CRIV 55 **COM 914**

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

Mardi

25-10-2022

Matin

Dinsdag

25-10-2022

Voormiddag

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

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infirmiers spécialisés en pédiatrie et en néonatologie" (55029631C) 1

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Questions jointes de 2
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'activation plus rapide du MAF" (55029860C) 2
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Une activation plus rapide du maximum à facturer" (55030105C) 2
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le MAF" (55030703C) 2
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le maximum à facturer" (55031419C) 2

Orateurs: **Patrick Prévot, Dominiek Sneppe, Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Patrick Prévot à Eva De Bleeker (Budget et Protection des consommateurs) sur "La présence de substances nocives dans les fournitures scolaires" (55029951C) 7

Orateurs: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les recommandations du Forum Belge du Diabète" (55029966C) 9

Orateurs: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence de pesticides et 12

INHOUD

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verpleegkundigen gespecialiseerd in de pediatrie en de neonatologie" (55029631C) 1

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

Samengevoegde vragen van 2
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De snellere activering van de MAF" (55029860C) 2
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een snellere activatie van de maximumfactuur" (55030105C) 2
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De MAF" (55030703C) 3
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maximumfactuur" (55031419C) 3

Sprekers: **Patrick Prévot, Dominiek Sneppe, Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Patrick Prévot aan Eva De Bleeker (Begroting en Consumentenbescherming) over "De aanwezigheid van schadelijke stoffen in schoolbenodigdheden" (55029951C) 7

Sprekers: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanbevelingen van het Belgisch Diabetes Forum" (55029966C) 10

Sprekers: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Pesticiden en arseen in 12

d'arsenic dans le métabolisme d'enfants" (55030082C)

Orateurs: **Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Questions jointes de 15
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement intégral de l'alimentation par sonde" (55030152C) 15
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de l'alimentation par sonde" (55030229C) 15
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de l'alimentation par sonde entérale" (55031456C) 15

Orateurs: **Nawal Farih, Robby De Caluwé, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Questions jointes de 19
- Anneleen Van Bossuyt à Eva De Bleeker (Budget et Protection des consommateurs) sur "Le Nutri-Score" (55030164C) 19
- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'actualisation de la méthode de calcul du Nutri-Score" (55030315C) 19

Orateurs: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Questions jointes de 22
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le retrait de la convention pour la chirurgie complexe de l'oesophage à trois hôpitaux" (55030143C) 22

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le retrait de la convention pour la chirurgie de l'oesophage à trois hôpitaux" (55030890C) 22

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

lichamen van kinderen" (55030082C)

Sprekers: **Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Samengevoegde vragen van 15
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De volledige terugbetaling van sondevoeding" (55030152C) 15
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van sondevoeding" (55030229C) 15
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van sondevoeding" (55031456C) 15

Sprekers: **Nawal Farih, Robby De Caluwé, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Samengevoegde vragen van 19
- Anneleen Van Bossuyt aan Eva De Bleeker (Begroting en Consumentenbescherming) over "De nutriscore" (55030164C) 19
- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De update van de rekenmethodiek voor de nutriscore" (55030315C) 19

Sprekers: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Samengevoegde vragen van 22
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opzegging van de overeenkomst voor complexe slokdarmchirurgie van drie ziekenhuizen" (55030143C) 22
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De intrekking van de overeenkomst voor slokdarmchirurgie van 3 ziekenhuizen" (55030890C) 22

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mobilisation des pharmaciens pour les campagnes de vaccination" (55030231C) 27
Orateurs: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les césariennes" (55030266C) 29
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le détournement de l'Ozempic" (55030269C) 31
Orateurs: **Daniel Bacquelaine, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'examen financier des hôpitaux" (55030273C) 33
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le point concernant le cadastre dynamique des prestataires de soins" (55030278C) 35
Orateurs: **Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coût des soins (dentaires)" (55030279C) 37
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé

Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inzet van apothekers in de vaccinatiecampagnes" (55030231C) 27
Sprekers: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De keizersneden" (55030266C) 29
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het oneigenlijke gebruik van Ozempic" (55030269C) 31
Sprekers: **Daniel Bacquelaine, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiële screening van ziekenhuizen" (55030273C) 33
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken van het dynamisch kadaster van de zorgverstrekkers" (55030278C) 35
Sprekers: **Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betaalbaarheid van de (tand)zorg" (55030279C) 37
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concertation au sein de la Commission nationale médico-mutualiste" (55030281C) 39

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het overleg van de 'Medicomut'" (55030281C) 39

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'échelle des soins et le statut de candidat infirmier" (55030290C) 41

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zorgladder en het statuut van verpleegkundige in opleiding (VIO)" (55030290C) 41

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Questions jointes de 42

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des sexologues cliniciens" (55030300C) 42
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de la sexologie clinique" (55030479C) 42
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des sexologues" (55031420C) 42

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Samengevoegde vragen van 42

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van klinisch seksuologen" (55030300C) 42
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de klinische seksuologie" (55030479C) 42
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de seksuologen" (55031420C) 42

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

Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les risques d'intoxication au monoxyde de carbone au cours de cet hiver" (55030303C) 44

Orateurs: **Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De risico's op CO-vergiftiging deze winter" (55030303C) 44

Sprekers: **Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Questions jointes de 46

- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La 46

Samengevoegde vragen van 46

- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De 46

situation concernant le Plan Fédéral Nutrition Santé (PFNS)" (55030313C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Plan Nutrition Santé" (55031416C) 46

Orateurs: **Mieke Claes, Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le risque de dénutrition dans les hôpitaux" (55030314C) 49

Orateurs: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Questions jointes de 51

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le pacte pharmaceutique" (55030422C) 51
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'absence d'un nouveau pacte avec l'industrie pharmaceutique" (55030600C) 51
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le pacte pharmaceutique" (55030921C) 51

Orateurs: **Dominiek Sneppe, Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le risque de "twindémie"" (55030481C) 55

Orateurs: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie sur le marché de l'emploi et le manque de personnel dans le secteur des soins" (55030503C) 57

Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Frank Vandenbroucke**, vice-

stand van zaken betreffende het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan (FVGP)" (55030313C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Voedings- en Gezondheidsplan" (55031416C) 46

Sprekers: **Mieke Claes, Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het risico op ondervoeding in ziekenhuizen" (55030314C) 49

Sprekers: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Samengevoegde vragen van 51

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het farmapact" (55030422C) 51
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitblijven van een nieuw farmapact" (55030600C) 51
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het farmapact" (55030921C) 51

Sprekers: **Dominiek Sneppe, Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gevaar voor een 'twindemie'" (55030481C) 55

Sprekers: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De krapte op de arbeidsmarkt en de personeelstekorten in de zorgsector" (55030503C) 57

Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Frank Vandenbroucke**,

premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Questions jointes de 60

Samengevoegde vragen van 60

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'impact du coût de l'énergie sur les patients atteints d'une maladie chronique" (55030517C) 60

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van de energiekosten op de patiënten die lijden aan chronische ziekten" (55030517C) 60

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les répercussions des prix de l'énergie pour les patients" (55030737C) 60

Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Steven Creyelman, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gevolgen van de energieprijzen voor patiënten" (55030737C) 60

Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Steven Creyelman, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les attestations de prestations des hygiénistes bucco-dentaires" (55030528C) 63

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het attesteren van de prestaties door mondhygiënisten" (55030528C) 63

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les perspectives budgétaires alarmantes des hôpitaux" (55030621C) 64

Orateurs: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De alarmerende budgettaire vooruitzichten voor de ziekenhuizen" (55030621C) 64

Sprekers: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accessibilité des soins de première ligne" (55030628C) 66

Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg" (55030628C) 66

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

Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le new deal pour les médecins généralistes (assistants de cabinet et infirmiers)" (55030655C) 68

Orateurs: **Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et

Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De new deal voor de huisartsen (praktijkassistenten en verpleegkundigen)" (55030655C) 68

Sprekers: **Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en

ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les travailleurs frontaliers français actifs dans le secteur des soins de santé en Belgique" (55030662C) 70

Orateurs: **Benoît Piedboeuf**, président du groupe MR**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Franse grensarbeiders die in België in de gezondheidszorg werken" (55030662C) 70

Sprekers: **Benoît Piedboeuf**, voorzitter van de MR-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Questions jointes de 71

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du KCE sur les soins pédiatriques en Belgique" (55030676C) 71
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les projets pilotes de soins transmuraux et d'équipes de liaison pédiatriques" (55030726C) 71

Orateurs: **Frieda Gijbels, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Samengevoegde vragen van 71

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het KCE-rapport over de zorg voor kinderen in België" (55030676C) 71
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De pilootprojecten transmurale zorg en pediatrische verbindingsteams" (55030726C) 71

Sprekers: **Frieda Gijbels, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La qualité des services des pharmacies" (55030685C) 74

Orateurs: **Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kwaliteit van de dienstverlening van de apotheken" (55030685C) 74

Sprekers: **Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Questions jointes de 76

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne de vaccination contre le coronavirus en automne" (55030686C) 76
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La dose de rappel d'automne" (55031454C) 76
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La dose de rappel contre le covid administrée avec des vaccins inappropriés" (55031472C) 77
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les perspectives concernant les stocks de vaccins anticovid adaptés à la souche BA.1" (55031123C) 77
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur 77

Samengevoegde vragen van 76

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herfstvaccinatiecampagne tegen COVID-19" (55030686C) 76
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herfstbooster" (55031454C) 76
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covid-herfstprik met niet-aangepaste vaccins" (55031472C) 76
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het perspectief inzake de voorraden van Adapted BA.1-covidvaccins" (55031123C) 76
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over 76

"Les variantes de vaccins" (55031352C)
Orateurs: **Dominiek Sneppe, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

"De vaccinvarianten" (55031352C)
Sprekers: **Dominiek Sneppe, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les risques provoqués par les implants vaginaux" (55030825C) 83
Orateurs: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes**, Dominiek Sneppe**

Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De risico's van vaginale implantaten" (55030825C) 83
Sprekers: **Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid**, Dominiek Sneppe**

Questions jointes de 87
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sous-utilisation du budget attribué à la nouvelle convention pour soins psychologiques" (55030847C) 87
- Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des soins de santé mentale" (55030909C) 87
Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Samengevoegde vragen van 87
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onderbenutting van het budget voor de nieuwe psychologen-conventie" (55030847C) 87
- Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van geestelijke gezondheidszorg" (55030909C) 87
Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les stocks fédéraux de la plateforme de testing fédérale" (55030883C) 92
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De federale voorraden in het federale testplatform" (55030883C) 92
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les avancées en ce qui concerne le SSC et le plan pandémie" (55030896C) 94
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vorderingen met betrekking tot het SSC en het pandemieplan" (55030896C) 94
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le covid des 98

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van de min 98

jeunes de moins de 18 ans" (55030897C)
Orateurs: **Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La gratuité des contraceptifs" (55030923C) 98
Orateurs: **Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement de la Commission fédérale de contrôle" (55030939C) 101
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget 2023 des soins de santé" (55030947C) 104
Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Questions jointes de 109
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture de services 112" (55030949C) 109
- Nicolas Parent à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les missions d'intervention d'urgence à Ampsin et Libramont" (55031250C) 109
Orateurs: **Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cancer du sein et l'exposition aux polluants de l'air" (55030956C) 111
Orateurs: **Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé

18-jarigen tegen het coronavirus" (55030897C)
Sprekers: **Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Gratis anticonceptiva" (55030923C) 98
Sprekers: **Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van de Toezichtscommissie" (55030939C) 101
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gezondheidszorgbegroting 2023" (55030947C) 104
Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Samengevoegde vragen van 109
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van 112-centra" (55030949C) 109
- Nicolas Parent aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De spoedeisende hulp door het Rode Kruis vanuit Ampsin en Libramont" (55031250C) 109
Sprekers: **Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Borstkanker en de blootstelling aan luchtvervuiling" (55030956C) 111
Sprekers: **Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La grippe aviaire hautement pathogène" (55030976C) 113
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hoogpathogene vogelgriep" (55030976C) 113
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie interfédérale en matière de consommation nocive d'alcool 2023-2028" (55030982C) 115
Orateurs: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028" (55030982C) 115
Sprekers: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'enquête de consommation alimentaire 2022" (55030983C) 117
Orateurs: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De voedselconsumptiepeiling 2022" (55030983C) 117
Sprekers: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sous-utilisation du budget relatif au remboursement des prestations de diététique" (55030984C) 118
Orateurs: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onderbenutting van het budget voor de terugbetaling van diëtiekverstrekkingen" (55030984C) 118
Sprekers: **Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport de la Cour des comptes concernant Sciensano" (55031000C) 121
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van het Rekenhof over Sciensano" (55031000C) 121
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 25 OCTOBRE 2022

Matin

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 25 OKTOBER 2022

Voormiddag

_____

Le développement des questions commence à 11 h 47. La réunion est présidée par M. Thierry Warmoes.
De behandeling van de vragen vangt aan om 11.47 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.
De teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

01 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infirmiers spécialisés en pédiatrie et en néonatologie" (55029631C)
01 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verpleegkundigen gespecialiseerd in de pediatrie en de neonatologie" (55029631C)

01.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, ma question avait été déposée au mois de juillet. Si vous me le permettez, je vais l'actualiser quelque peu. Je vous interrogeais à ce moment-là parce que l'association des infirmiers spécialisés en pédiatrie et néonatologie, l'AISPN, vous avait interpellé, le 10 juillet dernier, sur votre projet qui prévoit une catégorisation en fonction du domaine de travail des infirmiers ainsi que sur l'impact de la classification IFIC qui prévoit un barème IFIC 14 ou IFIC 15 pour un même titre professionnel particulier. Il prévoit donc des barèmes différents alors que ces infirmiers ont la même formation. Le diplôme ISPN est identique. Cela risque donc de mener à une pénurie de ces infirmiers spécialisés et de rendre difficile, voire impossible, le respect des normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé par l'INAMI. Une qualité de soins maximale ne pourrait donc plus être garantie pour les enfants.

L'AISPN formulait toute une série de recommandations au niveau de la valorisation des barèmes, des fonctions manquantes, de la valorisation des infirmiers spécialisés en pédiatrie et en néonatologie, et au niveau du rôle des infirmiers en chef. Je vous les ai notées, monsieur le ministre. Avez-vous pris connaissance de ce courrier? Je pense que cela doit être le cas, depuis lors.

Je voudrais que vous refassiez le point des réponses apportées dans ce secteur, qui pourrait demain être en difficulté, mettant alors à mal la qualité des soins aux enfants. Manquer d'infirmiers spécialisés en la matière, c'est prendre des risques pour les soins, que ce soit en pédiatrie ou en néonatologie. Je vous remercie.

01.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): In juni heb ik u bevraagd omdat de vereniging van verpleegkundigen met een specialisatie pediatrie en neonatologie (AISPN) onze aandacht gevestigd had op uw plannen om een categorisering door te voeren volgens het werkdomein van de verpleegkundigen, alsook op de impact van de IFIC-classificatie, waarbij een IFIC-barema 14 of 15 aan eenzelfde beroepstitel gekoppeld werd. Mensen met dezelfde opleiding zouden dus onder een ander barema vallen.

Door die situatie dreigt er een tekort te ontstaan en dreigt het onmogelijk te worden om de door het RIZIV erkende normen voor een zorgprogramma voor kinderen na te leven. De AISPN raadde aan om de barema's te herzien en het loon van de gespecialiseerde verpleegkundigen en hoofd-verpleegkundigen op te waarderen.

Hebt u kennisgenomen van die

aanbevelingen? Wat antwoordt u op de verzuchtingen van de sector, die met tekorten geconfronteerd kan worden, wat risico's meebrengt voor de patiënten?

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, je vais immédiatement appliquer la doctrine qui a été définie sur la façon de répondre.

1. J'ai bien reçu le courrier de l'association. J'ai envoyé une réponse.

2. Nous avons eu ce débat à de nombreuses reprises et je renvoie aux débats que nous avons déjà eus maintes fois sur l'IFIC et sur le complément de spécialisation que j'ai organisé.

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb de brief van de vereniging ontvangen en erop geantwoord.

Dit debat is niet nieuw en ik verwijs naar de debatten die we reeds gevoerd hebben over de IFIC-classificatie en het specialisatie-complement, die ik opgetuigd heb.

01.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je dois conclure de cela que vous allez toujours considérer qu'il y a un barème IFIC 14 et un barème IFIC 15 pour des infirmiers qui ont exactement le même diplôme et la même formation, et faire la différence au niveau de la pédiatrie et de la néonatologie, y compris par rapport aux questions déposées à propos desquelles vous n'avez en fait pas répondu.

J'entends bien. Je sais qu'il y a l'arrêté de juillet 2022. Je constate alors, de votre part, le refus des propositions, que je trouve pourtant très raisonnables, d'un barème unique, que ce soit un barème 15 ou un barème 16. En fait, la réalité, c'est que cet IFIC 14 et cet IFIC 15 pour les infirmiers spécialisés en pédiatrie et en néonatologie n'est pas du tout adapté.

Je persiste à penser, monsieur le ministre, qu'il faut faire évoluer cet IFIC - cela fait longtemps que je le dis - pour beaucoup d'infirmiers. Ici, sur une question précise, je pense que vous auriez pu y répondre. Je constate dès lors votre refus d'entendre l'AISPN.

01.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): U gaat er dus nog altijd van uit dat er een IFIC-barema 14 en een IFIC-barema 15 is voor verpleegkundigen met hetzelfde diploma en dezelfde opleiding, en maakt het onderscheid op het stuk van de pediatrie en de neonatologie, ook voor de ingediende vragen, die u niet beantwoordt.

U hebt geen oren naar de voorstellen voor een enkel barema, die nochtans redelijk zijn. In feite zijn het IFIC-barema 14 en het IFIC-barema 15 voor verpleegkundigen met een specialisatie pediatrie en neonatologie niet geschikt.

Die classificatie moet aangepast worden. U weigert echter naar de AISPN te luisteren.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'activation plus rapide du MAF" (55029860C)
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Une activation plus rapide du maximum à facturer" (55030105C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le MAF" (55030703C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le maximum à facturer" (55031419C)
02 Samengevoegde vragen van
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De snellere activering van de MAF" (55029860C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een snellere activatie van de maximumfactuur" (55030105C)

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De MAF" (55030703C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maximumfactuur" (55031419C)

02.01 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, au cours de l'été, l'Observatoire des maladies chroniques vous a adressé un courrier demandant une activation plus rapide du maximum à facturer (MAF). En effet, de nombreux malades chroniques doivent parfois avancer des sommes importantes avant d'être remboursés par leur mutualité, alors que beaucoup ne possèdent plus de revenus professionnels et généralement peu d'économies propres. Cela pose problème car, pour assumer ces frais médicaux se comptant parfois en plusieurs milliers d'euros pour certaines maladies chroniques, l'ultime solution est de contracter des crédits-pont, de se passer de soins – ce qui arrive malheureusement trop souvent – ou encore de subir la honte et la double peine d'être traîné devant la justice pour défaut de paiement. C'est évidemment inacceptable.

Une activation plus précoce du maximum à facturer est indispensable et rendrait tout le monde gagnant. Les patients ne devraient plus se préoccuper de leur trésorerie, les hôpitaux seraient payés plus rapidement et les organismes assureurs verraient leur tâche allégée.

Dans le courrier qu'il vous a adressé, l'Observatoire des maladies chroniques pointe le principal obstacle à cette activation plus rapide du maximum à facturer. C'est d'ailleurs un obstacle que vous auriez déjà dénoncé par le passé. Je pense ici aux contraintes administratives.

Monsieur le ministre, envisagez-vous de réduire les délais pour l'obtention du maximum à facturer? Quelles seraient les pistes éventuellement envisagées? Les membres du secteur ambulatoire (généralistes, spécialistes, paramédicaux) pourraient-ils intégrer les plates-formes eFac et eAttest afin d'avoir une digitalisation plus poussée en la matière? Les patients pourraient-ils avoir directement accès à leur compteur MAF personnel pour avoir à tout moment une vue sur leur situation?

