit uiterst belangrijk is. Waarom hebben we die goede planning nodig? Omwille van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Men moet voldoende artsen en tandartsen hebben om aan de behoefte te beantwoorden. Men moet er ook weer niet te veel hebben, maar men moet er wel voldoende hebben. Zij moeten ook op een goede manier verdeeld worden over de verschillende specialismen. Men moet voldoende huisartsen,

aantal RIZIV-nummers voor de Franse Gemeenschap stijgen van 505 naar 711. De huidige studenten geneeskunde zijn verzekerd van een RIZIV-nummer na hun opleiding en er zal aandacht besteed worden aan het huisartsenaanbod.

Voor deze stappen voorwaarts moet er echter een prijs worden betaald: het toelatingsexamen. Hoewel het voor de studenten een garantie voor een RIZIV-nummer inhoudt, is het onrechtvaardig want niet alle leerlingen verlaten met dezelfde bagage het middelbaar onderwijs. De FEF, de vereniging van Franstalige studenten, schiet het examen af en in Vlaanderen heeft het zijn doelmatigheid niet bewezen. Overigens is er geld nodig om de opleiding van de studenten te verbeteren en met name van de specialisten in opleiding om hen zo betere werkomstandigheden en een begeleiding door een voldoende aantal artsen te garanderen.

Is dit gewoon een akkoord of werd er al gestart met de planning? Als dat het geval is, hoe werd de verhoging van de quota voor de Franse Gemeenschap dan berekend? Vindt u niet dat een toelatingsexamen een averechts effect heeft en riskeert een soort 'elitarisme' met zich mee te brengen? Hoe verklaart u dat men in Vlaanderen ondanks het examen soms de quota heeft moeten overschrijden? Gaat u blijven werken aan de verbetering van de werkomstandigheden van de specialisten in opleiding? Op welke manier?

13.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Une bonne planification de l'offre de prestataires de soins est importante pour la qualité des soins de santé. Nous devons avoir suffisamment de médecins et de dentistes pour répondre aux besoins, mais il n'en faut pas trop non plus. En outre, ils doivent être correctement répartis entre les

voldoende kinderpsychiaters, voldoende geriaters, voldoende endocrinologen en voldoende andere specialisten hebben. Daarvoor is planning nodig. Dat heeft te maken met de kwaliteit van gezondheidszorg en het beantwoorden van behoeften.

Die planning moet er ook voor zorgen dat het beroep zelf zijn kwaliteit behoudt of verbetert, door toe te laten dat artsen en tandartsen een goed evenwicht vinden tussen hun persoonlijk leven en hun professionele engagement. De visies daarop zijn vandaag ook anders dan 30 jaar geleden. Mensen willen geen 80 uur per week meer werken. Het model van de vaak mannelijke huisarts die 80 uur per week werkt, terwijl de vrouw ondersteunt en het huishouden doet, is gelukkig hopeloos voorbijgestreefd. We leven nu in een heel andere wereld. Het gaat ook over de kwaliteit van het beroep.

Het komt er kortom op neer dat men niet te veel en niet te weinig artsen en tandartsen heeft en dat ze goed verdeeld zijn over de verschillende specialismen die nodig zijn. Daarvoor heeft men planning nodig.

Planning veronderstelt beheersing. Ik heb in het verleden ook al gezegd dat voor mij de beste, meest efficiënte en vooral ook meest rechtvaardige beheersing van het aanbod gebeurt bij de instroom in de studie. Als men aan efficiënte instroombeheersing doet, via een filter bij het vergelijkend examen met de numerus fixus, dan kan men garanderen, als dat goed is afgestemd op de latere behoefte, dat alle jonge mensen die met de studie beginnen later ook het beroep zullen kunnen aanvatten. Dat lijkt mij essentieel, vanuit rechtzekerheid en rechtvaardigheid. Ik denk dat dit voor alle studenten in het land belangrijk is, of het nu Vlaamse of Franstalige studenten zijn.

Wij hebben 25 jaar lang een saga achter de rug waarbij zowel over de cijfers, de objectiviteit van de cijfers en de methodologie als over de beheersing en de wijze waarop dat moest gebeuren, voortdurend controverse en onenigheid bestond en men zich langs alle kanten bedrogen voelde.

U kunt mij daarover ongetwijfeld citeren, mevrouw Van Peel. Ik verwelkom het als u dat doet. Ik ben ook ooit nog minister van Onderwijs geweest. Als men in een gemeenschap beheersing heeft via een sterke beperking bij de instroom en een andere gemeenschap gebruikt die beperking niet, dan voelt men zich in die ene Vlaamse Gemeenschap natuurlijk een beetje bedrogen. Dat is vanzelfsprekend. Aan de andere kant, in de Franstalige Gemeenschap is er heel veel twijfel geweest over onder andere de onderliggende methodologie en de cijfers.

We hebben nu een akkoord – volgens mij een heel belangrijk akkoord – tussen de federale regering en de regering van de Fédération Wallonie-Bruxelles. Dat is een volledig akkoord over de aanpak die zal leiden naar een numerus fixus, ook in de Franstalige Gemeenschap, op basis van een vergelijkend examen vanaf de zomer van 2023. In de overgangsfase zal er een zeer strakke responsabilisering zijn, georganiseerd in een decreet van de Franstalige Gemeenschap zelf, ten aanzien van wat er gebeurt, eventueel met de instroom in de studies dit jaar en dus het respect voor het quotum van 2028, binnen zes jaar. Ik kom daarop dadelijk in detail terug als u dat wenst.

différentes spécialisations. Lors de la planification, nous devons également veiller à la qualité de la profession de soins, afin que les médecins et les dentistes puissent trouver un bon équilibre entre leur vie privée et professionnelle. Aujourd'hui, les médecins généralistes ne veulent plus travailler 80 heures par semaine.

Une bonne planification suppose que l'offre soit contrôlée, idéalement dès l'arrivée dans les études. Un concours d'admission avec un *numerus fixus* adapté aux besoins ultérieurs garantit que tous les jeunes qui entrent dans le programme d'études pourront plus tard exercer la profession. Il s'agit d'une solution efficace et équitable qui offre de surcroît une sécurité juridique.

Toutefois, pendant 25 ans, nous avons discuté des chiffres et des méthodes et, en définitive, tout le monde s'est senti dupé: la Communauté flamande parce qu'elle a limité l'admission et pas la Communauté française, où de nombreux doutes ont plané sur la méthodologie et les chiffres.