02.01 **Patrick Prévot** (PS): Het Observatorium voor de chronische ziekten vraagt om een snellere activering van de maximumfactuur (MAF). Heel wat chronisch zieken moeten immers forse bedragen voorschieten, terwijl hun beroepsinkomen weggevallen is en ze weinig spaargeld hebben. Soms zien ze zich zelfs genoodzaakt een lening aan te gaan of van zorg af te zien, of moeten ze voor het gerecht verschijnen wegens wanbetaling.

Zult u de termijnen voor de toekenning van de maximum-factuur verkorten? Zouden de patiënten toegang kunnen krijgen tot hun MAF-teller, zodat ze te allen tijde zicht hebben op hun situatie?

02.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, heel wat patiënten blijven hoge facturen ontvangen, ook al hebben ze op grond van hun persoonlijke situatie en eerder gefactureerde bedragen voor ambulante zorg of ziekenhuisopnames recht op de maximumfactuur. De maximumfactuur, de MAF, wordt vaak zeer snel bereikt, zonder dat dit onmiddellijk administratief in werking treedt. Als gevolg hiervan zijn deze patiënten, gezien de huidige administratieve procedures, verplicht om naast de regelmatig aangerekende remgelden soms zeer hoge bedragen voor te schieten. Gelukkig maar worden die vervolgens aan hen terugbetaald. Deze situatie schaadt en verzwakt hun financiële toestand onnodig. Het Observatorium voor de chronische ziekten gaf daarover einde augustus een advies, met daarin drie vragen: een kortere doorlooptijd, verdere digitalisering en voor iedereen toegang tot zijn persoonlijke MAF-situatie.

Mijnheer de minister, bent u zich bewust van het door het Observatorium aangekaarte probleem? Hebt u begrip voor de eisen? Wanneer en hoe zult u werk maken van de eisen?

02.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Le maximum à facturer est souvent très rapidement atteint, sans qu'il entre en vigueur immédiatement sur le plan administratif. Par conséquent, de nombreux patients continuent de recevoir des factures élevées. C'est pourquoi l'Observatoire des maladies chroniques recommande de raccourcir le délai entre le moment où le MAF est atteint et le moment de son entrée en vigueur administrative. Il prône aussi d'intensifier la numérisation et de permettre à tout le monde d'avoir accès à sa situation personnelle en matière de MAF. Le ministre s'y

02.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, les constats et les conclusions de l'Observatoire des maladies chroniques viennent d'être rappelés; je ne vais pas les répéter. L'Observatoire propose des délais de traitement plus courts, une digitalisation plus poussée, un accès à sa situation MAF personnelle.

Je vous ai déjà interrogé à plusieurs reprises tout comme j'avais interrogé votre prédécesseure, Mme De Block. Il faut aller plus loin que ce que l'Observatoire propose. Il faut en faire davantage pour les personnes qui ne bénéficient pas du statut BIM mais qui souffrent d'une maladie chronique et font face à des sommes extrêmement importantes qui s'accumulent au fil des années. Je plaide pour une nouvelle analyse de ce qui est couvert par le MAF et singulièrement pour toute une série de factures qui viennent en plus et hors remboursement. Je plaide aussi pour que les malades chroniques basculent plus rapidement dans le MAF que la période actuelle prévue dans les réglementations. Il faut être malade depuis déjà plusieurs mois et années avant d'être reconnu sauf bien sûr pour ceux qui bénéficient du statut BIM. Je plaide donc pour que l'on aille plus loin politiquement, comme on aurait pu le faire ici, en 2023, car les difficultés réelles de se soigner aujourd'hui se situent, de manière la plus aiguë, du côté des malades chroniques.

02.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mesdames et Monsieur, j'ai bien reçu l'avis de l'Observatoire des maladies chroniques, intitulé: "Demande d'une activation plus rapide du maximum à facturer". Il a été transmis, entre autres, à la Direction juridique & accessibilité du service des soins de santé de l'INAMI pour que la question puisse être examinée avec le service du contrôle administratif, les organismes assureurs et, éventuellement, l'administration fiscale.

Pour votre information, voici quelques années, l'Observatoire avait déjà émis un avis exposant des préoccupations similaires. Après analyse, dans le cadre des travaux du groupe de travail "Assurabilité" de l'INAMI, les organismes assureurs avaient indiqué qu'ils ne pouvaient pas bien identifier les aspects sur lesquels ils devaient se pencher pour activer plus rapidement le MAF, puisqu'il s'agit d'un "processus automatique, qui est lourd, qui prend du temps, car un très grand nombre de données doivent être récoltées, analysées et traduites en signaux utilisables". Ce groupe de travail avait alors demandé à l'Observatoire d'illustrer sa requête par des situations concrètes pour mieux comprendre pourquoi et comment activer le MAF plus rapidement. L'avis du 22 août y répond en précisant et illustrant les différents aspects à prendre en compte à cette fin. Les réflexions vont reprendre sur cette base plus concrète.

Pour répondre aux différentes questions, je précise tout d'abord qu'à partir de ce nouvel avis, les organismes assureurs vont réexaminer avec l'INAMI dans quelle mesure le processus d'activation du MAF peut être accéléré. Évidemment, ils m'indiquent la nécessité de tenir compte des différentes étapes qui jouent dans cette activation. De plus, chacune d'elles comporte des aspects qui peuvent entraîner un certain délai d'attente. La première concerne la composition du ménage, qui repose sur les données du Registre national, suivie de celle qui s'intéresse aux revenus à demander à l'administration attellera-t-il?

02.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Het Observatorium voor de chronische ziekten heeft een aantal voorstellen geformuleerd: een kortere doorlooptijd voor dossiers waarin de patiënt in aanmerking komt voor de maximumfactuur, verdere digitalisering en toegang voor iedereen tot zijn persoonlijke MAF-situatie. Voor wie geen recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming maar aan een chronische ziekte lijdt en grote bedragen moet betalen die zich in de loop der jaren opstapelen, moet er nog meer gedaan worden. Er moet opnieuw bekeken worden wat er onder de maximumfactuur valt en welke periode er nodig is om onder die regeling te vallen.

02.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het advies van het Observatorium van de chronische ziekten werd aan de Directie juridische zaken en toegankelijkheid van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV bezorgd, teneinde dit issue samen met de Dienst voor administratieve controle, de verzekeringsinstellingen en de belastingadministratie tegen het licht te houden.

Een aantal jaar geleden lieten de verzekeringsinstellingen weten dat ze niet inzagen wat ze konden ondernemen om de MAF sneller te activeren. Het Observatorium van de chronische ziekten werd toen verzocht zijn vraag met concrete voorbeelden te illustreren om beter te begrijpen hoe en waarom de MAF sneller geactiveerd moest worden. Het jongste advies is het antwoord op dat verzoek. De denkoefening zal op die basis weer opgestart worden.

Alle aspecten die in de verschillende fases van het proces tot een wachttijd kunnen leiden, zullen

fiscale. Viennent ensuite le traitement et le contrôle des documents relatifs aux prestations de santé, qui doivent alimenter le compteur du MAF. Un volet n'apparaît pas dans l'avis de l'Observatoire: il s'agit des nombreuses questions des assurés sociaux qui illustrent le délai de paiement et de remboursement de leurs interventions personnelles par leur organisme assureur une fois que le MAF a été activé. Donc, ces étapes compliquent l'affaire. Voilà ce qui ressort de nos échanges avec les organismes assureurs et l'INAMI.

onderzocht worden, met inbegrip van de termijnen voor de uitbetaling aan de sociaal verzekerde zodra de MAF geactiveerd is.

Hoe kunnen we versnellen? Om te beginnen wil ik de aandacht vestigen op het volgende. Op dit ogenblik is er een 100 % facturering van een prestatie zodra een rechthebbende het MAF-plafond heeft bereikt bij ziekenhuisopname en in apotheken, niet daarbuiten.

De regeling met betrekking tot de MAF werd destijds aangevuld met de programmawet van 27 december 2005 zodat zorgverstrekkers, voor zover zij een gerechtvaardigd belang hebben, op de hoogte kunnen worden gebracht van het feit dat de gerechtigde geniet van de MAF. Die bepaling van 2005 was destijds opgenomen met het oog op de administratieve vereenvoudiging. Op het moment dat de ziekenhuisinstelling of de zorgverstrekker weet dat de patiënt 100 % wordt vergoed onder de MAF, kan hij 100 % in derdebetaler gaan. Verder werd hiermee ook het vermijden van een dubbele betaling beoogd, een tweede terugbetaling van persoonlijke tussenkomsten in het kader van aanvullende verzekeringen.

Le MAF a été complété par la loi-programme du 27 décembre 2005. Un lien a été établi avec le système du tiers payant, mais le principe de la facturation à 100 % par un prestataire de soins ne s'applique actuellement qu'en cas d'hospitalisation ou dans les pharmacies. Avant le 1er janvier 2022, le régime du tiers payant était encore interdit ailleurs. Nous avons supprimé l'interdiction d'appliquer ce système. L'éventuelle généralisation du système du tiers payant constitue donc une part importante des discussions.

Er werd een koppeling gemaakt met het derde-betalerssysteem en die koppeling verklaart waarom het principe van de 100 % facturering door een zorgverstrekker momenteel alleen wordt toegepast bij ziekenhuisopname of in apotheken. Alleen daarbij is het derde-betalerssysteem veralgemeend. Tot vóór 1 januari 2022 was het derde-betalerssysteem elders nog verboden, wat het veralgemenen van dat systeem in de ambulante sector moeilijk maakte.

Wij hebben het verbod op het toepassen van dit systeem opgeheven, en u hebt daaraan meegeholpen. We kunnen nu dus beginnen bekijken hoe het principe van de 100 % facturering ook naar andere zorgverstrekkers kan worden uitgebreid, zodat mensen veel sneller kunnen genieten van de MAF.

Dat is een eerste onderwerp van reflectie en discussie op dit moment. De mogelijke veralgemening van het derde-betalerssysteem is daarin een belangrijk punt en ook een belangrijk punt van vooruitgang.

La facturation électronique est à présent progressivement élargie à l'ensemble des prestataires de soins, ce qui permet d'accélérer les paiements et la réservation des interventions personnelles dans le cadre du MAF. Dans les mois à venir, la facturation électronique sera également possible pour les kinésithérapeutes, puis pour les logopèdes et d'autres prestataires de soins. Ce processus doit permettre au groupe de travail Assurabilité d'établir un plan d'action visant à activer plus rapidement le MAF et, partant, à pouvoir payer plus rapidement.

Ten tweede, het elektronisch factureren van zowel de derde-betaler met eFact als de niet-derde-betaler met eAttest. Het elektronisch factureren wordt nu geleidelijk uitgebreid naar alle zorgverstrekkers waardoor het versnellen van de betalingen en het versnellen van de comptabilisatie van persoonlijke tussenkomsten in het kader van de MAF mogelijk wordt. Dat is een belangrijke beweging.

Momenteel is elektronische facturatie verplicht voor de ziekenhuizen bij een dagopname en bij een conventionele opname in het ziekenhuis. Het is verplicht voor de apotheken, de klinische laboratoria en de verpleegkundigen en vrijwillig voor huisartsen en specialisten, vroedvrouwen en tandartsen. De komende maanden zal elektronisch factureren mogelijk worden voor kinesitherapeuten en vervolgens ook voor logopedisten en andere zorgverleners.

S'agissant de l'accès direct au compteur MAF personnel, une récente modification de la réglementation prévoit une amélioration de l'information aux patients. Les organismes assureurs devront informer les bénéficiaires de la catégorie de revenus dont relève leur ménage, quelle que soit cette catégorie. Une amélioration plus globale de l'information de l'assureur est absolument souhaitable, mais les applications sont assez com-

Het elektronisch factureren heeft ook een positief effect op een snellere werking van zowel de comptabilisatie als de feitelijke uitbetaling van de MAF.

Dat zijn contextelementen die moeten toelaten dat de werkgroep Verzekerbaarheid, in casu de verzekeringsinstellingen, een actieplan opmaakt om de MAF sneller te activeren en sneller uit te betalen. Ik hecht daar ook veel belang aan. Ik deel de opmerkingen van leden van de commissie dat wij ervoor moeten zorgen dat de MAF maximaal performant is en voldoende snel wordt geactiveerd.

De vraag werd gesteld of patiënten direct toegang tot hun persoonlijke MAF-teller kunnen hebben om op elk moment zicht op hun situatie te krijgen. Een recente wijziging van de regelgeving voorziet in een verbetering van de patiënteninformatie. Verzekeringsinstellingen zullen de rechthebbenden moeten informeren over de inkomens-categorie waartoe hun gezin behoort, ongeacht deze categorie. Tot nu toe was dit beperkt tot de twee laagste categorieën, maar een meer globale verbetering van de informatievoorziening van de verzekerende is absoluut wenselijk. Ik zal dit ook met de verzekeringsinstellingen bespreken, natuurlijk altijd rekening houdend met het feit dat de applicaties behoorlijk complex zijn. Ik deel die bezorgdheid en denk dat er meer vooruitgang nodig is dan de vooruitgang die we nu met de recente wijzigingen in de regelgeving kunnen bereiken.

Mevrouw Fonck, ik denk dat u een nog breder debat opent met uw vraag over wat er in de MAF-teller moet zitten. Daar wil ik niet op vooruitlopen.

U weet dat het Parlement het mogelijk heeft gemaakt dat wij in de MAF-teller ook andere elementen opnemen. Dat is in een van onze wetgevingen diverse bepalingen aanvaard. Op de concretisering daarvan en de omzetting in beleid durf ik nu echter niet vooruit te lopen. Dat is zeker ook een agendapunt, maar ik durf op dit moment nog geen concrete beslissingen voor te stellen over het verbreden van de MAF-teller.

Mijnheer de voorzitter, dat was mijn antwoord op de gestelde vragen.

plexes. Je discuterai des progrès souhaités avec les organismes assureurs.

Les éléments à intégrer dans le compteur MAF font partie d'un débat plus vaste, que je ne souhaite pas anticiper.

02.05 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

J'entends que la réaction de l'Observatoire découle de la première réaction intervenue, il y a quelques années, à l'occasion de laquelle il avait déjà émis un avis. À l'époque, les organismes assureurs avaient indiqué qu'ils ne pouvaient pas identifier clairement les pistes en vue d'activer plus rapidement le maximum à facturer.

J'espère que des mesures concrètes sont aujourd'hui sur la table. Je suis en tout cas content d'apprendre que les réflexions vont reprendre. Je ne manquerai pas de revenir vers vous afin de savoir si des pistes ont été trouvées pour accélérer la procédure.

02.05 **Patrick Prévot** (PS): Enkele jaren geleden had het Observatorium voor de chronische ziekten een advies uitgebracht en de verzekeringsinstellingen hadden aangegeven dat ze de MAF niet sneller konden factureren. Ik hoop dat er nu denksporen op tafel liggen om de procedure te versnellen.

02.06 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik ga met u akkoord dat sneller werk moet worden gemaakt van het korter maken van de termijn voor activering van de MAF. Er zijn inderdaad dringend

02.06 **Dominiek Sneppe** (VB): Il n'est pas rare que les personnes atteintes de maladies chroniques

meer daden nodig dan woorden, adviezen en wat nog allemaal.

Wij weten allemaal dat chronisch zieken vaak geen inkomen hebben uit werk. Zij hebben meestal ook weinig spaargeld en het weinige spaargeld dat zij hebben, wordt meestal aan medische kosten gespendeerd. Daardoor worden sommigen gedwongen een overbruggingskrediet aan te gaan. Sommigen worden voor de rechter gesleept wegens wanbetalingen. Een vroegtijdige activering van de MAF kan voor hen dus zeker het verschil maken.

Wat mij tegen de borst stoot, is dat de vraag van het Observatorium al ouder is dan augustus 2022. Het heeft dat al vroeger gevraagd. Het stoot mij tegen de borst dat het dossier in kwestie blijft aanmodderen.

Het is zeker in de huidige tijden prangend om daaraan iets te doen, aangezien steeds meer mensen in financieel slechte papieren raken, onder andere door hoge energiefacturen en de dalende koopkracht. Als dan bijkomende medische zorgen moeten worden toegediend en dat geld ook nog eens moet worden voorgeschoten, lijkt het mij niet onwaarschijnlijk dat de betrokkenen kopje-onder gaan.

ne perçoivent pas de revenus professionnels et, la plupart du temps, elles disposent de peu d'épargne. Certaines sont dès lors contraintes de souscrire un crédit pont et d'autres sont même poursuivies en justice en tant que mauvais payeurs. Pour ces personnes, une activation précoce du MAF peut faire toute la différence. L'Observatoire des maladies chroniques la réclame depuis longtemps, mais dans ce dossier, les pouvoirs publics continuent de naviguer à vue.

02.07 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, même si la situation reste assez nébuleuse. On verra ce que vous ferez des recommandations de l'Observatoire.

Le débat n'est pas récent. Vous dites que j'élargis le débat alors que ce n'est pas le cas. Les points sur lesquels je reviens constituent le cœur du débat. Je pense ici à l'accessibilité financière et à la problématique du maximum à facturer. Ce sont en effet ces aspects-là qui sont les plus interpellants et les plus difficiles à accepter pour les patients.

Le Parlement peut prendre de nombreuses initiatives. Les choses iraient d'ailleurs peut-être mieux si vous et le gouvernement ne donniez pas l'ordre aux députés de la majorité de ne soutenir aucune proposition des partis de l'opposition. Ainsi, si je déposais un texte traitant de ce sujet, il serait balayé d'un revers de main.

Je continuerai à vous mettre la pression, comme je l'ai d'ailleurs fait avec Mme De Block. Au-delà des aspects administratifs (l'accès de chacun à sa situation, la digitalisation, des délais qui font perdre du temps et qui dépassent parfois largement deux ans) et techniques (il y a différents types de MAF), il faut absolument faciliter l'accessibilité et élargir ce qui peut être pris en compte. Aujourd'hui, trop de choses ne le sont pas et il y a des situations extrêmement difficiles, en particulier pour les personnes qui souffrent d'une maladie chronique.

02.07 **Catherine Fonck** (Les Engagés): We zullen zien wat u met de aanbevelingen van het Observatorium voor de chronische ziekten zult doen. Ik trek het debat niet open. Ik wijs op bepaalde fundamentele punten, zoals de financiële toegankelijkheid en de maximumfactuur.

Het Parlement kan initiatieven nemen, maar aangezien de regering de meerderheid opdraagt om geen enkel voorstel van de oppositie te steunen, zou een tekst die ik over dat onderwerp zou voorleggen, verworpen worden. Ik zal dus druk blijven uitoefenen. Naast de administratieve en technische aspecten moet men de toegankelijkheid verbeteren en de criteria waarmee er rekening gehouden wordt, uitbreiden om in te spelen op de moeilijke situaties waaraan de chronisch zieken het hoofd moeten bieden.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

03 Question de Patrick Prévot à Eva De Bleeker (Budget et Protection des consommateurs) sur "La présence de substances nocives dans les fournitures scolaires" (55029951C)
03 Vraag van Patrick Prévot aan Eva De Bleeker (Begroting en Consumentenbescherming) over "De aanwezigheid van schadelijke stoffen in schoolbenodigdheden" (55029951C)

03.01 **Patrick Prévot** (PS): *Madame la Secrétaire d'État, l'association française de protection des consommateurs UFC-Que*

03.01 **Patrick Prévot** (PS): *Van de 36 door de Franse*

Choisir a réalisé un test comparatif sur la présence de composés nocifs dans les fournitures scolaires. Ces produits sont également vendus en Belgique, c'est pourquoi les résultats doivent nous interpeller.