Nous disposons à présent d'un accord entre le gouvernement fédéral et le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles visant à parvenir à un *numerus fixus* en Communauté française, sur la base d'un concours à partir de l'été 2023. La phase transitoire prévoit une responsabilisation sous la forme d'un décret de la Communauté française, tout en respectant le quota de 2028.

Le gouvernement flamand a réagi de manière assez sceptique et a adopté une attitude attentiste.

Je suis convaincu que cet accord sera bel et bien respecté. Nous avons en effet élaboré en détail toute une série d'accords réciproques, selon lesquels le niveau fédéral franchit une étape à condition que l'autre partie avance

Ik denk dat dit bijzonder belangrijk is.

We hebben ook uitvoerig overlegd met de Vlaamse regering. Zij zeiden dat ze niet overtuigd waren dat de Franstalige Gemeenschap zich daaraan zou houden en dat ze het zouden bekijken. Ze waren nogal sceptisch. Er waren ook nog andere discussiepunten. Het is echter niet aan mij om het standpunt van de Vlaamse regering te vertolken. Ik heb gezegd, en dat was volstrekt correct, dat de Vlaamse regering afwachtte. Dat is ook het geval en de Vlaamse regering moet natuurlijk zelf uitleggen hoe zij dat ziet, dat is niet aan mij. Het vertrekt inderdaad van scepsis over de vraag of men dit akkoord zal realiseren.

Collega's, ik heb er zeer goede hoop in dat men dit akkoord zal realiseren. Daar zijn twee redenen voor. Ten eerste hebben we een hele reeks van wederzijdse afspraken die u in detail terugvindt in het akkoord. Ze zijn een beetje, zoals men in het Engels zegt, *tit for tat*, u doet dit, wij doen dat. We hebben dus een hele cascade van wederzijdse afspraken, waarbij we op het federale niveau bepaalde stappen gaan zetten, maar ook zeggen dat zij ook stappen moeten zetten. Zetten ze die stappen echter niet of leiden die niet tot het gewenste resultaat, dan trekken wij onze stappen in.

Dan grijpen wij terug naar een federaal responsabiliserings-mechanisme waarvan ik altijd heb gezegd dat het suboptimaal is. Daarover bestaat een volslagen akkoord in de federale regering. Er is een waterdicht systeem van wederzijdse afspraken op papier gezet. Belangrijker is echter dat in de Franse Gemeenschap de overtuiging is gegroeid dat de Vlaamse praktijk de goede is, namelijk een numerus fixus bij de aanvang van de studies.

Niet iedereen was daarvan overtuigd. Het is geen gemakkelijk debat en ik heb respect voor Franstalige collega's van meerderheid of oppositie die daar anders over denken. De regering van de Fédération Wallonie-Bruxelles is daar nu echter van overtuigd. Ook de decanen van de Franstalige opleidingen lijken er nu van overtuigd dat het veel beter is dat men een redelijk goed afgestemd aantal studenten in die belangrijke, maar ook relatief dure en langdurende opleiding laat instromen en hen goed omkadert, dan dat men veel te veel studenten heeft. Ik meen dat men daar vandaag ook in de Franstalige universitaire wereld van overtuigd is, dus op het niveau van diegenen die de opleiding organiseren. Ook de Franstalige minister van Hoger Onderwijs, Valérie Glatigny, is daar absoluut van overtuigd.

Er is dus niet alleen een evolutie gekomen doordat we waterdichte afspraken op papier hebben kunnen zetten, veel belangrijker is dat nu ook in Franstalig België de overtuiging bestaat dat dit een goede keuze is. Daar is veel discussie over geweest en ik heb respect voor de verschillende meningen die daarover nog bestaan. Zo hoorden we mevrouw Merckx in het Frans, naar ik aanneem namens de PVDA-PTB. Ook andere collega's formuleerden vragen. Alle respect dus voor die verschillende meningen.

Is dat theorie? Nee, mevrouw Glatigny heeft mij gezegd dat ze een opdracht heeft uitgeschreven om een decreet uit te werken dat een numerus fixus en een vergelijkend examen organiseert. Dit wordt juridisch uitgewerkt en de teksten wordt geschreven. Mevrouw

également.

Par ailleurs, la Communauté française était de plus en plus convaincue qu'un *numerus fixus* au début des études constituait la méthode adéquate. Je respecte les collègues francophones qui ont un avis différent, mais le gouvernement de la Communauté française en est désormais convaincu, au même titre que le monde universitaire francophone.

Mme Valérie Glatigny, la ministre de l'Enseignement supérieur, en est également convaincue. Elle m'a également précisé qu'elle avait déjà demandé d'élaborer un décret organisant le *numerus fixus* et le concours. Nous continuerons à observer le processus, mais je suis pratiquement sûr qu'il sera couronné de succès. Nous sommes également convenus avec Mme Glatigny et avec le gouvernement de la Communauté française qu'un régime transitoire serait prévu pour cette année dans le décret, étant donné qu'aucun concours ne sera encore organisé cet été. Il s'agira encore d'un examen classique.

Dans le décret, le gouvernement de la Communauté française inscrira qu'un éventuel dépassement du quota pour 2028 découlant des admissions en 2022 sera répercuté sur le nombre d'étudiants admis dans le système du *numerus fixus* sur une période de trois ans.

Il y a également un accord clair sur un mécanisme de responsabilisation. Si, en dépit de l'utilisation du *numerus fixus* chez les Flamands et les francophones, il y a tout de même un dépassement du quota, par exemple en raison d'une mauvaise estimation du nombre d'étudiants qui arrêtent leurs études en cours de route, un mécanisme de responsabilisation entre immédiatement en vigueur sur la base de l'article 95 de la loi relative à l'exercice des

Glatigny heeft me gezegd dat de regering van de Fédération Wallonie-Bruxelles dit agendeert. We zullen dat kunnen opvolgen, want die regering heeft deze week een vergadering. We zullen dus kunnen nagaan of ze dit op de agenda zetten en of het proces al dan niet bezig is. Ik heb er goede hoop in.

U zult natuurlijk blijven zeggen, tot het decreet er is, dat we bedrogen zullen worden. Dat riedeltje zal u blijven herhalen, dat is duidelijk. Sommige mensen voelen zich graag bedrogen, maar ik niet. Ik heb de absolute overtuiging dat mevrouw Valérie Glatigny en de Franse Gemeenschapsregering dit zullen doen. U zult dat de komende dagen en weken zien, stap voor stap. Zo'n decreet opstellen vergt natuurlijk veel tijd.