En effet, sur 36 produits testés, 40% d'entre eux étaient constitués d'allergènes, de perturbateurs endocriniens et de substances classées cancérogènes probables. Nous parlons par exemple des stylos-billes de la marque BIC que l'on retrouve dans le plumier des milliers d'élèves qui ont récemment retrouvé les bancs d'école dans notre pays.

En réponse à ce test, la direction de la marque BIC a assuré que ses produits étaient sans danger et que les feutres étaient tous testés dans des laboratoires indépendants agréés pour valider leur sécurité et leur conformité en tenant compte des exigences réglementaires.

Pour UFC-Que Choisir, le problème se situe justement dans une réglementation européenne trop laxiste en la matière. Les exigences seraient moins strictes pour les fournitures scolaires que pour les jouets pour enfants alors qu'il s'agit du même public-cible et que rien ne pourrait justifier une telle différence. Enfin, les industries qui produisent les fournitures scolaires n'auraient aucune obligation de lister les allergènes qu'elles contiennent sur leur emballage.

Madame la Secrétaire d'État,

•Confirmez-vous des exigences réglementaires européennes plus strictes pour les jouets pour enfants que pour les fournitures scolaires? Si tel est le cas, comment cette différence se justifie-t-elle et va-t-elle perdurer?

•Des discussions sont-elles engagées avec les partenaires européens pour renforcer le niveau d'exigence réglementaire des fournitures scolaires, notamment en listant les substances dangereuses sur leur emballage?

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Prévot, vous me demandez si je confirme des exigences réglementaires européennes plus strictes pour les jouets pour enfants que pour les fournitures scolaires.

La législation européenne sur les jouets (directive 2009/48) transposée en Belgique par des arrêtés de la compétence de mon collègue le ministre de l'Économie est applicable à certaines fournitures scolaires comme les feutres et crayons de couleur.

Pour les autres fournitures scolaires, des dispositions horizontales sont prévues pour garantir leur sécurité pour tous les utilisateurs. Il s'agit des réglementations européennes suivantes:

- La directive 2001/95 sur la sécurité générale des produits, transposée dans le Code de droit économique qui impose une évaluation des risques et la mise sur le marché de produits sûrs.

- Le règlement 1907/2006 REACH sur les substances chimiques qui prévoit des dispositions particulières pour les substances préoccupantes dans des produits consommateurs. Les substances cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques classées en catégories

consumentenorganisatie UFC-Que Choisir geteste schoolbenodigdheden bevatte 40 % allergenen, hormoonontregelaars en mogelijk kankerverwekkende stoffen, waaronder de balpennen van het merk BIC. Volgens BIC voldoen zijn producten aan de voorschriften nadat ze in onafhankelijke laboratoria getest werden.

Volgens de consumentenorganisatie stelt de Europese regelgeving minder eisen aan schoolbenodigdheden dan aan speelgoed, terwijl de doelgroep nochtans dezelfde is. Ten slotte zou er geen verplichting zijn om allergenen te vermelden op de verpakking van schoolbenodigdheden.

Kunt u bevestigen dat er voor speelgoed strengere regels gelden dan voor schoolbenodigdheden? Zo ja, hoe valt dat te rechtvaardigen en zal dat zo blijven?

Wordt er met de Europese partners onderhandeld over strengere eisen voor schoolbenodigdheden en de vermelding van gevaarlijke stoffen op de verpakking ervan?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De Europese richtlijn 2009/48 betreffende de veiligheid van speelgoed, dat via besluiten van de minister van Economie in Belgisch recht omgezet werd, is van toepassing op viltstiften en kleurpotloden.

De andere schoolbenodigdheden voldoen aan de bepalingen om de veiligheid van alle gebruikers te garanderen. Het gaat meer bepaald over richtlijn 2001/95 inzake algemene productveiligheid, die in het Economisch Wetboek omgezet werd; verordening 1907/2006 REACH, die maatregelen bevat voor risicovolle stoffen en waarbij carcinogene, mutagene en reproductietoxische stoffen van de

1A ou 1B sont interdites en tant que substances et dans les mélanges pour la mise sur le marché au consommateur.

- Le règlement 1272/2008 relatif à la classification, l'étiquetage et l'emballage des substances et mélanges qui prévoit l'étiquetage des dangers pour les mélanges comme les encres et les colles. Les stylos et autres objets destinés à l'écriture sont considérés comme des combinaisons d'articles et de mélanges. Ils doivent donc être étiquetés et emballés selon leur classe de danger.

Les classes de danger des mélanges sont basées sur la nature et la concentration de leurs composants.

Les informations publiées dans l'article de UFC-Que choisir sont formulées en termes très généraux et manquent de précision quant à la teneur et l'identité de certaines substances. Mes services au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement sont en contact avec leurs homologues français pour rassembler plus d'informations.

Votre deuxième question était de savoir si des discussions sont engagées avec les partenaires européens. Dans le cadre de la stratégie européenne sur les produits chimiques durables, la révision des règlements REACH et CLP est en cours. Une proposition visant à introduire une nouvelle classe de danger pour les perturbateurs endocriniens dans le règlement CLP est sur la table.

En outre, dans le cadre de la révision de REACH, il est prévu d'élargir l'interdiction par défaut dans les produits consommateurs des produits chimiques tombant dans des classes de danger supplémentaires, dont les perturbateurs endocriniens. L'interdiction pourrait aussi porter non seulement sur les substances et les mélanges mais également sur les articles.

La Belgique soutiendra fortement cette approche générique élargie de la gestion des risques. Mon collègue, le ministre de l'Économie, en charge de la directive sur la sécurité générale des produits, pourra vous préciser quelles sont les évolutions européennes en cours dans le cadre de cette directive pour les produits pour enfants qui ne sont pas visés par la législation sur les jouets.

categorieën 1A en 1B verboden worden; en richtlijn 1272/2008, die voorziet in de etikettering van de gevaren voor mengsels, zoals inkt en lijm.

Balpennen en schrijfgerei moeten dus volgens hun gevarenklasse geëtiketteerd en verpakt worden.

De gevarenklassen van mengsels zijn gebaseerd op de aard en de concentratie van de bestanddelen ervan.

Het artikel van de Franse consumentenorganisatie UFC-Que Choisir is onnauwkeurig. De FOD Volksgezondheid staat in contact met zijn Franse tegenhanger om bijkomende inlichtingen in te winnen.

In het kader van de herziening van de REACH- en de CLP-verordening wordt voorgesteld om een gevarenklasse voor hormoonverstoorders in de CLP-verordening op te nemen.

In het kader van de herziening van de REACH-verordening wordt voorzien in een standaardverbod op chemische producten die onder bijkomende gevarenklassen vallen, waaronder hormoonverstoorders en de producten die deze stoffen bevatten.

Ons land zal die uitgebreide risicobenadering steunen. De minister van Economie zal toelichten welke evoluties er op Europees niveau aan de gang zijn wat de producten voor kinderen betreft.

03.03 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. J'en retiens la dernière partie, notamment le fait qu'une proposition visant à corriger le tir est sur la table afin de tenter de relever le niveau d'exigence et que la Belgique soutiendra cette approche plus volontariste. C'est un élément encourageant.

03.03 **Patrick Prévot** (PS): Ik neem er nota van dat er een voorstel is om de vereisten aan te scherpen en dat België die aanpak zal steunen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

04 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les recommandations du Forum Belge du Diabète" (55029966C)
04 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over

"De aanbevelingen van het Belgisch Diabetes Forum" (55029966C)

04.01 **Patrick Prévot** (PS): *Monsieur le Ministre, le 3 septembre dernier, pour la première fois, les représentants francophones et néerlandophones de la communauté belge du diabète se sont retrouvés lors d'un forum afin de dresser un état des lieux de la pathologie. Soignants et patients tirent trois principaux constats.*

Premièrement, dans notre pays, il n'existe pas de véritable registre national dans lequel seraient enregistré l'ensemble des personnes diabétiques, comme ça peut être le cas au Canada ou dans les pays nordiques. Le nombre de malades varie entre 500 000 et 600 000, sur base de la prescription de médicaments et de sources académiques en grande partie issues de la Fédération internationale du diabète.

Deuxièmement, depuis près de dix ans, il existe des pompes à insuline connectées à des capteurs qui gèrent elles-mêmes la glycémie et vont injecter la quantité d'insuline nécessaire via une intelligence artificielle. Ce traitement est remboursé par l'INAMI pour les patients de type 1 et non pour les patients de type 2 comme dans la quasi-totalité des autres pays européens.

Enfin, il y aurait encore beaucoup trop de Belges à risque qui ne sont pas dépistés. Les représentants des deux communautés linguistiques du pays appellent à un dépistage systématique, notamment des publics à risque comme les personnes âgées et les personnes en surpoids ou obèses.

Monsieur le Ministre,
Un registre national recensant les personnes diabétiques dans notre pays pourrait-il être créé? Quels sont les blocages à sa création?
À la différence des autres pays européens, pour quelles raisons les patients de type 2 sont aujourd'hui encore écartés du remboursement par l'INAMI des pompes à insuline connectées? Une extension est-elle à l'ordre du jour?
Un dépistage systématique des personnes à risque est-il envisageable? Comment l'envisager? Les pharmaciens pourraient-il prendre l'initiative de proposer un test à la clientèle qui répond à certains profils?

04.01 **Patrick Prévot** (PS): *Op 3 september hebben vertegenwoordigers van de Belgische diabetesgemeenschap tijdens een forum een stand van zaken met betrekking tot de ziekte opgemaakt. Ze hebben drie conclusies getrokken.*

Vooreerst is er geen nationaal register waarin alle diabetici opgenomen zijn, zoals dat in Canada of de noordse landen bestaat. Op basis van voorschriften en academische bronnen, deels afkomstig van de Internationale Diabetesfederatie, telt België 500.000 à 600.000 diabetespatiënten.

Voorts worden geconnecteerde insulinepompen al bijna tien jaar door het RIZIV terugbetaald aan patiënten met diabetes type 1 maar niet aan patiënten met diabetes type 2, in tegenstelling tot in bijna alle andere Europese landen.

Ten slotte pleiten de vertegenwoordigers van beide gemeenschappen voor systematische screening, met name van risicogroepen zoals ouderen en mensen met overgewicht of obesitas.

Zou er een nationaal register van diabetici aangelegd kunnen worden? Wat zijn de hinderpalen? Waarom krijgen, in tegenstelling tot in andere Europese landen, patiënten met diabetes type 2 geen terugbetaling van het RIZIV voor geconnecteerde insulinepompen? Is er een uitbreiding gepland? Wordt er een systematische screening van risicopersonen overwogen? Zo ja, hoe? Zouden apothekers een test kunnen aanbieden aan klanten met bepaalde profielen?

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Cher collègue,

1. En ce qui concerne l'établissement d'un registre des patients

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De haalbaarheid en het nut van een register van

diabétiques, un tel registre n'existe effectivement pas à l'heure actuelle. Toutefois, la faisabilité et l'utilité d'un tel registre pourraient être examinées dans le contexte global des registres qui concernent potentiellement toutes sortes de maladies. Il y a lieu de tenir compte, lors de cet examen, de la balance entre les avantages d'un registre et ses inconvénients. Parmi ceux-ci, je citerai notamment le coût de la mise en place et de la gestion d'un tel registre ainsi que la charge administrative que cela représente pour les différents prestataires de soins impliqués, charge qui risque de limiter leur disponibilité à compléter le registre et donc à en faire un outil complet et fiable.

Une autre façon d'estimer le nombre de patients diabétiques est de se baser sur la consommation de médicaments antidiabétiques, les codes ATC A10 en officines publiques, ce qu'on peut faire sur la base des données Pharmanet pour en déduire le nombre de patients à qui un ou plusieurs médicaments antidiabétiques ont été délivrés. Cet exercice permet d'obtenir les chiffres suivants: pour tout le pays, les patients recevant un traitement antidiabétique étaient au nombre de 690 021 en 2018, de 713 471 en 2019 et de 727 032 en 2020. Je peux aussi vous donner la répartition sur la base des Régions si vous le voulez. J'ai le tableau ici.

Par ailleurs, dans le cadre du trajet de soins et des conventions "diabète" que l'INAMI a conclues avec la plupart des hôpitaux, différents enregistrements de données ont déjà été organisés. Ainsi, le contrôle de la qualité est opéré depuis de nombreuses années sur la base de données des patients que Sciensano récolte auprès des hôpitaux concernés. Ces données sur les patients ne constituent pas un véritable registre. Elles sont basées sur des échantillons de patients suivis dans le cadre des conventions. Il existe donc déjà une très vaste collection de données sur les patients diabétiques dans notre pays. La mise en place d'un registre séparé aurait des avantages mais causerait aussi une charge administrative qu'il ne faut pas sous-estimer. Je ferai donc cette évaluation avec les administrations concernées.

2. En ce qui concerne l'accès des patients atteints de diabète de type 2 aux pompes à insuline, il est exact que ces patients ne font pas partie du groupe cible des bénéficiaires de la convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable. C'est ladite convention INAMI "pompe à insuline". Ce groupe cible a été défini à l'origine par des représentants des diabétologues. Il n'a pas été modifié depuis 15 ans. Il n'a pas non plus fait l'objet d'une demande d'adaptation de la part des représentants des diabétologues, y compris lors de la dernière révision de la convention INAMI "pompe à insuline" qui a eu lieu en 2020. En conséquence, une extension du groupe cible des bénéficiaires de la convention INAMi "pompe à insuline" aux patients diabétiques de type 2 n'est actuellement pas à l'ordre du jour.

Par ailleurs, dans le premier livre blanc édité par le Forum belge du diabète en 2020, il n'est fait aucune mention d'une proposition éventuelle d'élargir le groupe cible de cette convention aux patients diabétiques de type2.

Dans le cas où cette extension viendrait à être plébiscitée, elle devrait d'abord faire l'objet d'une évaluation par les services compétents de l'administration avant d'être éventuellement mise en œuvre.

diabetici zouden onderzocht kunnen worden. Men zal een afweging moeten maken tussen de voor- en de nadelen. Nadelen zijn onder meer: het kostenplaatje van de invoering van zo een register en het administratieve beheer ervan, en de administratieve rompslomp voor de zorgverleners, waardoor het risico bestaat dat ze niet alle gegevens in dat register zouden invoeren en het daardoor geen betrouwbaar instrument zou worden.

Een andere manier om het aantal patiënten in kaart te brengen, is het antidiabeticagebruik, waarvoor men zich kan baseren op de Farmanet-gegevens. Aldus kunnen de volgende cijfers verkregen worden: in 2018 waren er in alle regio's tezamen 690.021 patiënten; in 2019 waren dat er 713.471 en in 2020 727.032.

Voorts wordt er in het kader van het zorgtraject en de overeenkomsten met de ziekenhuizen werk gemaakt van gegevensverzamelingen. De kwaliteitscontrole wordt uitgevoerd aan de hand van de gegevens die Sciensano bij de ziekenhuizen verzamelt. Er bestaat dus een enorme verzameling gegevens over diabetici. De invoering van een apart register zou voordelen hebben, maar zou ook een aanzienlijke administratieve last vormen. Ik zal een en ander daarom samen met de administraties evalueren.

Type 2-diabetespatiënten behoren niet tot de doelgroep van de begunstigen van de overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes mellituspatiënten, de zogenaamde insulinepompovereenkomst. Die doelgroep is al vijftien jaar onveranderd, en de diabetologen hebben ook geen aanpassing gevraagd. Een uitbreiding van de overeenkomst is dus niet aan de orde. In het Witboek van het Belgisch Diabetesforum van 2020 wordt er evenmin verwezen naar

3. Depuis le 1er mai 2018, on connaît déjà l'éducation au diabète, qui peut être donnée par le pharmacien, sur prescription médicale, à des patients qui, entre autres, sont âgés de 15 à 69 ans avec un risque cardiovasculaire élevé marqué par une obésité à IMC plus large que 30 ou une hypertension artérielle. C'est un groupe auquel les pharmaciens peuvent, sur prescription médicale, donner une éducation. Le pharmacien peut suivre certains sous-groupes de patients avec un diabète de type 2 afin de vérifier l'observance thérapeutique de ces derniers. Nous continuons à améliorer et, lorsque c'est possible, à étendre ces trajets de soins qui s'adressent aux diabétiques.

Par exemple, il existe un consensus au sein du groupe de travail de l'INAMI pour transformer le pré-trajet de soins diabète actuel, sur lequel pas mal de critiques sont formulées, en un trajet de démarrage diabète qui sera applicable à tous les patients atteints de diabète de type 2.

À vrai dire, c'est l'initiative la plus imminente en ce qui concerne la trajectoire de soins. Il s'agit donc de l'examen des défauts que présente le pré-trajet actuel et par conséquent de la redéfinition et de la reformulation de ce trajet en un trajet de démarrage.

Enfin, dans le cadre d'une approche multidisciplinaire intégrée, le pharmacien d'officine pourrait avoir un rôle quant à l'identification et l'orientation du patient de manière plus précoce vers une prise en charge adaptée pour prévenir l'apparition d'un diabète, sensibiliser le patient à adopter un style de vie plus sain, diminuer la prévalence du diabète ou une prise en charge tardive plus coûteuse et plus lourde pour le patient, augmenter la qualité de vie et ainsi contribuer à diminuer la mortalité due au diabète.

een voorstel in die zin.

Sinds 2018 mag de apotheker aan diabeteseducatie doen op doktersvoorschrift voor patiënten van 15 tot 69 jaar met een verhoogd cardiovasculair risico-profiel en een zekere graad van obesitas. De apotheker kan bepaalde patiëntengroepen verder opvolgen om de therapietrouw te verifiëren.

Wij trachten de zorgtrajecten voor diabetici te verbeteren en uit te breiden.

Er bestaat een consensus om het voortraject voor patiënten met diabetesrisico om te vormen tot een opstarttraject dat op alle patiënten met diabetes type 2 kan toegepast worden.

De officina-apotheker zou een rol kunnen spelen bij het identificeren en sneller doorverwijzen van de patiënt naar passende zorg, het voorkomen van het ontstaan van diabetes, het aanmoedigen van de patiënt om een gezondere levensstijl aan te nemen en het verminderen van de prevalentie van diabetes en van het opstarten van een laattijdige, duurdere en zwaardere behandeling.

04.03 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir repris scrupuleusement toutes les questions et d'y avoir apporté une réponse. De celles-ci, j'entends que, par rapport à l'accès des patients atteints de diabète de type 2 qui sont actuellement écartés du remboursement par l'INAMI du traitement via une pompe à insuline connectée, il n'y a pas eu de demande formulée - c'est le cas depuis plus de 15 ans maintenant - et qu'aucune demande formelle n'est arrivée. Ce n'était pas à l'ordre du jour du dernier Livre blanc non plus. Effectivement, s'il y a une vraie demande en ce sens, il faudra qu'elle soit clairement formulée puisque, aujourd'hui, j'entends que ce n'est pas le cas.

04.03 **Patrick Prévot** (PS): Ik begrijp dat er geen formeel verzoek werd ingediend om de 'insulinepompconventie' uit te breiden tot patiënten met diabetes type 2. Ik dank u voor uw gedetailleerde antwoord.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

05 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Pesticiden en arseen in lichamen van kinderen" (55030082C)
05 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence de pesticides et d'arsenic dans le métabolisme d'enfants" (55030082C)

05.01 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, uit

05.01 **Barbara Creemers** (Ecolo-

het onderzoek van het VITO blijkt dat kinderen uit Mol, Retie en Dessel meer pesticiden in hun lichaam hebben dan het Europese gemiddelde, wat de onderzoekers doet concluderen dat de overheid dringend werk moet maken van een strenger pesticidebeleid. Des te onrustwekkender is het feit dat er sprake is van een cocktail van producten als arseen, pyretroïden en glyfosaat, waarvoor de onderzoekers verwijzen naar de richtnorm voor elke stof apart.