Over responsabilisering gesproken, met mevrouw Glatigny en de regering van de Fédération is afgesproken dat zij in het decreet dat nu uitgewerkt wordt zelf een regeling treffen voor het feit dat ze in de zomer van dit jaar nog geen concours met de numerus fixus hebben. Dat is voor volgend jaar. Ze werken nu nog met hun klassieke examen, dat overigens ook een ernstig examen is.

In het akkoord staat zwart op wit dat als er daardoor een belangrijke overschrijding is van het quotum voorzien voor 2028, nu in de instroom van 2022, zij dat zullen verhalen op het aantal studenten dat toegelaten wordt in het systeem met de numerus fixus, vanaf volgend jaar en over een periode van drie jaar. Ze zullen dat zelf in het decreet schrijven. Ik vind dat heel correct en heel transparant.

Ten tweede is er een duidelijk akkoord over een responsabiliserings-mechanisme. Wanneer zowel de Franstaligen als de Vlamingen werken met een numerus fixus en er toch een overschrijding van het quotum zou zijn, bijvoorbeeld omdat de inschatting van het aantal studenten dat afhaakt in de loop van de studie, na geslaagd te zijn voor het moeilijke ingangsexamen, enigszins fout was, dan is er een formeel akkoord om op basis van artikel 95 van de WUG-wet onmiddellijk een responsabiliseringsmechanisme in werking te laten treden. Dat gebeurt onmiddellijk. Daarbij wordt in het jaar x+1 een overschrijding ten opzichte van het jaar x meteen gecorrigeerd in de quota.

Ik vind het sterk dat men in dit land hierover een overeenkomst kan sluiten. Mevrouw Van Peel, uw partij is natuurlijk niet bijzonder op zoek naar overeenkomsten in communautair beladen discussies. Wij zijn dat echter wel en dat is een verschillend uitgangspunt. Ik denk dus dat het een sterke overeenkomst is.

Ik kom dan bij de inhoud.

U stelt dat wij nu een mooie afspraak hadden dat in de verdeling tussen Vlamingen en Franstaligen een op voorhand gefixeerde sleutel, die door het Rekenhof wordt opgeleverd, zou worden gerespecteerd. Het zou nu een schande zijn dat de sleutel niet gerespecteerd zou worden. Wij gebruiken inderdaad een geobjectiveerde methode die kijkt naar behoeften op basis van demografie en activiteitsprofielen. Dat is wetenschappelijk. Ik ben van mening dat die methode beter is.

Mevrouw Van Peel, u moet toch even luisteren in plaats van te professions des soins de santé. Dans ce cadre, un dépassement au cours de l'année X est directement corrigé dans les quotas de l'année x+1. Je pense qu'il s'agit d'un accord fort.

Nous utilisons une méthode objectivée, qui analyse les besoins sur la base de la démographie et des profils d'activité. Je pense que notre méthode est meilleure que celle de la Cour des comptes. Cette façon de procéder a été unanimement approuvée lors de la réunion de la commission de planification fédérale par neuf Flamands et six francophones. S'agit-il donc là de neufs traîtres flamands?

lachen. Die methodologie is unaniem goedgekeurd in de vergadering van de federale Planningscommissie in aanwezigheid van negen Vlamingen en zes Franstaligen. Ze is unaniem goedgekeurd. Zijn dat dan negen Vlaamse verraders? Ja?

13.06 **Valerie Van Peel** (N-VA): Ja.

13.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal het hen mededelen. U stelt dat die negen Vlamingen Vlaamse verraders zijn.

Negen volgens u Vlaamse verraders hebben dus in de federale Planningscommissie de methodologie goedgekeurd samen met zes Franstaligen. Voor u kan dat niet. Dat moeten verraders zijn, want zij zitten in de federale commissie. Hoe durven zij? Ik zal het hun melden. U kent trouwens enkele van hen. Het zijn notoir belangrijke experts en vooraanstaande mensen in het Vlaamse opleidingslandschap. Voor u zijn dat dus echter verraders van één of andere zaak.

Die methodologie, die u bekritiseert, is in de Planningscommissie unaniem goedgekeurd. Weet u wat interessant is? Zelfs indien u daarvan niet onder de indruk bent, moet u maar eens naar het resultaat kijken. Dat is identiek aan de sleutel van het Rekenhof, misschien op een kleine fractie van een procent na. De sleutel van het Rekenhof verdeelt immers het quotum over 60/40, dus afgerond 60 aan Nederlandstalige kant en 40 aan Franstalige kant. Wat op tafel ligt als resultaat van de geobjectiveerde methodologie is ongeveer gelijk. Dat cijfer wijkt niet noemenswaardig af van de cijfers van het Rekenhof. Ik vraag mij dus af waarover u zich zo druk maakt.

In uw tweede punt van kritiek stelt u dat de spons over het verleden wordt gehaald en dat er amnestie en een generaal pardon is. Mevrouw Van Peel, dat is niet juist. Ik geef u even de reden. De federale Planningscommissie houdt in een methodologie, unaniem goedgekeurd door negen Vlamingen en zes Franstaligen, rekening met de overtallen die in het verleden zijn aanvaard en in alle waarschijnlijkheid nog zullen worden aanvaard qua aantallen tussen nu en 2027. Zij worden dus aan boord genomen in de berekening.

Daar wordt geen spons over gehaald, die overtallen verdwijnen niet. Men neemt ze aan boord in de berekening en ze worden geabsorbeerd in het voorstel dat op tafel ligt, 711 aan Franstalige kant in 2028 en 1.058 aan Nederlandstalige kant in 2028. Wij hebben dat een beetje verhoogd, ik kom daarop terug. Die worden daarin geabsorbeerd, die worden helemaal niet weggeveegd.

Mevrouw Van Peel, u moet eens kijken hoe de cijfers van de federale Planningscommissie evolueren van hun voorstel voor 2027 en hun voorstel voor 2028, dat u bekritiseert. Ik zeg dat hier ook in aanwezigheid van de Franstalige collega's. De stijging van het aantal artsen dat toegelaten wordt in het voorstel van de federale Planningscommissie is veel groter aan Vlaamse kant dan aan Franstalige kant. Het gaat dan niet over het absoluut fictieve wetsontwerp dat zonder enig gevolg ooit tot stand is gekomen in de Zweedse regering. Ik ben niet bezig met theorieën die niets betekenen.