De onderzoekers van VITO en Bond Beter Leefmilieu roepen terecht op tot een strenger beleid en strengere normen. Een week nadat ik mijn vraag had ingediend, sloot Kom op tegen Kanker zich bij die oproep aan. KotK riep vooral op om glyfosaat sneller uit te faseren.

Wat is uw reactie op het onderzoek?

Hoe werkt u samen met de andere bevoegde ministers om de impact van pesticiden op onze gezondheid terug te dringen?

De resultaten tonen dat een strenger beleid, over de bevoegdheden van alle ministers heen, nodig is en dat we strengere normwaarden nodig hebben. Wat zult u ondernemen?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Creemers, het VITO-rapport meldt inderdaad dat kinderen uit Mol, Retie en Dessel meer pesticiden in hun lichaam hebben dan in onderzoeken in vijf andere landen. We moeten wel voorzichtig zijn bij de interpretatie van die data. Er wordt namelijk geen waarde gegeven voor een Europees gemiddelde. Noch voor glyfosaat, noch voor de gemeenschappelijke metaboliet 3-PBA van een aantal pyretroïden kan uit de cijfers van het rapport van het VITO besloten worden dat de licht verhoogde gehaltes bij de kinderen uit de drie betrokken gemeenten statistisch beduidend verschillend zouden zijn van de gegevens uit de andere landen.

Bij 51 % van de zevenjarigen wordt de allerstrengste toetsingswaarde voor de pyretroïde-biomarker 3-PBA overschreden. Echter, de minder strenge toetsingswaarde en de toetsingswaarden voor de andere bestrijdingsmiddelen worden voor niemand overschreden.

Belangrijk om te duiden is dat de 'strenge' toetsingswaarde – ik plaats dat tussen aanhalingstekens, omdat het geen beoordeling inhoudt, maar gewoon duidt hoe de waarde zich statistisch verhoudt tot andere – wordt gebaseerd op de veronderstelling dat de meest toxische pyretroïde verantwoordelijk zou zijn voor de vorming van alle 3-PBA, terwijl de tweede waarde het meest realistische scenario voorstelt volgens experts. Daarbij wordt de gemiddelde toxiciteit van alle pyretroïden in rekening gebracht als surrogaat voor de afbraakstof 3-PBA. Bovendien houdt geen enkele toetsingswaarde rekening met de werkelijke toxiciteit van 3-PBA.

De problematiek van geaggregeerde blootstelling aan verschillende stoffen via diverse opnamewegen is al langer bekend. Voor gewas-beschermingsmiddelen waaraan de bevolking is blootgesteld via het voedsel, is sinds kort bij de EFSA een aantal studies uitgevoerd aan de hand van gemeten restwaarden van gewasbeschermingsmiddelen die via de voeding worden opgenomen. Er werd aangetoond dat het cumulatief effect op de werking van zowel de schildklier als het zenuwstelsel aanvaardbaar was. Met andere woorden, het consumentenrisico als gevolg van cumulatieve blootstelling via de

Groen): Une enquête réalisée par la Vlaamse Instelling voor Technologisch Onderzoek (VITO) a révélé que des enfants de Mol, Retie et Dessel avaient davantage de pesticides dans leur corps que la moyenne européenne. À la suite de cette révélation, VITO, Bond Beter Leefmilieu et Kom op tegen Kanker ont milité en faveur de normes et d'une politique plus sévères en la matière. Kom op tegen Kanker insiste surtout pour qu'un plan de suppression progressive du glyphosate soit rapidement mis en place. Comment le ministre se concerte-t-il avec ses collègues du gouvernement pour réduire les effets des pesticides sur notre santé?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il faut être prudent lorsqu'on utilise les données du rapport publié par VITO étant donné qu'aucune valeur moyenne européenne n'y est précisée. Il ne peut donc être conclu que les résultats seraient significativement différents sur le plan statistique.

La valeur de référence la plus sévère pour le biomarqueur des pyréthroïdes, le 3-PBA, était dépassée pour 51 % des enfants de 7 ans. La valeur de référence moins sévère et les valeurs de référence pour les autres pesticides n'ont cependant pas été dépassées. La valeur la plus sévère repose sur la supposition que le pyréthroïde le plus toxique serait responsable de la formation de tous les 3-PBA. Selon des experts, la deuxième valeur est la plus réaliste étant donné qu'elle tient compte d'une toxicité moyenne. Aucune valeur de référence ne prend en considération la toxicité réelle.

Une étude réalisée par l'EFSA a récemment montré que pour les consommateurs, le risque d'une exposition cumulée à diverses substances par l'alimentation se situait en deçà du seuil à partir

voeding ligt onder de drempel die leidt tot regelgevende maatregelen zoals overeengekomen in de Europese Unie.

Uit de resultaten trekken de betrokken onderzoekers de conclusie – ik citeer – "dat de overheid dringend moet werken aan een strenger pesticidebeleid", maar er wordt niet nader ingegaan op de manier waarop dat zou moeten gebeuren. Wij werken op dit moment aan een nieuw federaal reductieplan rond pesticiden, dat later dit jaar zal worden gevalideerd. Ik doe dat natuurlijk samen met mijn bevoegde collega's Clarinval, Khattabi en Dermagne en met de gefedereerde entiteiten wat hun bevoegdheden betreft.

duquel des mesures réglementaires sont prises dans l'Union européenne.

Les chercheurs de VITO ont conclu qu'il était urgent que les autorités mettent en place une politique plus sévère en matière de pesticides, sans toutefois préciser les modalités de telles initiatives.

Je suis occupé à élaborer un nouveau plan fédéral de réduction des pesticides, en concertation avec les collègues fédéraux compétents et avec les entités fédérées. Ce plan sera validé avant la fin de l'année.

05.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het is terecht dat wij de strengste norm nemen. Wat pyretroïden betreft, overschrijdt 51 % van de zevenjarigen de strengste norm. Ik vind dat verschrikkelijk onrustwekkend. Het gaat om kinderen die maar de helft wegen van een volwassen persoon, dus het is nogal wiedes dat wij de strengste norm heel serieus nemen.

U verwijst terecht naar de studie bij de EFSA over residuen van pesticiden in voedsel, maar hier gaat het over de drift wanneer er pesticiden worden gespoten. Net daarom vragen de onderzoekers bufferzones. Dat is een Vlaamse materie en u kunt daar niets aan doen. Het gaat hier niet om residuen in het voedsel van de betrokken kinderen. Het gaat hier om wat zij binnenkrijgen omdat zij wonen in de buurt van een plek waar glyfosaat wordt gespoten.

Het is logisch dat de onderzoekers van VITO niet aangeven hoe dat strenger pesticidebeleid eruit moet zien – daarvoor zijn niet zij, maar is de politiek bevoegd – maar zij geven wel een vette knipoog aan de beleidsmakers dat de tijd van driftbeperkende maatregelen, zoals spuitreducerende doppen, waarnaar in het NAPAN wordt verwezen, lang voorbij is.

Ze waarschuwen dat het vijf over twaalf is en dat we veel strenger moeten zijn. Het komt erop neer dat het NAPAN volgens hen ontoereikend is en dat alles veel strenger en sneller moet.

Ik had gehoopt dat u daarvoor vanuit volksgezondheidsperspectief iets gevoeliger zou zijn dan wat het geval is vanuit het landbouwperspectief.

05.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Pour les enfants ayant un poids limité, il est assez évident d'appliquer la valeur de vérification la plus stricte. L'étude du VITO ne porte pas sur les résidus de pesticides dans l'alimentation, mais sur les pesticides répandus à proximité des habitations. Selon les chercheurs, les mesures appropriées de réduction des risques issues du NAPAN ne suffisent plus et il est urgent de durcir considérablement la politique. J'avais espéré que le ministre y serait plus sensible du point de vue de la santé publique.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55030130C de M. Rigot est transformée en question écrite.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

06 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De volledige terugbetaling van sondevoeding" (55030152C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van sondevoeding" (55030229C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van sondevoeding" (55031456C)
06 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement intégral de l'alimentation par sonde" (55030152C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de l'alimentation par sonde" (55030229C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de l'alimentation par sonde entérale" (55031456C)

06.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, in 2019 publiceerde het KCE een rapport waaruit bleek dat er een financiële drempel is voor sondevoeding aan huis. Sondevoeding aan huis kost tussen de 11 en 18 euro per patiënt, terwijl dat bij een hospitalisatie wordt meegerekend in de dagverblijfkosten. Er is hier dus duidelijk sprake van een financiële ongelijkheid. Ik heb u daar een aantal maanden geleden al een vraag over gesteld. U hebt mij toen geantwoord dat het de bedoeling was dat de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen zich over deze problematiek zou buigen. We zijn nu een eindje verder. Die commissie is intussen samengesteld en in gang geschoten.

Heeft de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen zich intussen over deze problematiek kunnen buigen? De Commissie zou een RIZIV-budgetstijging van 14 miljoen euro betrachten om ervoor te zorgen dat de patiënten thuis ook een terugbetaling kunnen krijgen van die sondevoeding.

Wat zult u zelf ondernemen om die financiële ongelijkheid weg te werken en ervoor te zorgen dat de patiënten die thuis sondevoeding nodig hebben, geen financiële ongelijkheid ondervinden ten opzichte van de patiënten in daghospitalisatie?

06.01 **Nawal Farih** (cd&v): Un rapport du KCE fait état d'une entrave financière à l'alimentation par sonde à domicile. Son coût varie entre 11 et 18 euros par patient, alors qu'en cas d'hospitalisation, il est inclus dans les frais journaliers.

La Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques (CRPPP) s'est-elle déjà penchée sur cette inégalité financière? Que compte faire le ministre pour la supprimer?

06.02 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, voeding is een basisrecht, maar sommige mensen hebben alleen de optie van sondevoeding. Recent kwam in de pers het verhaal van Luna. De kosten voor haar voeding zijn bijzonder hoog. De ouders spreken over 600 tot 850 euro per maand, waarvan slechts 175 euro wordt terugbetaald door het ziekenfonds, zoals wettelijk bepaald.

Mijnheer de minister, wat is uw reactie op deze problematiek? Ziet u mogelijkheden om aanpassingen te doen op het vlak van de terugbetaling van sondevoeding?

06.02 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Le coût d'une alimentation par sonde peut atteindre des montants très élevés, selon le témoignage de parents qui paient 600 à 850 euros par mois pour leur fille et ne reçoivent qu'un remboursement de 175 euros de la mutualité. Est-il possible, selon le ministre, d'adapter ce montant?

06.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, sondevoeding kan een zeer zware financiële domper zijn voor gezinnen, zeker voor mensen die reeds hoge medische kosten en een lager inkomen hebben. Het is een moeilijke zaak. Het RIZIV is inderdaad het bevoegde orgaan om te bekijken of in een terugbetaling kan worden voorzien. In Nederland wordt eigenlijk nagenoeg alles op het vlak van sondevoeding terugbetaald.

Hoever staat u met de eventuele plannen om sondevoeding ook in

06.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): L'alimentation par sonde peut représenter une véritable ruine pour certaines familles.

Où en est le ministre dans ses éventuels projets visant à améliorer l'accessibilité de l'alimentation par sonde dans

ons land toegankelijker te maken voor gezinnen die geconfronteerd worden met deze zware problematiek?

Overweegt u om sondevoeding op te nemen in de maximumfactuur?

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de commissie?

06.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, het is absoluut juist dat de kosten voor het gebruik en de toediening van enterale voeding een grote impact hebben op het leven van patiënten en hun familie. De huidige terugbetalingsregels zijn inderdaad ingewikkeld en zorgen voor ongelijkheid.

Het rapport 'Organisatie en terugbetaling van enterale en parenterale voeding in en buiten het ziekenhuis' van het KCE, opgesteld in 2019, brengt de situatie goed in beeld en schuift interessante pistes naar voren. Wij horen overigens ook de bezorgdheid van de patiënten en hun familie, via brieven, e-mails en telefoons. Een van de onmiddellijke conclusies is natuurlijk dat het forfait voor enterale voeding ontoereikend is. Kortom, wij zijn dit inderdaad aan het bekijken.

Ik zal eerst nog iets zeggen over de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen (CTFPV). Onder meer mevrouw Depoorter heeft gezegd dat die oprichting toch wel lang heeft geduurd. Het is juist, het heeft veel voeten in de aarde gehad. De nieuwe commissie behandelt een divers gebied van farmaceutische producten en een aantal bestaande technische raden werd afgeschaft. De uitwerking van de nieuwe procedure met vooropgestelde voorwaarden en vastgelegde termijnen vereiste dat er verschillende etappes werden doorlopen voor de publicatie in het *Belgisch Staatsblad*. Dat was ook zo voor de samenstelling van de commissie, de benoeming van de leden, van de voorzitter en de ondervoorzitter. Bij dit proces werden verschillende partijen betrokken via het nodige overleg.

Het was echt wel een prioritair dossier voor mij om deze commissie zo snel mogelijk te doen starten omdat intussen verschillende dossiers voor terugbetaling van magistrale medische voeding en medische hulpmiddelen niet behandeld konden worden.

De CTFPV is uiteindelijk de eerste keer samengekomen op 23 september 2021. Binnen de mogelijkheden die wij in deze legislatuur hadden na de lange periode van *non-governo* ten gevolge van de zogenaamde Marrakeshcrisis, meen ik dat we dit snel aangepakt hebben.

De CTFPV heeft op mijn vraag een toegewijde werkgroep Medische Voeding opgericht. Sinds dit voorjaar werken de leden van die werkgroep aan een oplossing om de patiënten zowel financieel als administratief te ontlasten.

Ik wil niet vooruitlopen op de details van de oplossing. Dat mag ik niet doen. Ik wil wel zeggen dat ik snel een eerste oplossing wil voor het financiële deel. Het komt erop neer dat het forfait nu absoluut ontoereikend is. Ik vind het verbeteren van de regeling via forfaits eigenlijk een betere piste dan ons afvragen of wij de kostprijs van de sondevoeding in de MAF kunnen steken.

notre pays? Envisage-t-il d'inclure ce dispositif dans le maximum à facturer?

06.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les coûts d'utilisation et d'administration d'une alimentation entérale ont en effet une incidence importante sur la vie des intéressés. Les règles de remboursement sont complexes et favorisent les inégalités. Le rapport du KCE de 2019 donne un bon aperçu de la situation et avance des pistes de réflexion intéressantes. Une des premières conclusions est que le forfait pour l'alimentation entérale ne suffit pas. Nous nous employons actuellement à examiner ce problème.

La création de la CRPPP n'était pas gagnée d'avance. La mise en place de la nouvelle procédure prévoyant des conditions et des délais a nécessité plusieurs étapes jusqu'à la publication au *Moniteur belge*, tout comme la composition de cette commission. Ma priorité a consisté à instituer cette commission dans les plus brefs délais pour limiter le plus possible le retard dans les dossiers de remboursement de la nutrition médicale magistrale et des dispositifs médicaux. La CRPPP s'est finalement réunie une première fois le 23 septembre 2021. À la suite de la période d'affaires courantes en raison de la crise dite de Marrakech, ce gouvernement a tout de même procédé rapidement.

À ma demande, la commission a mis en place un groupe de travail Nutrition médicale, qui s'occupe de cette problématique depuis ce printemps. Je pense ainsi principalement à une amélioration de la réglementation par forfaits, plutôt qu'à l'intégration du coût de l'alimentation par sonde entérale dans le maximum à facturer. Dans

Ik meen dat de werkgroep in een eerste fase de forfaits moet verbeteren, en in een tweede fase zich moet buigen over een volledige herziening van de terugbetalingsmodaliteiten, over het verlagen van de administratieve lasten, en over de prijsverschillen van enterale voeding tussen de bedrijven die gespecialiseerd zijn in wat we de STHA noemen, de Service & Technologies Home Assistance, dus de bedrijven die de enterale voeding leveren bij de patiënt thuis.

De werkgroep heeft mij verzekerd dat ze zal onderzoeken op welke manier de toegang tot de parenterale voeding verbeterd kan worden en op welke manier verschillen in kosten tussen parenterale voeding in het ziekenhuis en thuis aangepakt kunnen worden.

Daarmee heb ik de structuur van de werkzaamheden op dit moment weergegeven, met de eerste en tweede fase en met de bestaande bekommernissen. Zonder te kunnen vooruitlopen op details, wil ik daar inderdaad met bekwame spoed aan voortwerken.

une deuxième phase, le groupe de travail doit se pencher sur une révision complète des modalités de remboursement, sur la réduction des charges administratives et sur les différences de prix entre les entreprises spécialisées dans la livraison à domicile d'alimentation entérale.

Le groupe de travail m'a assuré qu'il étudierait en profondeur les moyens d'améliorer l'accès à l'alimentation entérale ainsi que la manière de remédier aux différences de coûts entre l'hôpital et le domicile.

06.05 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik denk dat er inderdaad spoed achter gezet moet worden. De huidige energiecrisis betekent immers ook een financiële last voor heel wat van die patiënten. Ik hoor bedragen van 800 tot 1.500 euro per maand vermelden. Dat is enorm veel, zeker voor gezinnen met meer kinderen, die ook nog andere zorgen aan hun hoofd hebben. Ik heb begrepen dat er spoedig in een oplossing voorzien zal worden en daar ben ik blij om, want enkele maanden geleden stond dat minder vast dan vandaag. Ik hoop daarin de komende dagen of weken vooruitgang te zien. U hebt niet direct een deadline gegeven, maar een zo snel mogelijke oplossing is in ieder geval geen luxe voor al die patiënten.

06.05 **Nawal Farih** (cd&v): Il est urgent d'agir, surtout compte tenu des charges financières supplémentaires actuelles dues à la crise énergétique. En effet, j'entends parler de montants mensuels oscillant entre 800 et 1 500 euros.

06.06 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw uitvoerige antwoord. U erkent het probleem en ik ben ook blij te kunnen vaststellen dat u snel werk wilt maken van een vereenvoudiging en verbetering van die terugbetaling, want dat is belangrijk.

Ik had mijn vraag specifiek opgebouwd rond de situatie van Luna, maar het gaat niet enkel over kinderen. Een tijdje geleden heb ik een wetsvoorstel ingediend over de verbetering van die terugbetaling, ook voor volwassenen. Misschien kan uw kabinet dat mee in overweging nemen.

06.06 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Il y a quelque temps, j'ai déposé une proposition de loi relative à l'amélioration des remboursements en la matière, y compris pour les adultes. Peut-être le cabinet du ministre peut-il en tenir compte lors de la prise de décision.

06.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het stuitend voor de patiënten dat u het dralen van de creatie van dat kader aan de regering in lopende zaken en het Marrakeshpact toeschrijft. Mijnheer de minister, u bent…

06.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Que le ministre instrumentalise ici le pacte de Marrakech me choque.

06.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Alles wat vertraging heeft en waar ik voortdurend mee geconfronteerd word, heeft daarmee veel te maken. U draagt daarin als partij een grote verantwoordelijkheid.

06.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La raison en est que les retards auxquels je suis confronté actuellement dans le cadre de la politique que je mets en oeuvre sont dus à ce pacte!

06.09 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u bent aangetreden op 1 oktober 2020.

06.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat klopt. Een jaar later was de raad dan ook geïnstalleerd. U weet dat we in een rechtsstaat leven. U vraagt voortdurend of ik overlegd heb en of ik de procedures gevolgd heb. Dat hebben we hier gedaan, met de grootst mogelijke spoed, maar dat duurt een jaar. Zo is dat.