13.06 **Valerie Van Peel** (N-VA): Oui

13.07 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il s'agit pourtant d'experts renommés dans le paysage flamand de la formation. Cette méthode conduit d'ailleurs quasiment au même résultat que la clé de répartition de la Cour des comptes.

Mme Van Peel prétend qu'on tire un trait sur le passé. Ce n'est pas exact, parce que la Commission de planification fédérale tient compte des surnombres qui ont été acceptés dans le passé et seront encore acceptés jusqu'en 2027.

L'augmentation du nombre de médecins telle qu'elle est autorisée par la proposition de la Commission de planification fédérale est beaucoup plus importante du côté flamand que du côté francophone. Nous observons à présent un mouvement de rattrapage en ce qui concerne le quota du côté flamand.

La concertation politique a décidé de proposer une petite correction visant à soutenir la médecine générale pour le quota 2028, répartie à égalité entre les néerlandophones et les francophones. Ce quota répond aux préoccupations des médecins et des patients.

La commission de planification tient compte du fait que les médecins flamands voient en moyenne plus de patients et effectuent plus d'heures que les médecins francophones, tout comme on tient compte du fait que les hommes médecins effectuent plus d'heures que les femmes et que la féminisation exerce une pression à la baisse sur le profil d'activité. Les médecins flamands

Als men kijkt naar hoe de federale Planningscommissie redeneert, ziet men een inhaalbeweging met betrekking tot het quotum dat zij ter beschikking stelt aan Vlaamse kant, omdat zij rekening houdt met het feit dat er aan Franstalige kant een groter aanbod is geweest. Ik kan u zelfs de precieze cijfers geven.

Het politieke overleg heeft beslist om een kleine correctie voor te stellen, ter ondersteuning van de huisartsengeneeskunde voor het quotum 2028. Wij voegen daaraan nog iets toe, evenredig verdeeld over Vlamingen en Franstaligen. Daardoor komt het quotum aan Franstalige kant voor 2028 op 744 en aan Vlaamse kant op 1.104. Dat is een zeer expansief quotum dat beantwoordt aan de zorgen van mevrouw Rohonyi, mevrouw Merckx en vele huisartsen en patiënten in de praktijk, de bezorgdheid of er wel genoeg huisartsen zullen zijn.

Die verhoging bedraagt gemiddeld, als men het geheel neemt, ongeveer 20 % in vergelijking met het quotum van vorig jaar. Aan Franstalige kant is het 16 % en aan Nederlandstalige kant 26 % in vergelijking met het quotum van het jaar ervoor. Dat is voorgesteld door de Planningscommissie. Het illustreert dat zij rekening houdt met de realiteit van de overtallen.

U hebt een laatste punt aangehaald zonder het uit te werken, maar dat is inderdaad een zorgpunt. U zegt dat de Vlaamse artsen nu harder moeten werken. Sta mij toe daar even over door te gaan, want dat is een interessante discussie. De Planningscommissie houdt er inderdaad rekening mee dat Vlaamse artsen gemiddeld gesproken meer patiënten zien en meer uren werken dan Franstalige artsen, zoals men er ook rekening mee houdt dat mannelijke artsen in de praktijk meer uren werken dan vrouwelijke en dat de vervrouwelijking een neerwaartse druk zet op het activiteitsprofiel.

Mevrouw Van Peel, men houdt daar rekening mee, maar dat wil eigenlijk zeggen dat men er rekening mee houdt dat de Vlaamse artsen meer verdienen. Die verdienen meer. Die worden dus ook meer terugbetaald uit de sociale zekerheid. Voor de federale sociale zekerheid is dat *kif-kif*.

gagnent également mieux leur vie et sont davantage remboursés par la sécurité sociale. La N-VA ferait bien de tenir également compte de cette donnée.

Le **président**: Monsieur le ministre, pourrait-on conclure? Je comprends que ce soit enthousiasmant mais l'heure avance.

13.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Men lacht daarmee op de banken van de N-VA, maar men zou beter eens meegaan in een redenering. Voor de federale sociale zekerheid is dat perfect in orde. Dat is immers een evenwicht. Een gemiddelde arts in Vlaanderen werkt en verdient immers meer. Een gemiddelde arts in Franstalig België verdient minder. Meer artsen die minder verdienen zorgen voor een evenwicht in de federale sociale zekerheid.

De volgende vraag is of je dan jonge Vlamingen zou dwingen om in dat model te blijven als ze meer verdienen en meer werken. Het antwoord is neen. De cijfers worden natuurlijk jaar na jaar aangepast. Het is een uitdrukkelijke opdracht van de Planningscommissie de toekomstige ontwikkeling van de activiteit en de wensen van de jonge artsen over hoeveel ze in de toekomst willen werken te bekijken. Daar houdt die planning rekening mee. Dit is perfect te rechtvaardigen. Mevrouw Van Peel, u zal nu opnieuw een jeremiade afsteken en u moet dat doen. U kan niet anders. Er mag in dit land nooit een

13.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En Flandre, un médecin lambda travaille et gagne plus. Un médecin lambda en Belgique francophone gagne moins. Plus de médecins qui gagnent moins assurent un équilibre au niveau de la sécurité sociale fédérale. Les chiffres sont adaptés d'année en année. La commission de planification a pour mission explicite d'examiner le développement futur de l'activité et les souhaits des jeunes médecins. Cette proposition est tout à fait défendable et doit être mise en œuvre.

communautair akkoord zijn. Ik heb daar alle respect voor. Dit voorstel is zeer verdedigbaar en moet worden uitgevoerd. Ik heb daar alle vertrouwen in.

Le **président**: Chers collègues, monsieur le ministre, je comprends évidemment que ce soit un débat essentiel. Je l'ai entendu dans les questions qui étaient posées. Je ne doute pas que ce le sera aussi dans les répliques mais je compte sur vous pour que ce soit enthousiaste mais le plus bref possible.

13.09 **Valerie Van Peel** (N-VA): Enthousiast ben ik helemaal niet, mijnheer de voorzitter.