06.10 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La N-VA porte effectivement une grande part de responsabilité à cet égard. Je suis entré en fonction le 1er octobre 2020 et un an plus tard, la commission était installée, en tenant compte des moments de concertation et de toutes les procédures, que la N-VA se fait forte de réclamer en permanence dans cette commission.

De **voorzitter**: Goed, mevrouw Depoorter is aan haar repliek toe. Ik ben voor een levendig debat, maar mevrouw Depoorter heeft het woord.

06.11 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u schrijft het feit dat u een jaar nodig had om de raad te installeren toe aan een politiek feit van nog twee jaar eerder.

06.12 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat klopt, het had immers een jaar eerder kunnen gebeuren als u de regering niet had doen vallen over Marrakesh. Mevrouw De Block had dat toen allemaal kunnen doen, want zij was ermee gestart.

06.13 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U moet het niet in mevrouw De Blocks schoenen schuiven.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, het woord is aan mevrouw Depoorter.

06.14 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik zal het nog een keer zeggen. Al dat werk, waaraan ik ook deze commissie vraag mee te werken en waar u altijd opnieuw voor vertraging zorgt, zijn allerlei dingen die in de pijplijn zijn blijven zitten omdat u destijds over een non-event de regering hebt doen vallen, waardoor mevrouw De Block geparalyseerd werd. Voilà.

06.14 **Frank Vandenbroucke**, ministre: De nombreux chantiers sont restés en suspens parce qu'à l'époque, la N-VA a fait chuter le gouvernement en raison d'un non-événement. Cela mérite aussi d'être souligné. La ministre de l'époque, Mme De Block, était dès lors pieds et poings liés.

06.15 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, keer op keer slaagt u erin zaken die u niet hebt aangepakt, in de schoenen van mevrouw De Block te schuiven. Ik ging echt niet elke keer akkoord met haar beleid, maar dit is wat u doet!

Voor deze patiënten gaat het om 9.000 euro per jaar, dus als we dat bekijken over de twee jaar waarin u aan zet bent, dan gaat het gemakkelijk richting 18.000 à 20.000 euro waarvoor u verantwoordelijk bent. U hebt een jaar nodig gehad om de raad te installeren. Nu bent u al een jaar aan het bekijken hoe u het probleem zou kunnen oplossen.

Met een, desnoods tijdelijke, implementatie in de maximumfactuur zouden deze mensen vandaag al een oplossing hebben. Wat zegt u echter? We zullen bekijken hoe we het kunnen hervormen.

Mijnheer de minister, het is goed dat het aangepakt wordt, maar doe

06.15 **Kathleen Depoorter** (N-VA): En s'exprimant de la sorte, le ministre se dédouane à nouveau de sa responsabilité sur sa prédécesseure, Mme De Block. Il est question de 9 000 euros par an pour ces patients, soit d'ores et déjà 18 000 à 20 000 euros sous la responsabilité du ministre Vandenbroucke car deux ans se sont écoulés depuis l'ère De Block. Avec une implémentation, si nécessaire temporaire, dans le maximum à facturer, nous disposerions déjà d'une solution. Je ne comprends vraiment pas que l'on fasse encore de la

het nu en let erop dat deze mensen niet in financiële problemen komen om het basisrecht voedsel te kunnen bekomen. Ik begrijp echt niet dat hier op kap van de patiënten weer aan politique politicienne wordt gedaan.

politique politicienne au détriment des patients.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55030144C de Mme Bonaventure est reportée à sa demande.

07 Samengevoegde vragen van
- Anneleen Van Bossuyt aan Eva De Bleeker (Begroting en Consumentenbescherming) over "De nutriscore" (55030164C)
- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De update van de rekenmethodiek voor de nutriscore" (55030315C)
07 Questions jointes de
- Anneleen Van Bossuyt à Eva De Bleeker (Budget et Protection des consommateurs) sur "Le Nutri-Score" (55030164C)
- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'actualisation de la méthode de calcul du Nutri-Score" (55030315C)

07.01 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, de nutriscore werd enkele jaren geleden ingevoerd om de consument te informeren over de voedingswaarde van producten. We weten echter dat hij gecontesteerd wordt, omdat hij niet altijd in lijn zou liggen met de algemene voedingsrichtlijnen. Het wetenschappelijke comité dat de nutriscore opvolgt, werd gevraagd aanbevelingen te doen voor een update van de berekeningsmethode. Dat advies werd recent uitgebracht en de zeven landen die het systeem gebruiken, hebben zich akkoord verklaard om het label aan te passen.

Deze zomer werd bekend dat in Italië de nutriscore niet langer mag worden gebruikt. Volgens de Italiaanse mededingingsautoriteit kan de arbitraire en bevooroordeelde classificatie van de nutriscore de consument misleiden.

Wat is uw visie op de Italiaanse analyse dat de nutriscore een misleidend effect kan hebben? Internationaal onderzoek waaraan ook de Universiteit Antwerpen heeft meegewerkt, toont aan dat expliciete waarschuwingen, bijvoorbeeld voor een hoog vetgehalte, eventueel in combinatie met uitroeptekens, beter werken dan kleurensystemen. Heeft dit gevolgen voor de herziening van de nutriscore?

Het wetenschappelijk comité stelde voor om de scores van de quoteringen A en B te verstrengen met één punt, waardoor minder producten tot die categorieën zouden behoren. Wat is de houding van België tegenover die adviezen? Werden die allemaal uitgevoerd? Wanneer in 2023 komt de aangepaste versie van de nutriscore er?

07.01 **Mieke Claes** (N-VA): Le Nutri-Score, instauré il y a quelques années afin d'informer les consommateurs sur la qualité nutritionnelle des aliments, ne serait pas toujours conforme aux directives générales en matière d'alimentation. Le comité scientifique chargé du suivi du Nutri-Score a donc formulé des recommandations en vue d'une nouvelle méthode de calcul. Les sept pays qui utilisent le Nutri-Score sont d'accord pour modifier l'étiquetage. Toutefois, l'autorité italienne de la concurrence a déjà décidé qu'en Italie, le Nutri-Score ne pouvait plus être utilisé parce que cette classification arbitraire et partiale pouvait induire les consommateurs en erreur.

Que pense le ministre de l'analyse italienne? Selon une étude internationale, des mises en garde explicites, suivies éventuellement de points d'exclamation, seraient plus efficaces que des systèmes de couleurs. En tiendra-t-on compte lors de la révision du Nutri-Score?

Le comité scientifique propose notamment de relever les scores pour les catégories A et B. La Belgique suivra-t-elle ces recommandations? Quand la version

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Claes, zoals u weet heeft ons land de nutriscore in april 2019 formeel aangenomen. Ik zal de redenen voor de invoering ervan nog eens opsommen, hoewel ik er niet aan twijfel dat u die beroepsmatig zeer goed kent.

Ten eerste is dit aanvullend systeem voor voedingsinformatie wetenschappelijk onderbouwd. Ten tweede is het systeem gebaseerd op meer dan 70 internationale publicaties. Ten derde wordt de nutriscore gesteund door de Wereldgezondheidsorganisatie, het International Agency for Research on Cancer en sinds kort ook het Joint Research Centre, in het rapport over *front-of-pack nutrition labels*, de zogenaamde FOPNL. Ten vierde werd het systeem door zes andere landen aangenomen. Ten vijfde wordt de relevantie en de actualisering ervan volgens de recentste wetenschappelijke gegevens door een uitgebreid wetenschappelijk comité gewaarborgd. Deze argumenten hebben allemaal een rol gespeeld bij de formele beslissing voor de invoering van de nutriscore in 2019.

De collega's Dermagne en Clarinval en ikzelf hebben in juli gereageerd op een brief van de Italiaanse ambassadeur in België over het systeem Nutrinform dat Italië toepast. Mijn administratie volgt al enkele jaren de ontwikkeling van dit Italiaanse systeem. Wij zijn er niet van overtuigd dat dit Italiaanse systeem toegevoegde waarde heeft om de consument te helpen gezondere keuzes te maken, als aanvulling op de voedingswaardevermelding. De door Nutrinform verstrekte informatie is vergelijkbaar met de voedingswaarde-vermelding. Het gebruik van het batterijsymbool kan een verkeerde boodschap geven aan de consument, die de indruk kan krijgen dat een volle batterij een te bereiken doel is, wat natuurlijk niet het geval is voor voedingsstoffen waarvan de consumptie moet worden beperkt.

Wij steunen dat systeem niet en zijn bezorgd over de pogingen van Italië en andere landen als Tsjechië en Roemenië om de goedkeuring te belemmeren van een FOPNL dat wetenschappelijk is gevalideerd op Europees niveau. Wij hebben bijzondere aandacht voor dergelijke pogingen om het vrij verkeer van producten met een nutriscore in die landen in het bijzonder te belemmeren. We zullen de Europese Commissie daarover aanspreken, om te bekijken hoe er moet worden gereageerd in het kader van het verdrag over de werking van de Europese Unie.

Ten tweede, ik maak even een bedenking over de Antwerpse studie met Jeroen De Man over maatregelen inzake etikettering die bijvoor-beeld in Chili en Mexico werden genomen, met waarschuwings-etiketten waarop een hoog gehalte aan suiker, zout, calorieën en verzadigde vetten wordt vermeld, en die doeltreffender zouden zijn dan andere FOPNL zoals de nutriscore. Naast die Antwerpse studie zijn er meer dan 70 studies die de waarde en de superioriteit van de nutriscore ten opzichte van een andere vorm van voedingswaarde-etikettering aantonen. Chili heeft overigens het hoogste percentage overgewicht en obesitas van alle landen van de OESO. Het scoort met 74 % nog slechter dan Mexico met 72,5 % en de Verenigde Staten met 71 %. Dat is niet echt een goede referentie, zou ik denken. Toen die landen dat systeem aannamen, had Frankrijk het systeem van de nutriscore nog niet formeel goedgekeurd.

modifiée sera-t-elle instaurée?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En avril 2019, la Belgique a instauré le Nutri-Score, une source scientifiquement étayée d'informations nutritionnelles basées sur plus de septante publications internationales. Cet étiquetage est notamment soutenu par l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que par l'Agence internationale de la recherche sur le cancer (IARC). Six autres pays ont également adopté ce système. Un comité scientifique veille à ce que l'étiquetage soit actualisé sur la base des dernières données scientifiques.

Les ministres Dermagne, Clarinval et moi-même avons réagi, en juillet, à un courrier envoyé par l'ambassadeur d'Italie concernant le système italien Nutrinform. Nous ne sommes pas convaincus que ce système apporte une valeur ajoutée qui permettra aux consommateurs de choisir des aliments plus sains. Les informations fournies sont similaires à la mention de la valeur nutritionnelle mais le symbole de la pile peut, par ailleurs, envoyer un message erroné. Il ne faut pas donner l'impression qu'une pile pleine est un objectif à atteindre, surtout pour les aliments dont la consommation doit être limitée.

Nous nous inquiétons des tentatives possibles de l'Italie et d'autres pays visant à empêcher, à l'échelon européen, l'adoption d'un étiquetage nutritionnel sur le devant de l'emballage (*front-of-pack nutritional labeling* - FOPNL) validé scientifiquement et surtout à entraver la libre circulation de produits porteurs d'un Nutri-Score dans ces pays. Nous organiserons des concertations avec la Commission européenne quant à la manière de réagir à ces tentatives.

Selon une étude anversoise, les mises en garde utilisées au Chili et

Het grootste voordeel van de nutriscore ten opzichte van de waarschuwingsetiketten is dat die op alle levensmiddelen kan worden aangebracht en een voedingsscore geeft die alle voedingsparameters, zowel de goede als de slechte, integreert. Op die manier wordt de consument niet geconfronteerd met een etiket dat weliswaar de aanwezigheid van een grote hoeveelheid suiker, zout, calorieën of verzadigde vetten aangeeft, maar hem niet in staat stelt om conclusies te trekken over de intrinsieke voedingswaarde van het product. We hebben ook vaak te maken met consumenten die niet meer weten hoe ze het minst slechte product binnen een categorie moeten onderscheiden, omdat alles wordt aangeduid als 'rijk aan'. De nutriscore daarentegen maakt het mogelijk om binnen enkele seconden de beste keuze te zien binnen een bepaalde categorie producten, zoals pizza's, chips of ontbijtgranen.

Het nutriscoresysteem is zeer gebruiksvriendelijk, omdat het voor de consument gemakkelijk te lezen is, ondanks de vele voedingselementen waarmee rekening wordt gehouden om een bepaalde score vast te leggen. Vaak ten onrechte bestempeld als simplistisch, hanteert het systeem eigenlijk een strikte berekeningsmethode. Wij denken vooralsnog dat het beter is een systeem te hebben dat de beste producten binnen dezelfde categorie voedingsmiddelen identificeert dan gewoon bepaalde producten uit te sluiten. Het is ook belangrijk te onthouden dat de nutriscore een van de vele instrumenten is om mensen te helpen hun eetgewoonten te veranderen. Het is natuurlijk geen wondermiddel. Er moeten veel andere hefbomen worden gebruikt, zoals de beperking van voedingsmarketing gericht op kinderen.

Ten derde, in juli van dit jaar is het algoritme van de nutriscore geëvalueerd om de doeltreffendheid ervan te versterken en om het systeem nog meer in overeenstemming te brengen met de voedingsaanbevelingen. Deze verbetering is in eerste instantie gericht op voedselgroepen, waaronder vetten, onder andere plantaardige oliën, vis en zeevruchten, graanproducten, in het bijzonder brood, en zuivelproducten, waaronder kazen. Zo zullen sommige scores worden verbeterd, met name voor bepaalde kazen, olijf-, koolzaad- en zonnebloemolie en volkoren producten, terwijl andere scores zullen worden verlaagd, zoals voor verschillende producten op basis van rood vlees, pizza's en ontbijtgranen.

Het *steering committee* van de zeven landen die de nutriscore hebben aangenomen, staat volledig achter de wijzigingen in het algoritme om het nog meer in overeenstemming te brengen met de huidige voedingsaanbeveling. De volgende stap om de volledige evolutie van het algoritme af te ronden is gepland eind dit jaar, met voorstellen voor de herziening van het algoritme voor dranken. Een wijziging van het grafische logo van de nutriscore staat momenteel niet op de planning.

De wijzigingen zullen naar verwachting in de loop van 2023 worden aangenomen, zodat de fabrikanten voldoende tijd hebben om hun etiketten aan te passen.

au Mexique seraient plus efficaces que le Nutri-Score. Plus de septante études ont pourtant déjà démontré la valeur et la supériorité du Nutri-Score. Le Chili et le Mexique sont d'ailleurs parmi les pays de l'OCDE où le pourcentage de personnes en surpoids et en situation d'obésité est le plus élevé. Il est clair qu'il ne s'agit pas d'une bonne référence.

Contrairement aux étiquettes d'avertissement, le Nutri-Score peut être apposé sur tous les aliments et représente un score intégrant l'ensemble des paramètres nutritionnels. Le consommateur est ainsi informé non seulement de la présence de nutriments défavorables, mais également de la valeur nutritive intrinsèque du produit. Le Nutri-Score permet également d'opérer très rapidement le moins mauvais choix dans une certaine catégorie de produits, comme les pizzas ou les chips. Il s'agit d'une méthode préférable à l'exclusion pure et simple de certains produits. Le Nutri-Score est certes très facile à lire, mais le système repose sur une méthode de calcul particulièrement stricte. Bien entendu, ce n'est pas la solution miracle, mais d'autres outils sont mis en place pour changer les habitudes alimentaires des citoyens.

En juillet, l'algorithme du Nutri-Score a été adapté pour le mettre encore plus en concordance avec les recommandations nutritionnelles. Ainsi, certains aliments, comme certains fromages, certaines huiles et certains produits à base de céréales complètes, obtiendront un meilleur score, tandis que les scores des produits à base de viande rouge, des pizzas et des céréales pour petit-déjeuner seront abaissés. Le comité directeur des sept pays utilisant le Nutri-Score est favorable aux modifications apportées à l'algorithme. Fin de cette année, des propositions verront également le jour afin

d'adapter l'algorithme applicable aux boissons. Il n'est pas prévu pour l'instant de modifier le logo graphique.

Les modifications devraient être effectuées dans le courant de 2023, afin que les fabricants disposent de suffisamment de temps pour adapter leurs étiquettes.

07.03 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord. Dit systeem zal zeker voordelen bieden. U zei zelf al dat het als gebruiksvriendelijk erkend wordt. Toch wil ik aandringen op een evaluatie, want in de praktijk merken we dat dit systeem niet altijd even duidelijk is voor mensen die behoefte hebben aan advies over gezonde voeding. Veel mensen kampen momenteel met overgewicht of obesitas en proberen gezond te eten. Hoewel het systeem gebruiksvriendelijk is en duidelijkheid kan scheppen, blijft het soms toch nog verwarrend. Ik roep dus op tot waakzaamheid.

07.03 **Mieke Claes** (N-VA): Je voudrais insister pour que le système fasse l'objet d'une évaluation car en pratique, le Nutri-Score ne paraît pas toujours aussi limpide pour les citoyens à la recherche d'un avis sur l'alimentation saine.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 Questions jointes de
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le retrait de la convention pour la chirurgie complexe de l'oesophage à trois hôpitaux" (55030143C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le retrait de la convention pour la chirurgie de l'oesophage à trois hôpitaux" (55030890C)
08 Samengevoegde vragen van
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opzegging van de overeenkomst voor complexe slokdarmchirurgie van drie ziekenhuizen" (55030143C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De intrekking van de overeenkomst voor slokdarmchirurgie van 3 ziekenhuizen" (55030890C)

08.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, trois hôpitaux sur les dix ayant une convention pour la chirurgie complexe de l'œsophage se voient retirer leur convention car ils n'ont pas atteint le seuil de 75 interventions en 3 ans.

Or, vous savez que l'activité oncologique a été clairement affectée par la crise du covid-19, y compris sur votre demande expresse. Cela peut expliquer que ces hôpitaux n'atteignent pas le niveau requis.

Par ailleurs, ce qui m'interpelle fortement, c'est que les décisions se prennent purement sur la base de chiffres, sans du tout prendre en compte le volet de la qualité.

Je prends un exemple. Dans le Hainaut (1 350 000 habitants), un seul centre était reconnu, à savoir un consortium de CHWAPI et GHDC. Ils ont fait, la première année, 14 interventions; la deuxième année, 20; la troisième année, 27, soit, pour la troisième année, au-dessus du niveau requis. Leur taux de mortalité à 30 jours est inférieur au niveau national: 0 %, contre 4 % au niveau national. Leur taux de mortalité à 90 jours est inférieur au niveau national: 3 % *versus* 9 %.

08.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): De overeenkomst voor slokdarmchirurgie van drie van de tien ziekenhuizen die over een dergelijke overeenkomst beschikken, wordt ingetrokken, omdat zij het vastgestelde aantal van 75 ingrepen over drie jaar niet bereikt hebben. De coronacrisis heeft evenwel tot een daling van de activiteit op de diensten oncologie geleid. Bovendien zijn die beslissingen enkel gebaseerd op cijfers, zonder dat er aandacht geschonken wordt aan de kwaliteit.

In de provincie Henegouwen, die 1.350.000 inwoners telt, was er slechts één consortium erkend. Er werden daar het eerste jaar 14,

La décision de leur retirer la convention revient à pénaliser des centres - c'est la même chose pour les Cliniques universitaires Saint-Luc, mais aussi pour CHWAPI et GHDC - qui ont pourtant de meilleurs résultats en termes de mortalité que la moyenne. Cela limite l'accessibilité des patients fragilisés, y compris d'ailleurs socialement. C'est une perte d'expertise d'équipes qui ont pourtant mis en place des projets qui nécessitent une approche multidisciplinaire, y compris d'ailleurs sur la mission médico-sociale à côté de la mission médicale.