Mijnheer de minister, ik vind het schandalig hoe u uw uitleg bent geëindigd. In tegenstelling tot u zal ik mijn repliek niet verdoezelen onder een berg informatie. Dat probeert u natuurlijk, maar u weet zelf ook wel beter dan de uitleg die u geeft. U verkondigt hier dat het goed is voor de sociale zekerheid, omdat onze artsen meer kosten, aangezien zij meer verdienen. Misschien herinnert u het zich niet meer, maar de contingentering werd destijds ingevoerd omdat te veel artsen te weinig werk hadden. Zij werkten minder uren, zoals in Franstalig België het geval is, waardoor zij te veel patiënten lieten terugkomen, wat leidde tot overconsumptie. Ik wil heel graag eens met u spreken over de kosten van de gezondheidszorg en de impact van de taalgrens daarop, niet wat betreft het aantal artsen, maar wat betreft het aantal patiënten dat voor niets terugkomt naar de dokter, dat te veel onderzoeken ondergaat enzovoort. Leg de cijfers uit Franstalig België daaromtrent eens naast die van Vlaanderen. Wij zullen eens zien hoe goed dat nog in uw verhaaltje past, want dat is net het probleem en dat institutionaliseert u.

Ik kan uw hele uitleg met veel blabla gewoon doorprikken met twee cijfers die u niet noemt. In Vlaanderen zijn er per 10.000 inwoners 14,9 artsen. Dat is Europees bekeken zowat het gemiddelde. Aan de Franstalige kant zijn er per 10.000 inwoners 21,3 artsen en dat hebt u geïnstitutionaliseerd en zult u verder uiteen laten groeien. Al uw blabla is dus zever. Mocht u echt geloven dat dat decreet er op het laatste moment nog zal komen – dat hebben zij immers al vaker beloofd en zelfs op papier gezet – dan voerde u volgende week, zoals het regeerakkoord stelt, het responsabiliseringsmechanisme in. Als zij dat doen, zullen zij daarvan immers toch nooit last van hebben. Dat durft u echter niet, want u moet eerst met de witte vlag vooruit, voordat zij weer hun toneeltje kunnen spelen richting verkiezingen. Dan bent u er weer vanaf. Zo simpel is het, mijnheer de minister.

13.09 **Valerie Van Peel** (N-VA): La fin de l'explication du ministre est scandaleuse. Si le contingentement a été introduit en son temps, c'est parce que trop de médecins avaient trop peu de travail. Ils ne comptaient pas assez d'heures de travail, comme c'est le cas en Belgique francophone, si bien qu'ils donnaient un nouveau rendez-vous à trop de patients, ce qui entraînait une surconsommation. La frontière linguistique a un impact sur le coût des soins de santé. En Flandre, il y a 14,9 médecins pour 10.000 habitants, du côté francophone 21,3. Le ministre a en effet institutionnalisé ce déséquilibre et il favorisera un creusement plus avant de l'écart. S'il était vraiment convaincu que ce décret sera pris à la dernière minute, il instaurerait le mécanisme de responsabilisation, conformément à l'accord de gouvernement, mais il n'ose pas le faire.

13.10 **Barbara Pas** (VB): Mijnheer de minister, telkens als ik u hierover een vraag stel, herhaalt u dat er een planning nodig is met een goede verdeling, met garanties voor de kwaliteit. Daar ben ik het volledig mee eens. Als u zegt dat daarbij een efficiënte instroombeheersing essentieel is, dan kan ik u niet meer dan honderd procent gelijk geven. Maar laat het probleem nu net zijn dat die efficiënte instroombeheersing er 25 jaar lang aan Franstalige kant niet geweest is en dat u daar de spons over veegt. Ik kan het niet anders noemen, ook al ontkent u het. Een grendel, die heel moeizaam in de federale wetgeving werd ingebouwd, met name de verdeling van de quota op basis van het inwonersaantal, schaft u zelfs af in uw zeer eenzijdige akkoord met de Franstaligen.

Mijnheer de minister, er is een zaak die ik niet begrijp. Als u het volste vertrouwen heeft in de goede intentie en ervan overtuigd bent dat de

13.10 **Barbara Pas** (VB): Le problème est précisément que du côté francophone, il n'a gère été question de gestion efficace de l'afflux entrant, gestion inefficace sur laquelle le ministre passe à présent l'éponge. Il va même jusqu'à supprimer un verrou qui a été très difficilement intégré dans la législation fédérale.

Si le ministre est convaincu que les francophones sont convaincus que ceci constitue le bon choix et qu'ils comprennent soudain après

Franstaligen er ook van overtuigd zijn dat dit de goede keuze is, en dat zij plots na 25 jaar beseffen dat zij aan efficiënte instroombeheersing moeten gaan doen, waarom verzetten zij zich dan tegen dat federale responsabiliseringsmechanisme? Als de intentie er inderdaad is, en zij het zullen uitvoeren zoals u het gelooft, dan gaat het nooit in werking treden. Wat weerhoudt hen dan om het uit te voeren? Wat weerhoudt u dan om uw eigen regeerakkoord uit te voeren? Dat heb ik in uw lange uitleg niet gehoord.

25 ans qu'ils doivent gérer efficacement l'afflux entrant, pourquoi s'opposent-ils dans ce cas à ce mécanisme fédéral de responsabilisation?

13.11 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le président, monsieur le ministre, dans tout ce qui a été dit aujourd'hui, il y a une espèce de *framing* selon lequel les politiciens wallons n'ont pas voulu mettre en œuvre les accords pris dans le passé. Mais je pense qu'on oublie de parler de quelque chose.

En Wallonie, il y a aussi eu une tentative d'instaurer des concours d'entrée. Cela a d'ailleurs été fait. Finalement, chaque fois qu'on a voulu limiter l'accès aux études ou qu'on a voulu menacer l'accès à la profession, ce sont les étudiants qui ont lutté contre cela. Ils ont aussi introduit des recours, il y a quelques années. C'est justement grâce à eux qu'aujourd'hui, davantage de médecins sortent en Wallonie. Je pense que c'est à cause de la lutte que les étudiants ont menée.

Il y a toute la discussion sur le coût qu'engendrerait éventuellement un médecin. Nous n'avons pas vraiment parlé de ce qui, selon moi, est essentiel. Vous en avez parlé un tout petit peu, indirectement. S'il faut s'attaquer à quelque chose, ce n'est pas au nombre de médecins, mais c'est à la manière dont la médecine est organisée aujourd'hui et à la tarification à la prestation. C'est cela qui est cause de surconsommation. C'est donc à cela qu'il faut s'attaquer; et pas forcément au nombre d'étudiants et de médecins.

Le grand oublié dans ces discussions politico-politiciennes, c'est le patient. Aussi bien au Nord qu'au Sud du pays, le patient est aujourd'hui face à une pénurie médicale. La population est de plus en plus âgée. Il y a énormément de progrès techniques. Le métier de médecin évolue. Je suis donc intimement convaincue que, oui, il faut planifier, mais que non, il n'y a pas trop de médecins. Et oui, il faut aussi que des étudiants, futurs médecins soient issus des classes populaires. Or, en mettant en place un concours d'entrée plus sévère encore, on rend ces études plus élitistes.

13.11 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): De Waalse politici hebben maatregelen genomen maar telkens wanneer ze de toegang tot de studies of tot het beroep trachtten te beperken, hebben studenten daartegen hoger beroep aangetekend. Dankzij die strijd studeren er in Wallonië meer artsen af.

Op het stuk van de kosten is het de manier waarop de geneeskunde thans georganiseerd is die tot overconsumptie leidt. Wie bij dit debat in de kou blijft staan, is de patiënt, die zowel in het noorden als in het zuiden van het land met een tekort aan huisartsen te kampen heeft. Er is planning nodig maar we hebben geen artsen op overschot. We hebben artsen uit de volksklasse nodig; het toelatingsexamen maakt deze studies elitairder.

13.12 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Finalement, ce n'est pas vraiment votre réponse qui est scandaleuse, comme a pu le dire ma collègue de la N-VA qui malheureusement n'est plus présente. Ce sont en réalité leurs propres propos. Lorsque j'entends la N-VA et le Vlaams Belang s'offusquer qu'on puisse enfin mettre fin à une insécurité juridique qui planait sur ces étudiants en médecine, c'est choquant. Qu'est-ce que ces partis auraient voulu pour ces étudiants? Qu'on les prive de leur numéro INAMI après des années et des années d'étude? Je pense aussi que ce sont des propos qui ne manquent pas de culot surtout quand on sait que le ministre Ben Weyts de la N-VA a lui aussi dérogé au quota INAMI – c'était en 2019 – parce que, je le cite "les quotas sont trop faibles pour répondre aux besoins de la Flandre en matière de soins."

13.12 **Sophie Rohonyi** (DéFI): De N-VA en het Vlaams Belang nemen er aanstoot aan dat er een eind wordt gemaakt aan de rechtsonzekerheid voor de studenten geneeskunde. Wat hadden ze dan gewild: de studenten na jaren studie een RIZIV-nummer ontzeggen? In 2019 is N-VA-minister Ben Weyts afgeweken van de RIZIV-quota, die hij te laag achtte om aan de noden van Vlaanderen tegemoet te komen. Gelukkig werden de quota overschreden, want zo konden we de gezondheids-

J'ai même envie de dire encore heureux que ces quotas aient été dépassés parce que je n'ose imaginer le bilan humain encore plus grave que celui qu'on aurait connu si l'on n'avait eu encore moins de médecins pour traverser cette crise sanitaire. J'aimerais aussi souligner que les étudiants francophones ont été soutenus dans leurs revendications par leurs homologues néerlandophones.

Ainsi, lorsque je vous interpelle sur cette question, monsieur le ministre, ce n'est certainement pas pour faire du communautaire mais pour attirer votre attention sur le fait que la planification des besoins est effectivement essentielle mais que nous n'avons toujours pas la garantie que la méthode de calcul que vous avez choisie pour déterminer ces nouveaux quotas permettra d'avoir assez de médecins et de dentistes.

Par ailleurs, ce concours d'entrée est une pilule qui est très difficile à avaler pour ces étudiants parce qu'il ne se justifie pas vu la pénurie de médecins qui s'observe au Nord et au Sud du pays, surtout si, comme vous le dites, le mécanisme de responsabilisation pourrait malgré tout s'appliquer si les quotas venaient à connaître un certain dépassement sans qu'on sache à quoi correspondrait ce certain dépassement. Vous justifiez aujourd'hui ce concours par la qualité de la profession sans que personne ne nous ait jamais démontré, jusqu'ici, qu'en réduisant le nombre d'étudiants en médecine, la qualité de la formation s'en verrait automatiquement améliorée. Au contraire, contrairement à ce que vous affirmez, on voit que les étudiants, mais aussi les médecins qui encadrent ces étudiants durant leur stage au sein de nos universités, mettent en exergue le fait qu'il faille investir d'urgence dans leur encadrement plutôt que de mettre en place une mesure aussi élitiste que le concours d'entrée.

crisissen doorstaan. De Franstalige studenten werden in hun eisen gesteund door hun Nederlandstalige collega's.

Een planning van de behoeften is van essentieel belang maar we hebben geen enkele garantie dat de gekozen berekeningsmethode voor de vaststelling van de nieuwe quota ervoor zal zorgen dat we voldoende artsen en tandartsen hebben. Gezien het tekort aan artsen is een toelatingsexamen niet gerechtvaardigd, vooral als er een verantwoordingsmechanisme toegepast kan worden als de quota overschreden worden. Een beperking van het aantal studenten geneeskunde leidt niet automatisch tot een betere kwaliteit van de opleiding. Studenten en artsen pleiten voor een dringende investering in de omkadering in plaats van de invoering van een elitaire maatregel zoals het toelatings-examen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: Mme Sneppe a marqué son accord pour reporter son interpellation n° 55000276I ainsi que toutes les questions qui y sont jointes à la prochaine séance de questions de la commission de la Santé. Je l'en remercie. Ainsi, les questions n° 55000276C de Mme Sneppe, n° 55026786C de Mme Depoorter, n° 55026816C de Mme Muylle et n° 55026843C de Mme de Laveleye sont reportées.

14 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken omtrent het terugbetalingsdossier voor Kaftrio, Symkevi en Orkambi" (55026518C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Mucoviscidose" (55026648C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Kaftriodossier" (55027466C)
14 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état d'avancement du dossier de remboursement du Kaftrio, du Symkevi et de l'Orkambi" (55026518C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mucoviscidose" (55026648C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier Kaftrio" (55027466C)

14.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is niet de eerste keer dat de problematiek van de terugbetaling van Kaftrio in onze commissie wordt besproken. Onze patiënten wachten nog altijd op de terugbetaling, terwijl de meeste Europese landen al besloten

14.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ce n'est pas la première fois que le remboursement du médicament Kaftrio est à l'ordre

hebben Kaftrio terug te betalen. Onlangs deden ook Polen en Bulgarije dat.

In principe zou het dossier volgende maand moeten worden behandeld, als we rekening houden met de indiening van 28 juli 2021 en de doorlooptijd van 300 dagen. Wij vangen echter signalen op dat de doorlooptijd langer zou duren of dat er zelfs sprake zou zijn van een opschorting.