Monsieur le ministre, ma demande est donc la suivante. Il s'agit ici de surtout viser à la qualité, et non pas simplement faire du chiffre pour le plaisir de faire du chiffre. Les résultats qualitatifs n'ont pas du tout été pris en compte.

Je fais donc la demande ici, monsieur le ministre, pour que nous puissions geler cette décision de retrait des conventions pour ces centres, pour réévaluer dans un an à la fois leurs nombres, mais aussi en prenant compte, sur le plan qualitatif, l'amélioration de la mortalité, et donc la qualité des soins offerts à ces différents patients souffrant d'un cancer très sévère.

Il me semble que c'est vraiment dans l'intérêt de la santé publique, dans l'intérêt de la qualité des soins oncologiques et dans l'intérêt de l'accessibilité pour les patients fragiles. Je vous remercie.

08.02 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, l'état de la situation a été très bien relaté par ma collègue Fonck. Je renvoie donc à ma question telle que déposée.

Monsieur le Ministre, en 2015, une étude du KCE a établi une série de recommandations relatives aux chirurgies de l'œsophage. Suite a à cette étude, le Comité de l'assurance de l'INAMI a lancé une procédure de signature en vue de reconnaître centres spécialisés dans ce type de chirurgie.

10 centres ont ainsi été reconnus: 2 à Bruxelles, 3 en Wallonie et 5 en Flandre.

La contrepartie de cette reconnaissance était de réaliser 75 chirurgies de l'oesophage ou du pancréas en 3 ans, et ce avec une évaluation au 30 juin 2022

Ce sont donc les chiffres opératoires qui ont été retenus, en lieu et place des chiffres relatifs aux cas ou diagnostics.

Entre-temps, le Covid a frappé et, du fait des mesures sanitaires et de l'accès restreint aux hôpitaux, a faussé le bilan des centres reconnus.

L'exemple le plus frappant concerne le Consortium Centre Hospitalier de Wallonie picarde / Grand Hôpital de Charleroi, lequel a réalisé 61 opérations en 3 ans au lieu des 75 convenues. L'hôpital universitaire de Saint-Luc à Bruxelles et le ZOL (Ziekenhuis Oost Limburg) à Genk sont confrontés au même problème.

Résultat: ces centres ont reçu un courrier les avertissant qu'au-delà de ce 30 septembre, les opérations pratiquées en leur sein ne seront plus remboursées. Autrement dit, depuis ce 30 septembre, ces

het tweede jaar 20 en het derde jaar 27 ingrepen uitgevoerd. In dat derde jaar lag het aantal dus boven het vereiste niveau. De mortaliteitsgraad is er lager dan het nationale gemiddelde. Door de overeenkomst in te trekken bestraft men de centra die goede resultaten behalen, beperkt men de toegankelijkheid voor kwetsbare patiënten en laat men de expertise van deze teams inzake de ontwikkeling van multidisciplinaire, en met name medisch-sociale, projecten verloren gaan.

Is het mogelijk om de intrekking van de overeenkomsten te bevriezen en om over een jaar niet alleen het aantal ingrepen te herevalueren, maar ook de kwaliteit ervan tegen het licht te houden?

08.02 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Naar aanleiding van een KCE-studie van 2015 waarin er aanbevelingen voor slokdarm-operaties geformuleerd werden, heeft het Verzekeringscomité van het RIZIV een procedure opgestart voor de erkenning van de centra die in zulke ingrepen gespecialiseerd zijn. Er werden tien centra erkend, op voorwaarde dat ze op drie jaar tijd 75 ingrepen zouden verrichten.*

De resultaten werden vertekend door de coronacrisis, toen de toegankelijkheid van de zorg beperkt werd. Toch hebben sommige centra een brief ontvangen met de melding dat hun operaties na 30 september niet meer terugbetaald zouden worden. Dat is rampzalig, met name voor het CHwapi, dat in het zeer dichtbevolkte Henegouwen ligt, waar de incidentie van slokdarmkanker hoog is.

Bent u ervoor gewonnen dat de centra die goede resultaten kunnen voorleggen, bestraft worden, omdat ze niet voldoende

centres ne pratiquent plus.

Pour le CHwapi, c'est une véritable catastrophe puisque ce centre opérait dans la province du Hainaut qui est très densément peuplée (1,3 million d'habitants) et où l'incidence de cancer de l'œsophage est particulièrement importante.

D'où mes questions, Monsieur le Ministre:

Soutenez-vous le fait que les centres obtenant de bons résultats soient pénalisés uniquement en raison d'un nombre trop faible de procédures?

La pertinence de ce critère sera-elle réévaluée? Dans l'affirmative, par qui et dans quel délai? Dans la négative, pourquoi?

Dans l'attente d'une telle évaluation, vous engagez-vous à rencontrer les responsables des centres concernés et à soutenir leur légitime demande d'obtenir un sursis d'un an pour parvenir au chiffre demandé?

operaties uitgevoerd hebben? Zal de relevantie van dat criterium herzien worden? Zo ja, door wie en wanneer? Zo niet, waarom niet? Zult u in afwachting daarvan een gesprek voeren met de verantwoordelijken van de centra en hun een jaar uitstel verlenen om de vooropgestelde doelstelling te bereiken, zoals ze vragen?

08.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, madame Rohonyi, les conventions relatives à la concentration de la chirurgie complexe du pancréas et de l'œsophage étaient les premières du genre. Elles contiennent un volet "évaluation" qui devra montrer si la concentration a effectivement eu une incidence positive sur la qualité de la chirurgie.

Lors de l'élaboration des conventions sur la chirurgie complexe, on n'a pas tenu compte d'emblée des indicateurs de qualité disponibles, par exemple la mortalité après trente jours et après soixante jours, pour fixer les critères d'adhésion parce qu'à ce moment-là, ces indicateurs n'étaient pas assez représentatifs. Les chiffres par hôpital étaient en effet trop bas pour que les centres puissent adhérer à la convention en matière de chirurgie complexe de l'œsophage et que le résultat de la concentration puisse être évalué. Il était important qu'au moment de l'adhésion, les centres puissent faire valoir un nombre minimal de prestations sur une base annuelle et démontrer qu'il y avait une marge de croissance suffisante.

Selon la Fondation Registre du Cancer, pour que l'évaluation de la qualité de la chirurgie de l'œsophage dans un centre soit statistiquement significative, il fallait que les centres atteignent le nombre de septante-cinq prestations sur une période de trois ans. C'est pourquoi l'article 8 de la convention prévoit qu'à l'issue de la période de trois ans, du 1er juillet 2019 au 30 juin 2022 inclus, les centres qui n'atteignent pas le nombre de septante-cinq interventions ne peuvent plus participer à la convention jusqu'à l'évaluation finale attendue pour septembre 2023.

Toutefois, une période transitoire de quelques mois jusqu'à fin septembre est prévue pour eux afin qu'ils puissent encore traiter, selon les conditions de la convention, les personnes chez qui ils ont posé un diagnostic. Une fois l'évaluation finale disponible, le Comité de l'assurance statuera sur la poursuite de la convention dans sa forme actuelle ou dans une version adaptée.

Madame Fonck, madame Rohonyi, je crois qu'il est difficile de

08.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: De overeenkomsten tot concentratie van de complexe chirurgie bij pancreas- en slokdarmtumoren waren de eerste in hun soort. Uit het luik 'evaluatie' zal moeten blijken of die concentratie een positieve impact heeft gehad op de kwaliteit.

Bij de opmaak van die overeenkomsten werd er geen rekening gehouden met de beschikbare kwaliteitsindicatoren, omdat ze onvoldoende representatief waren. De cijfers per ziekenhuis waren te laag om het resultaat te kunnen beoordelen. De centra moesten een minimum aan ingrepen per jaar aantonen, net als een voldoende hoge groeimarge.

Volgens de Stichting Kankerregister kan er slechts sprake zijn van een significante evaluatie als de centra in drie jaar tijd 75 ingrepen optekenen. In de overeenkomst staat dat centra die na afloop van die drie jaar, op 30 juni 2022, dat aantal niet bereiken, zich uit de overeenkomst moeten terugtrekken tot aan de eindevaluatie in september 2023. Als die evaluatie beschikbaar is, zal het Verzekeringscomité een beslissing nemen over de handhaving van de overeenkomst.

procéder d'une autre façon. À un certain moment, il faut se dire: maintenant, on commence une étape qui est aussi une étape d'évaluation, en ayant des pratiques donnant lieu à une évaluation sur la base de données permettant des évaluations significatives.

Concernant l'influence éventuelle de la pandémie du covid-19, les dispensateurs de soins ont reçu un courrier des autorités stipulant qu'à partir du 14 mars 2020, toutes les consultations et interventions non essentielles ainsi que tous les examens non essentiels devaient être annulés ou reportés.

La lettre précise qu'en revanche, toutes les consultations et interventions urgentes et nécessaires ainsi que tous les examens urgents et nécessaires peuvent être effectués. Toutes les thérapies vitales en cours, telles que les chimiothérapies et les dialyses, ont par conséquent pu se poursuivre. Cette règle générale n'a pas été reprise pendant la deuxième vague. Le principe suivant a été appliqué: les médecins spécialistes travaillant dans les hôpitaux ont pu poursuivre leurs consultations classiques, pour autant que l'organisation des soins aux patients atteints du covid-19 le permettait. Comme le montrent les chiffres de la Fondation Registre du Cancer, ces règles et la situation liée au covid-19 n'ont pas exercé d'influence sur le nombre annuel d'interventions chirurgicales attendues.

Vous nous demandez s'il ne serait pas logique d'évaluer la situation et de suspendre temporairement la convention. Au vu du raisonnement ci-dessus, cela ne nous semble pas être le cas. Les conventions doivent être appliquées telles quelles. En effet, les règles du jeu valent pour tous les hôpitaux, y compris ceux qui ont réussi à atteindre les chiffres minimaux requis. Il faut donc respecter un certain *level playing field* et continuer à appliquer la convention telle quelle.

08.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je commencerai par votre dernière remarque. Vous dites qu'il faut être juste, y compris pour les hôpitaux qui ont atteint leurs chiffres. Si vous vous en contentez, de mon côté, lorsque je les examine, je note que certaines interventions sont comptabilisées pour des cancers au stade T4 qui, pourtant, ne doivent pas être opérés sur la base de l'*evidence based medicine*. Cet argument n'est donc pas valable. Ou alors, cela signifie qu'il faut faire du chiffre pour faire du chiffre – et tant pis si l'on opère des cas en dehors de l'*evidence based medicine.* Une évaluation étendue me semble donc nécessaire, y compris sur le plan qualitatif.

Ensuite, vous affirmez que c'est sans rapport avec le covid et que ces activités restaient essentielles. Et les patients, monsieur le ministre? Vous n'allez pas me dire que vous n'avez pas pris en compte la réalité des chiffres, démontrant que les patients avaient décalé leur hospitalisation et des examens de dépistage, si bien que nous avons enregistré du retard en oncologie.

Par ailleurs, au lieu de fermer des centres, il faut plutôt reconnaître qu'ils enregistrent de très bons résultats qualitatifs et qu'ils sont absolument indispensables.

Je reviens sur la situation du Hainaut qui compte 1,3 million habitants

Wat de impact van de corona-pandemie betreft, hebben de zorgverstrekkers een brief ontvangen met de mededeling dat niet-essentiële consultaties, onderzoeken en ingrepen vanaf 14 maart 2020 geannuleerd of uitgesteld moesten worden.

In de brief wordt gepreciseerd dat dringende consulten en onderzoeken uitgevoerd kunnen worden. Levensnoodzakelijke therapieën konden worden voortgezet. Tijdens de tweede golf konden de artsen-specialisten hun consulten voortzetten voor zover dat mogelijk was naast de organisatie van de covidzorg. Uit de cijfers van de Stichting Kankerregister blijkt dat corona geen invloed heeft gehad op het aantal chirurgische ingrepen.

De overeenkomsten moeten toegepast worden. Aangezien de regels voor alle ziekenhuizen gelden, met inbegrip van de ziekenhuizen die erin geslaagd zijn de minimumcijfers te halen, moet er sprake zijn van een zeker level playing field.

08.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Uit de cijfers komt naar voren dat een aantal ingrepen samengeteld zijn voor kankers in stadium T4 die evenwel niet operatief verwijderd moeten worden op grond van de evidencebased geneeskunde. Uw argument gaat dus niet op en een uitgebreide evaluatie is geboden.

Wat de impact van corona betreft, hebben sommige patiënten ziekenhuisopnames en screenings uitgesteld, wat wel degelijk tot achterstand in de oncologische zorg geleid heeft.

In plaats van centra te sluiten, moet men erkennen dat ze onmisbaar zijn en uitstekende resultaten boeken.

Uw weigering om uitstel te

et où il n'y aura plus de centre alors qu'il s'agissait déjà d'un consortium organisé à travers plusieurs réseaux.

Je vous avoue que je ne comprends pas votre refus d'envisager un gel. Je ne vous demande pas un gel pour dix ans. Ce n'est pas non plus comme si on avait cinquante centres puisqu'on en compte dix au total. Je continue à plaider en faveur d'un gel pour l'année qui arrive et d'une analyse qualitative. Le rapport du KCE ne faisait pas seulement état d'un critère en termes de chiffres; il indiquait également qu'il était vital de prendre en compte les critères qualitatifs. Ceux-ci n'ont pas été pris en considération dans la convention, ce que je peux comprendre puisqu'on était au début du processus. Mais ne pas considérer aujourd'hui que ces réalités doivent absolument êtres prises en compte, c'est passer à côté du travail mis en place par des experts, des équipes. Celles-ci doivent être maintenues. Vous savez que si ce travail est suspendu, cela sera définitif et on ne pourra pas revenir en arrière. Monsieur le ministre, je vous demande de reconsidérer votre position en la matière.

Monsieur le président, j'ai dépassé mon temps de parole, mais il est question d'un enjeu de santé publique majeur.

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

Je commencerai ma réplique en abordant les points positifs. Je vous remercie, tout d'abord, d'avoir reconnu qu'à l'époque, les indicateurs de qualité qui auraient dû être pris en compte ne l'ont pas été parce qu'on a jugé qu'ils n'étaient pas assez représentatifs. Finalement, c'est cette non-prise en compte qui doit être évaluée aujourd'hui.

Il est plus que temps de travailler sur la base de critères relatifs à la qualité des soins plutôt que sur la base de chiffres avec cette logique de faire de l'argent. C'est essentiel parce qu'aujourd'hui, on se prive d'une expertise indispensable pour des patients qui souffrent de pathologies très spécifiques et qui ont besoin d'une chirurgie tout aussi spécifique.

Par contre, je ne vous suis absolument pas sur deux points. Premièrement, vous dites que, jusqu'à fin septembre, les centres dont question avaient la possibilité de pratiquer. C'était peut-être vrai en théorie. Mais pratiquement, cela ne l'était pas puisqu'il était impossible pour eux de continuer à pratiquer des chirurgies sans aucun conventionnement. Deuxièmement, vous dites que, durant la crise sanitaire, les thérapies vitales en cours ont pu se poursuivre. Cela était peut-être également vrai en théorie, mais pas dans la pratique. Nous avons tous pu constater que les soignants étaient surchargés, qu'ils devaient s'aider les uns les autres. Les citoyens avaient peur de se rendre à l'hôpital. Il faut dire que, durant la première vague, il y avait une vraie angoisse. Il y a donc clairement eu des reports de soins.

Aujourd'hui, on pénalise des centres comme le Grand Hôpital de Charleroi. La situation est d'autant plus injuste au regard, comme l'a dit Mme Fonck, des résultats globaux qui sont très bons en termes de mortalité, avec une technique de chirurgie mini-invasive utilisée au sein de ce centre.

overwegen is onbegrijpelijk, te meer daar het over een tijdelijk uitstel en slechts tien centra gaat. Ik pleit voor een opschorting van de voorwaarde voor 2023 en een kwalitatief onderzoek. In het KCE-rapport werd er nadrukkelijk voor gepleit de kwalitatieve criteria te integreren. Daar werd bij de overeenkomst geen rekening mee gehouden, wat ik begrijp in het begin van een procedure. Geen rekening houden met de werkelijkheid van vandaag, komt echter neer op het miskennen van het werk van de experten en de teams. Als zulke ingrepen opgeschort worden, is er geen weg terug.

Mijnheer de minister, ik verzoek u om uw standpunt te herzien!

08.05 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Ten eerste wil ik u ervoor bedanken dat u erkent dat men indertijd rekening had moeten houden met de kwaliteitsindicatoren, maar dat dat niet gebeurd is. Op dat vlak moet een en ander herzien worden.

Men moet kwalitatieve criteria hanteren in plaats van een mercantiele logica te volgen. Vandaag brengen we onze expertise ten behoeve van patiënten die aan specifieke aandoeningen lijden en aangepaste ingrepen vragen, in het gedrang.

Ik ben het niet eens met uw bewering dat de centra tot eind september ingrepen konden uitvoeren. In de praktijk kon dat niet zonder conventionering. Voorts stelt u dat de levensbelangrijke therapieën tijdens de gezondheidscrisis voortgezet werden. De zorgverstrekkers waren echter overbelast en de burgers waren bang om naar het ziekenhuis te gaan. Er werd dus zorg uitgesteld.

Vandaag worden centra zoals het Grand Hôpital de Charleroi bestraft. De toestand is des te

Je me permets de réitérer mes deux demandes principales qui rejoignent celles de Mme Fonck. Je vous demande de tenir compte de ces résultats qui doivent pouvoir être encouragés et non pas pénalisés, en leur accordant à tout le moins un sursis. Je vous demande également de veiller à un équilibre entre les trois Régions; aujourd'hui, on se retrouve avec sept centres et non plus dix dont un à Bruxelles, quatre en Flandre et seulement deux pour toute la Wallonie, alors que le territoire est nettement plus grand. La conséquence concrète, c'est qu'on limite l'accès aux soins des patients qui devront se faire opérer dans une autre province alors qu'ils sont déjà très fragilisés par leur maladie.

onrechtvaardiger in het licht van de zeer goede resultaten op het stuk van het sterftecijfer, dankzij het toepassen van een weinig invasieve heelkundige techniek.

Ik herhaal mijn twee verzoeken: vooreerst moet u rekening houden met die resultaten, die niet tot een bestraffing mogen leiden, door uitstel toe te kennen en vervolgens moet u toezien op een interregionaal evenwicht, want vandaag zijn er nog slechts zeven centra in plaats van tien: één in Brussel, vier in Vlaanderen en slechts twee in Wallonië. Als gevolg daarvan zullen patiënten die al kwetsbaar zijn zich in een andere provincie moeten laten opereren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De behandeling van de vragen wordt geschorst van 12.57 uur tot 13.26 uur.
Le développement des questions est suspendu de 12 h 57 à 13 h 26.

09 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inzet van apothekers in de vaccinatiecampagnes" (55030231C)
09 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mobilisation des pharmaciens pour les campagnes de vaccination" (55030231C)

09.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, de coronacijfers blijven behoorlijk stabiel en zorgen niet voor al te veel ziekenhuisopnames. Tegelijk is de vierde prik helaas niet erg populair bij een groot deel van de bevolking. Ik had dat anders verwacht. Daarom wilde ik u toch daarover deze vraag stellen, ook al heb ik ze al wat langer geleden ingediend.

Hoe kunnen wij de rol van de apothekers in de vaccinatiecampagnes versterken? We hebben vorig jaar beslist dat zij mee konden worden ingezet voor de coronaprik. Hoeveel apothekers hebben zich uiteindelijk geregistreerd voor de opleiding en ze ook voltooid? Hoeveel van hen hebben ook actief meegewerkt aan de vaccinatiecampagne? Over hoeveel inentingen gaat het in totaal bij de actieve apothekers?

Hoe komt het dat de apothekers volgens mijn informatie, ondanks dat wij hun die extra rol hebben gegeven, niet veel inentingen hebben geplaatst? Komt dat door een ontoereikende campagne? Moeten wij daaruit lessen trekken?

Mijnheer de minister, hoe staat u tegenover de aanvullende rol van de apothekers in de griepvaccinatiecampagne? Ik heb op mijn vorige vraag daarover geen concreet antwoord gekregen. Ik heb daarrond een wetsvoorstel ingediend en misschien zijn de geesten vandaag wel gerijpt. Wij moeten immers echt wel leren uit de voorbije crisis.

09.01 **Nawal Farih** (cd&v): Il semble hélas que la quatrième dose du vaccin contre le coronavirus ne soit guère populaire auprès d'une grande partie de la population. Comment pouvons-nous renforcer le rôle des pharmaciens dans le cadre de la campagne de vaccination? Combien de doses ont-ils déjà administrées?

J'ai déposé une proposition de loi visant à confier également aux pharmaciens un rôle complémentaire dans la vaccination contre la grippe. Qu'en pense le ministre? Je pense que les pharmaciens peuvent aborder plus facilement les citoyens et nous permettre ainsi d'infléchir la baisse du taux de couverture.

Er zullen alsmaar meer virale ziektes op ons afkomen. Alle hulpverleners die ons ter zake zouden kunnen bijstaan, zouden we dus moeten kunnen inzetten, zeker in jaarlijks weerkerende essentiële campagnes, zoals de griepvaccinatie. Ook voor die vaccinatie daalt de dekkingsgraad in ons land ten opzichte van andere Europese landen. Wij hebben ter zake dus nog veel campagne te voeren. Apothekers zouden daarbij een aanmoedigende rol kunnen spelen, want zij kunnen burgers laagdrempelig informeren en tijdig een griepvaccin geven.

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, ten eerste, over de cijfers kan ik meegeven dat de organisaties die de opleiding hebben georganiseerd, schatten dat 65 % van de apothekers in België is opgeleid voor de COVID-19-vaccinatie. Ik kan u echter niet preciseren hoeveel apothekers daadwerkelijk vaccins tegen COVID-19 hebben toegediend, maar ik kan wel een indicatie geven.

Ik zou willen beklemtonen dat de deelstaten verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de vaccinatiecampagnes. Ik ben dus, eerlijk gezegd, enigszins verrast dat u mij lijkt aan te porren, opdat meer apothekers zouden vaccineren. Het is immers de Vlaamse regering die heeft verklaard dat in Vlaanderen de klemtoon op de vaccinatiecentra zou worden gelegd en helemaal niet op de apothekers. Ik heb daar mijn mening over.

De Vlaamse regering heeft nu eenmaal beslist dat in Vlaanderen eerst de vaccinatiecentra aan zet zijn, niet de apothekers. Nu wordt een switch gemaakt, ook in de media vermeld, waarbij er meer op de apothekers wordt ingezet.

De beleidskeuze van Vlaanderen was anders dan de keuze in Brussel en Wallonië, waar wel sterk is ingezet op de apothekers. In Wallonië zijn in de periode van 1 mei tot 19 oktober 84.881 vaccins toegediend in apotheken, waarvan 71.432 tijdens de herfstcampagne, wat ik een zeer mooi succes vind. In Brussel waren er op 24 oktober 34.073 vaccins toegediend in apotheken aan Brusselaars, waarvan 28.384 voor de herfstcampagne, opnieuw een belangrijk succes. Dat bewijst volgens mij dat wij er goed aan hebben gedaan om die mogelijkheid voor de covidvaccinatie te creëren, ook al was dat na een moeilijk debat; ik kom er straks op terug.

Hoeveel apothekers kunnen er ingezet worden? In Wallonië gaat het over ongeveer 600 apotheken, in Brussel over ongeveer 100. In Vlaanderen werd er vooralsnog niet sterk op de apotheken ingezet, dus daarvan kan ik geen cijfers geven.

Ik wil in herinnering brengen dat de wet van 19 juli 2021 een jaar geleden in werking trad en aanvankelijk van toepassing was voor één vaccinatieseizoen, namelijk 2021-2022. De toepassing werd verlengd zonder einddatum, wat wil zeggen dat mensen hun vaccin kunnen afhalen bij de apotheker zonder voorschrift van een arts.

Ik denk dat u suggereert om dat uit te breiden naar de griepvaccinatie. Dat is nu niet mogelijk. Ik wil enige voorzichtigheid aan de dag leggen. Er is namelijk geen unanimiteit over de kwestie onder de beroepsbeoefenaars. Eén artsensyndicaat, met name BVAS, heeft ook een zaak aanhangig gemaakt bij het Grondwettelijk Hof tegen de

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Selon les estimations, 65 % des pharmaciens de notre pays ont été formés à l'administration des vaccins anticovid. Je ne dispose pas de données concernant le nombre de pharmaciens qui ont effectivement administré des vaccins.

Les entités fédérées sont responsables de l'organisation des campagnes de vaccination. Le gouvernement flamand a décidé qu'en Flandre, la campagne de vaccination serait organisée principalement par le biais des centres de vaccination et non des pharmaciens. La tendance évolue toutefois vers une mobilisation accrue des pharmaciens.

À Bruxelles et en Wallonie, les pharmaciens ont été bien plus mis à contribution. En Wallonie, 84 881 vaccins ont déjà été administrés dans les pharmacies et à Bruxelles, 34 073. En Wallonie, 600 pharmacies ont été associées à l'opération, et une centaine à Bruxelles. Je ne dispose pas des chiffres concernant la Flandre.

Au départ, la loi du 19 juillet 2021 n'était d'application que pour la campagne de vaccination 2021-2022 mais elle a été prorogée sans échéance. Cela signifie que les gens peuvent aller chercher leur vaccin à la pharmacie sans devoir disposer au préalable d'une ordonnance délivrée par un médecin.

Un élargissement au vaccin contre la grippe n'est pas possible

wet van 28 februari 2022 die de officina-apotheker het recht toekent om het vaccin tegen COVID-19 voor te schrijven. Om een cascade van procedures en rechtsonzekerheid te vermijden, denk ik dat het beter is om even de uitspraak van het Grondwettelijk Hof af te wachten, vooraleer we dat dossier opnieuw ter hand nemen en eventueel andere of nieuwe stappen zetten. Persoonlijk denk ik dat het wel een goede beslissing is geweest, getuige de cijfers in Brussel en Wallonië.

Wat Vlaanderen betreft, zouden uw partijgenoten misschien de verantwoordelijke Vlaamse ministers kunnen ondervragen over hoe zij dat verder zien en welke cijfers zij hebben.

actuellement car cet élargissement ne fait pas l'unanimité auprès des professionnels. À ce propos, l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSYM) a également introduit une action en justice auprès de la Cour constitutionnelle contre la loi qui autorise les pharmaciens à prescrire le vaccin anticovid. Pour éviter toute insécurité juridique, nous ferions mieux d'attendre que la Cour constitutionnelle statue avant de prendre de nouvelles initiatives.

09.03 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, ik ben er uiteraard van op de hoogte dat Vlaanderen ervoor gekozen heeft om zich te concentreren op de vaccinatiecentra. Dat was trouwens ook een unanieme federale en Vlaamse beslissing.

Mijn vraag was hoe we te werk zullen gaan voor toekomstige vaccinaties. We worden alsmaar vaker en met meer virale infecties geconfronteerd en we moeten ons als land daarop voorbereiden. Het lijkt me straf voor een federaal minister van Volksgezondheid dat u steeds de verantwoordelijkheid op Vlaanderen afschuift, argumenterend dat u weinig bevoegdheid ter zake hebt.

Wij hebben er mijns inziens goed aan gedaan om de apothekers in te schakelen, via de goedkeuring van een wet die van u uitging. Het werk is echter nog niet klaar en u wilt wachten op het Grondwettelijk Hof. Dat lijkt mij logisch. Ik merk in uw antwoord wel een positieve ondertoon over de inzet van de apothekers en ik reken erop dat we nadenken over een uitbreiding van de regeling naar andere vaccinaties.

Dat is de algemene boodschap die ik wil meegeven, los van het feit hoe het nu geregeld is in Vlaanderen, Wallonië of Brussel. Het gaat hier over de inhoud en de noodzaak om de volksgezondheid goed te organiseren, ten gunste van de patiënten.

09.03 **Nawal Farih** (cd&v): Comment allons-nous organiser les futures campagnes de vaccination? Nous sommes en effet confrontés à un nombre de plus en plus important d'infections virales et nous devons nous préparer à cette évolution. Je regrette que le ministre de la Santé publique renvoie aussi souvent au niveau flamand.

J'espère que nous pourrons élargir ce système à d'autres vaccinations en temps voulu.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55030264C van mevrouw Gijbels is op haar verzoek ingetrokken.

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De keizersneden" (55030266C)
10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les césariennes" (55030266C)

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, volgens cijfers van de OESO stijgt het aantal keizersnedes wereldwijd. Volgens het KCE ligt het aantal keizersnedes in België nog steeds lager dan het EU-gemiddelde, maar het geeft het advies om dit nauwgezet te blijven opvolgen. De Eenheid Audit Ziekenhuizen hield daarom kortgeleden een audit. Opvallend was dat het percentage keizersnedes op het totale aantal geboortes sterk verschilt tussen de ziekenhuizen, zonder dat er duidelijke geografische verschillen zijn. De verklaring voor het

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Le nombre de césariennes augmente à l'échelle internationale. En Belgique, ce chiffre reste toutefois inférieur à la moyenne de l'UE, mais le KCE recommande néanmoins de continuer à assurer un suivi étroit de ce chiffre. Le

verschil is volgens het auditcomité dus te vinden bij de ziekenhuizen zelf. Hoewel er geen ideale proportie voor het aandeel keizersnedes bestaat, moeten *misuse* en *overuse* ervan worden vermeden, aangezien keizersnedes complicaties kunnen veroorzaken en omdat een volgende bevalling vaak opnieuw via een keizersnede dient te gebeuren.

Er worden verschillende aanbevelingen gedaan, zoals een verkorting van de tijd van *decision to incision*, het profylactisch gebruik van antibiotica, meer inzetten op het meegeven van gezondheidsinformatie en het correct coderen van ziekenhuisgegevens. De audit heeft verschillende ziekenhuizen aangespoord om hun processen te herzien, wat een zeer goede evolutie is.

Op welke manier volgt men de eventuele toepassing van die aanbevelingen op? Controleert men of de ziekenhuizen een verbeterplan hebben opgesteld? Werd er een tijdlijn opgesteld? Kunnen de ziekenhuizen hun cijfers benchmarken?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik ben het volledig met u eens dat dit een belangrijke kwestie is, maar ik zal een teleurstellend kort antwoord geven. De ziekenhuizen krijgen een individueel auditrapport, waarbij ze per item vergeleken worden met de andere ziekenhuizen. Op basis van die benchmark en de aanbevelingen kunnen de ziekenhuizen aan de slag gaan om kwaliteitsverhogende maatregelen te nemen. Bij het afronden van de audit was de wetgeving die het opvolgen van verbeterplannen mogelijk maakt nog niet van kracht. Daardoor is mijn antwoord beperkt. Ik stel informeel wel vast dat veel ziekenhuizen intussen actie ondernemen op basis van de gevoerde audit.

10.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Het is inderdaad een ietwat teleurstellend antwoord, want het is belangrijk dat er na de analyse effectief iets wordt gedaan met de aanbevelingen. Het aantal keizersnedes op het totale aantal geboortes varieert immers van 16 % tot 35 % naargelang van het ziekenhuis waar de bevalling plaatsvindt.

De ziekenhuizen met het laagste aantal keizersnedes zitten bij de top en kunnen zich meten met Nederland, Finland, Zweden en Noorwegen. De ziekenhuizen aan het andere uiterste zitten echt wel een heel stuk boven het Europese en wereldwijde gemiddelde.

Benchmarken zal al helpen, maar een nieuw onderzoek binnen enkele jaren zou ook kunnen helpen om hen aan te sporen om hun beleid in de juiste richting te sturen.

10.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is een goede suggestie.

pourcentage de césariennes par rapport au nombre total de naissances varie considérablement d'un hôpital à l'autre, sans que des différences géographiques manifestes soient observées. Un audit a débouché sur des recommandations et un certain nombre d'hôpitaux ont été invités à revoir leurs procédures.

Comment est assuré le suivi des recommandations? Vérifie-t-on si les hôpitaux ont établi un plan d'amélioration? Une ligne du temps a-t-elle été tracée? Les hôpitaux peuvent-ils procéder à un benchmarking de leurs chiffres?

10.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les hôpitaux reçoivent un rapport d'audit individuel, dans lequel ils sont comparés aux autres établissements hospitaliers. Sur la base de ce benchmark et des recommandations, ils peuvent prendre des mesures d'amélioration de la qualité. Lors de la finalisation de l'audit, la législation permettant le suivi des projets d'amélioration n'était pas encore entrée en vigueur. C'est pourquoi ma réponse est limitée. Je constate toutefois – à titre informel – que de nombreux hôpitaux ont entre-temps entrepris des actions basées sur l'audit mené.

10.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Le nombre de césariennes par rapport au nombre total de naissances varie entre 16 % et 35 % selon l'hôpital où l'accouchement a lieu. Un benchmarking pourrait certainement aider, mais la réalisation de nouvelles études dans quelques années devrait également inciter les hôpitaux à orienter leur politique dans la bonne direction.

10.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: C'est une bonne suggestion.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

11 Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le détournement de l'Ozempic" (55030269C)
11 Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het oneigenlijke gebruik van Ozempic" (55030269C)

11.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, ma question porte effectivement sur le sémaglutide, ce médicament de la famille des glutides utilisé dans le cadre du traitement du diabète de type 2. Ce médicament a une certaine efficacité et présente une plus-value en matière de santé publique.

Nous constatons que les chiffres des ventes de ce médicament ne cessent de grimper. En effet, de 102 000 boîtes il y a trois ans, nous sommes passés cette année à 607 000 boîtes. Entre le mois d'août 2021 et le mois d'août de cette année, les ventes ont connu une hausse de 117 %, ce qui est bien évidemment très élevé.

De même, on remarque que des campagnes publicitaires sont menées sur les réseaux sociaux – en particulier Tik Tok – afin d'inciter le consommateur à acheter ce médicament pour lutter contre l'obésité et perdre du poids. À tel point qu'aujourd'hui, le médicament est parfois en rupture de stock. Les patients diabétiques qui en ont réellement besoin ont ainsi de plus en plus de difficultés à se procurer ce médicament, si ce n'est en recourant à des marchés étrangers.

Ma question porte dès lors sur la communication en matière de prescription par les médecins et sur les dangers que présente une utilisation irrationnelle de ce médicament par des personnes qui ne sont pas censées l'utiliser.

Quels sont les effets indésirables et les risques sanitaires liés à la consommation de ce médicament? Comment faire face à une éventuelle pénurie de ce médicament? Comment rendre les patients diabétiques prioritaires?

11.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Semaglutide wordt gebruikt voor de behandeling van diabetes type 2. De verkoop van het middel is aanzienlijk gestegen. Op de social media wordt semaglutide aangeprezen als afslankmiddel; op sommige plaatsen is men al door de voorraad heen.

Welke informatie krijgen de artsen in verband met het voorschrijven van dit middel? Wat zijn de gevaren van irrationeel gebruik, en wat zijn de nevenwerkingen en de gezondheidsrisico's? Wat moet men doen ingeval dit geneesmiddel onvoldoende beschikbaar is? Hoe kan men ervoor zorgen dat diabetespatiënten prioritair in aanmerking komen voor het medicijn?

11.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En vertu de notre législation, les médecins ne peuvent être limités par voie réglementaire dans le choix des médicaments à utiliser, tant pour poser un diagnostic que pour instituer et administrer un traitement ou effectuer des préparations magistrales. Dès lors, le médicament Ozempic peut être prescrit par un médecin généraliste ou un spécialiste.

Néanmoins, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a mis en place le 15 septembre dernier – à ma demande – une *task force* sur la problématique. Mme Farih m'a d'ailleurs interpellé sur la question il y a quelques mois.

Pour que les patients diabétiques puissent continuer à se procurer de l'Ozempic, les experts de la *task force* ont notamment formulé les recommandations suivantes.

Premièrement, dès que la disponibilité est limitée, la priorité doit être donnée à l'indication pour laquelle Ozempic est autorisé, à savoir le traitement des patients adultes dont le diabète de type 2 n'est pas

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Artsen mogen niet langs reglementaire weg beperkt worden in hun keuze van de geneesmiddelen die ze voorschrijven. Niettemin heeft het FAGG op mijn verzoek een taskforce opgericht over de kwestie, die op 15 september bijeengekomen is.

Om ervoor te zorgen dat Ozempic beschikbaar blijft voor diabetespatiënten hebben deskundigen geadviseerd het in de eerste plaats voor te schrijven voor de indicatie waarvoor het geneesmiddel vergund werd, namelijk de behandeling van volwassen

suffisamment régulé, en complément d'un régime alimentaire et d'exercices physiques.

Deuxièmement, dans les circonstances actuelles, l'utilisation hors indication d'Ozempic doit rester limitée. Ce principe vaut *a fortiori* pour son utilisation pour traiter le surpoids chez les personnes dont l'indice de masse corporelle est inférieur à 30 kg/m² ou à 27 kg/m² avec au moins une comorbidité liée au poids.

Ces recommandations ont été communiquées aux professionnels de la santé et publiées sur le site internet de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

Pour répondre à votre question sur les risques en cas d'utilisation de ce médicament par des personnes non diabétiques, je peux faire référence à la spécialité Wegovy, qui contient le même principe actif qu'Ozempic, à savoir le sémaglutide. Ce médicament a été approuvé au début de l'année par l'Agence européenne des médicaments, avec comme indication le traitement de l'obésité (indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30) et du surpoids (indice de masse corporelle entre 27 et 30 avec au moins une comorbidité liée au poids). Cependant, le Wegovy n'est actuellement pas commercialisé en Belgique.

Les effets indésirables de ce médicament sont les maux de tête, les troubles gastro-intestinaux tels que les vomissements, la diarrhée, la constipation, les nausées, les douleurs abdominales et la fatigue. En Belgique, on a enregistré 64 rapports d'effets indésirables possibles liés à l'utilisation hors AMM du sémaglutide. Parmi ceux-ci, quatre ont été considérés comme sérieux.

Troisièmement, les effets indésirables éventuels sont énumérés dans les caractéristiques du produit destinées aux professionnels de la santé et dans la notice destinée au public. Le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) a déjà consacré plusieurs articles – notamment dans *Folia Pharmacotherapeutica*, mensuel destiné aux professionnels de la santé – sur l'utilisation du sémaglutide comme antidiabétique et comme nouvelle option thérapeutique dans l'obésité. Le CBIP rappelle également que la perte de poids n'est pas une indication autorisée pour la spécialité Ozempic et que cette dernière doit être réservée aux patients atteints de diabète de type 2, surtout tant qu'il existe un risque de pénurie.

Quatrièmement, pour faire face à la pénurie, l'AFMPS a organisé une *task force* dans le but d'examiner les problèmes de disponibilité de l'Ozempic et de préparer la recommandation destinée aux professionnels de la santé à cet égard. L'AFMPS est également en contact avec ses partenaires européens et l'EMA concernant la problématique de la disponibilité de l'Ozempic car la problématique ne concerne pas uniquement la Belgique.

Pour le traitement contre l'obésité, le médicament Saxenda, solution à base de liraglutide pour injection sous-cutanée, peut être utilisé.