Ik verneem graag van u wat er van die signalen waar is. Wat is de meest actuele stand van zaken in het dossier van de terugbetaling van Kaftrio? Hoe zit het met de prijsonderhandelingen? Wanneer kunnen onze patiënten een antwoord verwachten over de terugbetaling van dit medicijn? Zult u de termijn van 300 dagen respecteren? Werd de behandeling van het dossier opgeschort of niet?

du jour. Dans la plupart des pays européens, ce remboursement est déjà réglé mais pour nos patients, il se fait attendre. Le dossier devrait en principe être traité le mois prochain mais il me revient que délai d'examen de 300 jours serait prolongé ou qu'il serait même question d'une suspension.

Quel est l'état d'avancement de ce dossier? Qu'en est-il des négociations concernant les prix?

Le **président**: M. De Caluwé n'étant pas là, sa question n° 55026648C devient sans objet.

14.02 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le Ministre,*

Le dossier de remboursement du médicament Kaftrio pour les personnes atteintes de mucoviscidose est toujours en cours. Nous pourrions obtenir un résultat d'ici deux mois et ce, alors que le dossier a été soumis en juillet 2021.

Nous sommes ainsi l'un des derniers pays de l'Union européenne à régler le remboursement du Kaftrio.

Par exemple, en Allemagne, les personnes atteintes de mucoviscidose y ont accès depuis septembre 2020, en France depuis juillet 2021 et aux Pays-Bas depuis janvier 2022.

Plus encore, la Pologne et la Bulgarie ayant à leur tour conclu un accord de remboursement.
Pendant ce temps, en Belgique, le temps d'attente et l'incertitude entourant la décision devient de plus en plus pénible pour nos patients et leur entourage.

Monsieur le Ministre, il s'agit de personnes atteintes d'une maladie grave et évolutive. Leur temps est donc compté et ils ont besoin de réponses et de perspectives concrètes et réelles, pas d'indications vagues et floues.

En conséquence, Monsieur le Ministre, mes questions seront simples mais permettront de donner l'éclairage nécessaire aux patients:

Quel est l'état des lieux des négociations tarifaires actuellement en cours?

Pourriez-vous donner une date précise d'aboutissement des négociations?

14.02 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Het dossier met betrekking tot de terugbetaling van Kaftrio voor mucoviscidosepatiënten is nog steeds in behandeling. Wij zullen een van de laatste EU-landen zijn om dat product terug te betalen. Het ongeduld van de Belgische patiënten wordt steeds meer op de proef gesteld, terwijl het dossier in juli 2021 werd ingediend. Die mensen lijden aan een ernstige en evolutieve ziekte en de tijd die hen nog rest is beperkt.*

Hoe zit het met de onderhandelingen over de tarieven? Wanneer zullen ze zijn afgerond?

14.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik laat vooreerst opmerken dat het geneesmiddel Orkambi vandaag onder bepaalde voorwaarden door de ziekteverzekering wordt vergoed. Er is momenteel voor dat product geen bijkomende vergoedingsprocedure bij de CTG lopende voor uitbreiding van de terugbetaling.

14.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le médicament Orkambi est actuellement remboursé par l'assurance-maladie à certaines conditions. Aucune procédure

Voor de terugbetaling van Kaftrio en Symkevi, beide in combinatie met Kalydeco, zijn inderdaad verschillende procedures lopende. Ze volgen de tijdslijnen conform de regelgeving. Zowel de administratie bij het RIZIV als mijn medewerkers op het kabinet en ikzelf volgen die dossiers, net zoals elk ander dossier, met veel aandacht op. Wij streven er dan ook met zijn allen naar om de patiënten, hun familie, vrienden en zorgverleners zo snel als mogelijk uit de onzekerheid te halen omtrent de terugbetaling van die geneesmiddelen.

Het is belangrijk om duidelijk te maken dat er geen sprake is van opschorting door het RIZIV. Wettelijk gezien is dat ook niet mogelijk. De regelgeving bepaalt wel dat de aanvrager de procedure op bepaalde tijdstippen kan opschorten. Aangezien de tijdslijnen wettelijk zijn vastgelegd, worden ze ook door alle partijen gerespecteerd.

Zoals ik u reeds eerder meedeelde, heeft het bedrijf Vertex een eerste indieningsdossier voor het geneesmiddel Kaftrio voor 12-jarigen en ouder vroegtijdig ingetrokken en werd een tweede aanvraag pas eind juli 2021 ingediend. Voor Symkevi werd een dossier in augustus 2021 ingediend met een vraag tot vergoeding voor 6- tot 11-jarigen. Doordat het bedrijf schorsingen heeft aangevraagd, is de behandeltermijn van de dossiers langer geworden dan de 300 dagen die u aanhaalt, namelijk 180 dagen voor de CTG en 120 dagen voor onderhandelingen. De dag waarop ik een beslissing moet nemen, valt in beide procedures uiterlijk in juli 2022.

Meer informatie zal ik u niet geven, om te vermijden dat ik het verloop van de terugbetalingsprocedures en onderhandelingen in gevaar breng.

Redelijk recent, namelijk midden februari 2022, heeft Vertex een dossier ingediend voor de combinatie Kaftrio-Kalydeco voor de patiëntenpopulatie van 6- tot 11-jarigen. De dag van beslissing in die procedure valt momenteel in augustus 2022. Ook in dat geval kan het bedrijf de procedure op bepaalde tijdstippen schorsen, waardoor die datum kan opschuiven, en kan een meer precieze timing nu niet gegeven worden.

Nu kom ik tot de vragen over de enorme inzameling van immuunonderdrukkers.

Het FAGG is niet op de hoogte van tekorten of leveringsproblemen van immunosuppresiva. Er werd slechts een onbeschikbaarheid gemeld, namelijk voor het product Imuran 50mg van 28 februari 2022 tot 22 april 2022. Er zijn echter andere geneesmiddelen op de markt beschikbaar met hetzelfde actieve bestanddeel zoals Azathioprine.

U had ook een vraag over de problemen in de toeleveringsketen van aerosoltoestellen. De problematiek van de chips betreft alle sectoren en jammer genoeg ook de sector van de medische hulpmiddelen. Op Europees niveau wordt gewerkt aan de European Chips Act om van Europa een wereldleider op het gebied van halfgeleiders te maken en de schaarste aan chips te bestrijden. Ook de sector van de medische hulpmiddelen is bij de besprekingen vertegenwoordigd.

Een ander probleem is de uitvoering van de Europese verordeningen 2017/745 betreffende medische hulpmiddelen en 2017/746

d'indemnisation complémentaire n'est actuellement en cours auprès de la CRM pour l'extension du remboursement. Pour le remboursement du Kaftrio et du Symkevi, tous deux en combinaison avec le Kalydeco, des procédures sont en cours. La ligne du temps fixée par la réglementation est suivie. Le dossier fait l'objet d'un suivi attentif et notre objectif est de sortir de l'insécurité tous les patients concernés.

Il n'est nullement question d'une suspension par l'INAMI, qui est d'ailleurs légalement impossible. Seul le demandeur peut suspendre la procédure à certains moments.

Vertex a retiré prématurément un premier dossier concernant le Kaftrio pour les patients âgés de moins de 12 ans. Ce n'est que fin juillet de l'an dernier que l'entreprise a introduit une nouvelle demande. Pour le Symkevi, un dossier a été introduit en août 2021 assorti d'une demande de remboursement pour les patients âgés de 6 à 11 ans. L'entreprise a également demandé une suspension de la procédure et c'est pour cette raison que le délai d'examen du dossier a dépassé les 300 jours. Je devrai prendre une décision pour les deux procédures au plus tard en juillet 2022. Je préfère ne pas en dire davantage pour ne pas mettre en danger les négociations.

À la mi février 2022, Vertex a introduit un dossier pour la combinaison Kaftrio-Kalydeco pour la population de patients âgés de 6 à 11 ans. Cette procédure-là peut, elle aussi, être suspendue par l'entreprise.

L'AFSCA n'est pas au courant de pénuries ou de problèmes de livraison concernant les immuno-dépresseurs. Seul le produit Imuran 50mg a été indisponible entre le 28 février et le 22 avril

betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek. Alle fabrikanten die medische hulpmiddelen in de EU in de handel brengen, zullen aan die voorschriften moeten voldoen.

Sommige fabrikanten hebben reeds de economische beslissing genomen om de productie van bepaalde hulpmiddelen stop te zetten, omdat ze de nodige stappen niet willen ondernemen om hun hulpmiddelen in overeenstemming te brengen met de nieuwe voorschriften.

2022 mais d'autres médicaments à base de la même substance active sont quant à eux bel et bien restés disponibles.

La problématique des puces joue un rôle dans la chaîne de livraison des inhalateurs. Au niveau européen, on planche sur l'European Chips Act, pour faire de l'Europe un leader mondial des semi-conducteurs et lutter contre la pénurie de puces. Le secteur des dispositifs médiaux est représenté dans le cadre de ces discussions.

La mise en œuvre des ordonnances européennes 2017/7/45 et 2017/7/46 constitue un autre problème. Tous les fabricants qui mettent ces dispositifs médicaux sur le marché devront se conformer à ces prescriptions. Certains fabricants arrêtent la production de certains dispositifs parce qu'ils ne veulent, précisément, pas se conformer à ces règles.

14.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het lijkt erop dat de mucopatiënten nog heel vaak *happy socks* zullen moeten aantrekken om eindelijk het geneesmiddel terugbetaald te krijgen dat in de rest van Europa wel al terugbetaald wordt en waarmee heel mooie resultaten kunnen worden voorgesteld. Men voorkomt heel veel leed, hospitalisaties en kinebehandelingen door een correct gebruik en degelijke terugbetaling van de geneesmiddelen. Eens te meer wachten patiënten in België langer dan in andere landen.

Ik heb een voorstel van resolutie ingediend om het probleem van de zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen aan te pakken. U formuleerde naar aanleiding daarvan het advies dat alle problemen in België al zouden zijn aangepakt. Welnee, mijnheer de minister. Dat is niet waar. Onze patiënten wachten gemiddeld 400 dagen langer dan een patiënt in Duitsland voor een terugbetaling. U zegt dat het verdict er uiterlijk in juli 2022 of augustus 2022 ligt, maar de behandeling van het dossier kan nog worden opgeschort. De mucopatiënten zullen alweer moeten wachten en zij doen dat al lang. Ik ben ervan overtuigd dat er een betere, snellere en toegankelijker werkwijze mogelijk is.

14.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Il semble que les patients atteints de mucoviscidose ne puissent toujours pas compter sur le remboursement d'un médicament qui est déjà remboursé dans tout le reste de l'Europe. Le remboursement réduit les souffrances, les hospitalisations et les traitements de kinésithérapie.

J'ai déposé une proposition de résolution demandant que l'on s'attaque au problème des maladies orphelines et des médicaments orphelins. Le ministre a indiqué que tous les problèmes étaient pris à bras le corps en Belgique. C'est inexact car un patient belge doit attendre un remboursement 400 jours de plus en moyenne qu'un patient allemand. Il faut accélérer le remboursement, l'améliorer et le rendre plus accessible.

14.05 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse, même si je n'ai pas reçu beaucoup de nouvelles informations par rapport à ce que vous avez déjà répondu en

14.05 **Sophie Rohonyi** (DéFI): We zullen tot augustus moeten wachten om meer te weten te

mars 2022 à ce sujet, à savoir qu'il conviendra d'attendre août de cette année pour en savoir plus, sauf si un délai supplémentaire s'avère nécessaire pour les négociations. J'ose espérer ne pas en arriver là. En effet, pour des patients qui souffrent d'une maladie grave et évolutive, il y a urgence. Ils ne comprennent pas pourquoi ils devraient encore attendre pour voir leurs médicaments remboursés alors que ce même médicament est remboursé dans d'autres pays.

komen, tenzij er meer tijd nodig is voor de onderhandelingen... Ondertussen zien de patiënten af en begrijpen ze niet waarom dit geneesmiddel niet vergoed wordt terwijl dat in andere landen wel het geval is.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: Chers collègues, nous allons interrompre notre séance d'aujourd'hui, mais je ne suis évidemment pas très heureux de la situation et j'ose espérer qu'à l'avenir, toutes et tous – sans doute moi aussi -, nous serons plus respectueux des timings dans les questions, les répliques, ainsi que dans vos réponses, monsieur le ministre. Je sais que vous donnez des réponses détaillées, mais elles prennent un certain temps et cela implique qu'on n'avance pas dans le débat comme on le souhaiterait. Il y a une liste d'attente de questions qui est très longue.

J'espère que vous pourrez nous consacrer rapidement d'autres séances de questions, qui pourraient durer plus tard pour pouvoir avancer réellement. Dans le cas contraire, nous nous retrouverons avec une liste de questions qui ne seront même plus des questions pour lesquelles nous aurons besoin de réponses parce que le sujet sera malheureusement dépassé.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 24.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.24 uur.