Cinquièmement, nous constatons bien dans les données un accroissement important de l'usage de ce médicament dont le volume a plus que doublé en 2021 et début 2022. Cela semble indiquer que la croissance continue.

patiënten met diabetes type 2 die niet voldoende onder controle kan worden gekregen, ter aanvulling van een dieet en lichaamsbeweging. Bovendien moet in de huidige omstandigheden offlabel gebruik vermeden worden.

Het geneesmiddel Wegovy bevat hetzelfde werkzame bestanddeel als Ozempic, semaglutide, en werd door het EMA goedgekeurd voor de behandeling van obesitas en overgewicht. Dat middel wordt in België echter niet op de markt gebracht. De bijwerkingen van Wegovy zijn hoofdpijn, darmproblemen, misselijkheid, buikpijn en vermoeidheid. Van de 64 meldingen van bijwerkingen in België werden er vier als ernstig beschouwd.

De bijwerkingen worden opgesomd in de samenvatting van de productkenmerken en in de bijsluiter voor het publiek. Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie heeft verschillende artikels gewijd aan het gebruik van semaglutide als diabetesmedicijn en als nieuwe behandeloptie bij obesitas. Het centrum herinnert eraan dat gewichtsverlies geen vergunde indicatie is voor Ozempic, dat voorbehouden moet worden voor patiënten met diabetes type 2, zeker zolang er een tekort dreigt te ontstaan.

Het FAGG staat in contact met de Europese partners en het EMA over de verkrijgbaarheid van Ozempic. Het probleem blijft immers niet tot ons land beperkt. Saxenda (liraglutide) kan in de vorm van subcutane injecties gebruikt worden voor de behandeling van obesitas.

We stellen vast dat het gebruik van dat geneesmiddel sterk gestegen is, met een verdubbeling van de volumes. Het aantal patiënten en de impact op het budget liggen hoger dan voorspeld. Ik heb het RIZIV gevraagd om na te gaan

Le nombre de patients et l'impact budgétaire dépassent les estimations lors de l'inscription de la spécialité sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en 2019.

J'ai chargé l'INAMI d'effectuer des analyses pour voir si cette augmentation est liée à des changements de traitement, notamment à un switch du sémaglutide par voie orale à voie injectable (Ozempic ou autres).

Par ailleurs, l'INAMI et les mutuelles effectueront des contrôles afin de s'assurer que le remboursement de l'Ozempic est bien limité aux patients diabétiques.

Monsieur Bacquelaine, je vous remercie pour votre question qui permettra de sensibiliser tout le monde (patients, jeunes, médecin) car cela pose des problèmes tant en termes de disponibilité que de priorité à accorder aux personnes souffrant de diabète.

of die stijging verband houdt met veranderde behandelingen. Er zal gecontroleerd worden of Ozempic effectief enkel voor diabetici terugbetaald wordt.

11.03 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je me réjouis que vous rappeliez que les médecins ont la possibilité de prescrire. Il y a quand même pas mal de règlements qui incitent à des prescriptions plus ciblées. Il n'y a pas d'article dans la loi qui dit que le médecin ne peut pas prescrire.

Je me réjouis également que la *task force* que vous avez mise en place puisse prendre les dispositions utiles pour inciter à un usage rationnel, en particulier en priorité pour les patients atteints de diabète de type 2, qui est une maladie extrêmement complexe et qui entraîne une série de pathologies connexes. Il est bon de garder un arsenal thérapeutique pour ces patients.

11.03 **Daniel Bacquelaine** (MR): Ook al bestaat er heel wat regelgeving die artsen ertoe aanzet om geneesmiddelen gerichter voor te schrijven, u hebt gelijk wanneer u op de voorschrijfvrijheid van de arts wijst. Ik ben blij dat de taskforce alle nuttige maatregelen neemt om tot een rationeel gebruik aan te zetten, zodat met name de patiënten met diabetes type 2 voorrang krijgen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

12 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiële screening van ziekenhuizen" (55030273C)
12 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'examen financier des hôpitaux" (55030273C)

12.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het is algemeen geweten dat ziekenhuizen het in vele gevallen financieel moeilijk hebben.

We hebben al vaker verwezen naar de MAHA-studie die Belfius jaarlijks uitvoert en die nog maar eens heeft aangetoond dat al een op de drie ziekenhuizen in 2019 in het rood stond. Ook andere jaarrapporten toonden een vergelijkbaar beeld. De coronacrisis en het systeem van de covidcompensaties zorgen ervoor dat we pas in 2023 opnieuw een duidelijk beeld zullen krijgen van de financiële toestand van onze ziekenhuizen. Over het algemeen is de marge voor ziekenhuizen hoe dan ook flinterdun, en hun financiële positie wankel.

Door het vormen van ziekenhuisnetwerken en de schaalvergroting die daarmee gepaard gaat, zou de organisatie van de gezondheidszorg en het gebruik van gemeenschapsmiddelen efficiënter moeten worden. Het probleem is evenwel dat de ziekenhuisfinanciering

12.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Différents rapports montrent que certains hôpitaux sont dans une situation financière difficile.

Les réseaux hospitaliers et l'agrandissement d'échelle devraient permettre une organisation des soins et une utilisation des moyens plus efficaces, mais le financement des hôpitaux est très peu transparent.

La santé financière des hôpitaux avait-elle été auditée auparavant? Quelles mesures ou conditions a-t-on appliquées pour la formation de

bijzonder ontransparant is.

Werd er op voorhand een doorlichting gedaan van de financiële gezondheid van de ziekenhuizen? Wat indien die negatief bleek? Welke maatregelen of voorwaarden werden verbonden aan netwerkvorming en hoe worden die opgevolgd?

Wordt er een financiële doorlichting gedaan na de vorming van de netwerken? Welke maatregelen of voorwaarden worden er getroffen indien die negatief blijkt uit te vallen? Hoe gebeurt de opvolging?

Wat is voor u het doel van de netwerkvorming?

Op welke manier zal worden opgevolgd of de netwerkvorming het gewenste doel bereikt?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Zoals u weet, is netwerkvorming geen nieuw concept. Het werd eigenlijk al in 2015 door mijn voorgangster opgestart.

Inmiddels is de erkenning van de meeste voorziene netwerken een feit. Het doel van de netwerken is onder meer de samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen en nabije zorg voor de patiënten te verzekeren, en aldus de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Het betreft dus geen besparingsoperatie. Integendeel, het moet helpen de tekorten bij bepaalde instellingen weg te werken.

Er zijn vooralsnog geen budgetten die worden opgemaakt op het netwerkniveau. Het operationele beheer en de berekening en betekening van de gebudgetteerde financiële middelen gebeurt nog steeds op het niveau van elk individueel ziekenhuis.

De laatste jaren hebben de budgetten voor de ziekenhuizen een ongeziene sprong voorwaarts gemaakt. Daarin was onder meer het Zorgpersoneelsfonds belangrijk. In deze post-covidperiode zal dat de financiële positie van de ziekenhuizen verbeteren. Tegelijk hebben we het mogelijk gemaakt dat de ziekenhuizen over meer middelen beschikken om meer handen aan het bed te hebben.

De huidige energiecrisis is voor de ziekenhuizen een grote uitdaging. Enerzijds trekken we voor de eerste zes maanden 80 miljoen euro uit om de energiefactuur voor de ziekenhuizen te compenseren. Anderzijds voorzien we voor het jaar 2023 in een zuurstofballon van naar schatting 390 miljoen euro voor de hele non-profitsector. De helft daarvan is definitief verworven in de vorm van een definitief verworven vermindering van de werkgeversbijdragen voor de eerste helft van het jaar. De andere helft van dat bedrag is een uitstel van betaling tot in 2025. Dat is een enorm belangrijke zuurstofballon voor de hele ziekenhuissector, maar overigens ook voor de gehandicapteninstellingen, de woon-zorgcentra enzovoort. Ik hoop dat dat de acute liquiditeits- en solvabiliteitsproblemen ook helpt te beheersen.

réseaux? Ces mesures et conditions font-elles l'objet d'un suivi? Y a-t-il eu un audit financier après la formation des réseaux? Quid si les résultats de l'audit s'avèrent négatifs? Que veut atteindre le ministre par la formation de réseaux? Comment ces objectifs seront-ils évalués?

12.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La formation de réseaux a déjà débuté en 2015. Entre-temps, la plupart des réseaux planifiés ont été reconnus. L'objectif est notamment de promouvoir la coopération entre les hôpitaux et de garantir des soins de proximité afin d'exploiter le plus efficacement possible les moyens disponibles et ainsi de combler les déficits de certains établissements. Les budgets ne sont pas confectionnés au niveau des réseaux, ils sont encore établis par chaque hôpital individuellement.

Ces dernières années, les budgets des hôpitaux ont beaucoup augmenté. Le Fonds blouses blanches notamment, y est pour beaucoup. Dans la phase post-covid actuelle, cela améliorera la situation financière des établissements hospitaliers. Des moyens supplémentaires ont également été dégagés pour qu'il y ait davantage de personnel au chevet des patients dans les hôpitaux. La crise énergétique actuelle constitue un défi majeur et pour les six premiers mois, nous avons dégagé 80 millions d'euros pour compenser leurs factures d'énergie. Par ailleurs, pour 2023, nous réservons environ 390 millions d'euros d'oxygène pour l'ensemble du secteur non marchand, dont la moitié par l'intermédiaire d'une réduction définitive des cotisations patro-

nales pour le premier semestre, et l'autre moitié par un report de paiement jusqu'en 2025.

12.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord. U geeft aan dat de ziekenhuizen nu een financiële injectie gekregen hebben. Ik denk dat die inderdaad welkom was. Toch blijft de ziekenhuisfinanciering bijzonder ontransparant. De vraag is of we er zomaar op moeten vertrouwen dat de netwerkvorming daadwerkelijk tot meer efficiëntie en een betere kwaliteit van de zorg zal leiden, en of er toch niet nauw op moet worden toegezien. Zeker wanneer we extra financiële middelen toekennen, blijft een goed financieel management bijzonder belangrijk, ook voor de staatskas. We weten immers dat men, als er tekorten zijn, die probeert aan te vullen door bijvoorbeeld meer technische prestaties te leveren of inkomsten te vinden binnen de apotheek. Alleen daarop vertrouwen lijkt mij dus niet genoeg.

Ik stel mij ook vragen bij het samenvoegen van verschillende verlieslatende ziekenhuizen. Als die samenkomen in een netwerk, zal men dan wel de verantwoordelijkheid nemen om het financiële beheer tot een goed einde te brengen? Zou het ook niet kunnen dat het een tegenovergesteld effect heeft? Als het te managen geheel groter wordt, kunnen ook de ontsporingen groter worden.

Daarom zou ik u toch willen vragen om er zeker goed op toe te zien dat het in de juiste richting evolueert.

12.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): L'injection financière pour les hôpitaux était certainement la bienvenue, mais le financement demeure particulièrement opaque. Ne devons-nous pas être très attentifs aux résultats de cette mise en réseau, en particulier si nous octroyons des moyens supplémentaires? Je m'interroge également sur la fusion de plusieurs hôpitaux déficitaires.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

13 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken van het dynamisch kadaster van de zorgverstrekkers" (55030278C)
13 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le point concernant le cadastre dynamique des prestataires de soins" (55030278C)

13.01 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, net voor de zomer hadden wij een gedachtewisseling over de opvolging van de aanbevelingen van de bijzondere covidcommissie. Ik breng er een in herinnering: "De opmaak van een dynamisch kadaster van zorgverstrekkers moet zo snel mogelijk worden afgerond, en dit uiterlijk tegen 2023, opdat men in crisissituaties snel de nodige gegevens kan uitwisselen en er snel kan worden geschakeld." Ik ben daar toen sterk op ingegaan, omdat we tijdens verschillende hoorzittingen in de bijzondere covidcommissie zorgverstrekkers hoorden getuigen over het gebrek aan communicatie tijdens belangrijke fasen in de pandemie, maar van de overheid hoorden we omgekeerd ook dat heel wat zorgverstrekkers onbereikbaar bleken.

Omdat de voorbije weken weer heel wat patiënten zich tot hun huisarts wendden met covidverschijnselen of een positieve test, blijf ik nog altijd een beetje op mijn honger wat het dynamisch kadaster betreft. Dat zou immers kunnen worden ingezet om de communicatielijnen in de twee richtingen heel kort te houden en om, zoals bij een griepepidemie, vanuit de eerste lijn al heel wat data te verzamelen.

Mijnheer de minister, hoever staat het met de opmaak van het

13.01 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Une des recommandations de la commission spéciale Covid visait à faire élaborer, le plus rapidement possible et au plus tard pour 2023, un cadastre dynamique des prestataires de soins afin de pouvoir rapidement échanger les données nécessaires et réagir en cas de crise. Où en est ce cadastre?

dynamisch kadaster? Welke stappen zult u in de nabije toekomst zetten om het kadaster op punt te krijgen?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Creemers, er bestaat vandaag een register dat de activiteiten van zorgverleners in kaart brengt in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De wet van april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, de zogenaamde kwaliteitswet, waarvan de laatste maatregelen werden ingevoerd op 1 juli, voorziet in een praktijkregister dat het mogelijk maakt om precies vast te stellen welke zorgverleners op welke plaatsen en voor welke praktijken actief zijn.

Volgens de planning zal het register operationeel zijn tegen het einde van dit jaar, zodat de gezondheidsadministraties dan over de informatie over de activiteiten van het geheel van erkende gezondheidsbeoefenaars beschikken. Het register wordt ontwikkeld in een samenwerking tussen de diensten van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid.

Om de inhoud van het register vast te stellen, zijn vertegenwoordigers van elk gezondheidsberoep geraadpleegd.

Vanaf juli heeft een beperkt testpubliek toegang tot het register. Niet alle functies zijn echter beschikbaar. Eind dit jaar zullen alle zorgverleners toegang krijgen tot het portaal, maar niet alle functies zullen al beschikbaar zijn. De focus ligt in die fase op het actualiseren van de contactgegevens van alle zorgverleners. In 2023 zullen alle functies van het praktijkregister beschikbaar komen via het portaal voor alle beroepen in de gezondheidszorg.

Natuurlijk stopt de ontwikkeling niet na die fase. We willen het portaal constant verbeteren en uitbreiden met extra functies. Zo krijgen we uiteindelijk een duidelijk beeld van het zorgaanbod in heel België.

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il existe actuellement un registre dans lequel sont répertoriées les activités des prestataires de soins dans le cadre de l'assurance maladie et invalidité. La loi d'avril 2019, dont les dernières mesures ont été instaurées le 1er juillet, crée un registre des pratiques visant à identifier les prestataires actifs ainsi que les cabinets dans lesquels ils travaillent et les adresses de ceux-ci. Selon le calendrier, le registre sera opérationnel d'ici la fin de l'année. Les administrations de la santé disposeront à ce moment d'informations sur les activités de l'ensemble des praticiens agréés. Le registre est développé par les services de l'INAMI avec le SPF Santé publique. Des représentants de chaque profession de la santé ont été consultés à cette fin.

Depuis juillet, un public test restreint a accès au registre, mais toutes les fonctions ne sont pas disponibles et elles ne le seront pas encore fin 2022, lorsque l'ensemble des prestataires de soins auront accès au portail. L'accent sera alors mis sur l'actualisation des coordonnées de tous les prestataires de soins. En 2023, toutes les fonctions du registre des pratiques seront accessibles par le biais du portail pour l'ensemble des professions des soins de santé. Ensuite, nous continuerons à améliorer et à développer le système.

13.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dat het register begin 2023 op punt zal staan, is exact wat wij voor ogen hadden. Het zou uiterlijk in 2023 operationeel zijn.

Als ik u goed begrijp, zult u het constant verbeteren en uitbreiden. Ik zie wel een valkuil. Het is goed dat het register constant wordt uitgebreid met functies, maar het register is niet meer up-to-date, telkens als een mailadres, een telefoonnummer of een adres van de geregistreerde artsen, verpleegkundigen en zorgverstrekkers verandert, wat de getuigen tijdens de hoorzittingen van de covidcommissie een groot probleem noemden.

13.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Il est positif que le registre soit constamment doté de nouvelles fonctions, mais il n'est plus à jour dès lors qu'une modification est apportée à l'adresse électronique, au numéro de téléphone ou à l'adresse des médecins, infirmiers et prestataires de soins enregistrés. J'espère que le ministre se préoccupera

Ik juich het enorm toe dat u het kadaster wilt blijven verbeteren en uitbreiden, maar ik hoop dat u zult blijven waken over het up-to-date houden van de gegevens en dat de geregistreerden bijvoorbeeld zesmaandelijks wordt gevraagd hun gegevens bij te werken. Voor we het weten, hebben we de gegevens dringend nodig en is het register niet langer dynamisch.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

également de cet aspect.

14 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betaalbaarheid van de (tand)zorg" (55030279C)
14 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coût des soins (dentaires)" (55030279C)

14.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de financiële crisis en de energiecrisis hebben een flinke impact op het leven van velen. De hoge facturen hebben spijtig genoeg als ongewenst gevolg dat burgers ook gaan besparen op gezondheidsuitgaven. Ik merk zelf en hoor ook van collega-tandartsen en van artsen dat patiënten afspraken annuleren omdat zij andere prioriteiten hebben en soms ook bang zijn voor een hoge factuur.

Dat probleem doet zich waarschijnlijk voor in vele sectoren, ook van de gezondheidszorg, maar wij weten dat die problematiek bijzonder zwaar doorweegt bij de tand- en mondzorg, aangezien een groot deel van de kosten daarvoor niet wordt terugbetaald. Er is bovendien sprake van tariefonzekerheid, omdat een groot aantal tandartsen niet geconventioneerd is.

Het probleem – wij hebben daar eerder al over gedebatteerd – situeert zich volgens mij echter vooral bij de nomenclatuur, die niet aangepast is aan de huidige behandelmethoden en die ook te weinig focust op preventie in de mondzorg. Wij moeten net inzetten op preventie om de dure en technisch veeleisende behandelingen zoveel mogelijk te vermijden. Het invoeren van een derde-betalersregeling heeft dan ook alleen effect voor behandelingen met een nomenclatuur die de behandeling in kwestie voldoende dekt.

Welke acties zult u op korte en op lange termijn nemen om de betaalbaarheid op het gebied van de tand- en mondzorg te verbeteren, rekening houdend met het behoud van een goede kwaliteit van zorg?

14.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): En conséquence de la crise énergétique, les citoyens limitent de plus en plus leurs dépenses de santé. Nous savons que cette problématique se pose de manière particulièrement aiguë dans les soins dentaires et buccaux parce qu'une grande partie des coûts y relatifs n'est pas remboursée. En outre, une incertitude entoure les tarifs, un grand nombre de dentistes n'étant pas conventionnés. La nomenclature n'a pas été adaptée aux méthodes de traitement actuelles et l'accent est trop peu mis sur la prévention en matière de soins buccaux.

Comment le ministre entend-il améliorer la payabilité des soins dentaires et buccaux, tout en veillant au maintien de la qualité des soins?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, wij hebben dat debat al enigszins gevoerd naar aanleiding van de bespreking van het wetsontwerp houdende diverse bepalingen. Toen zei ik vooreerst dat wij in de loop van dit jaar een enorme investering aan het doen zijn in tand- en mondzorg. We stoppen daar 45 miljoen euro extra budget in.

Dat neemt natuurlijk niet weg dat de nomenclatuur zelf moet worden bekeken, omdat die niet goed meer spoort met de realiteit. Daarvoor wil ik – dat staat overigens ook in het nationaal akkoord tandartsen-ziekenfondsen 2022-2023 – een kostenanalyse uitvoeren om een methodologie voor te stellen die het mogelijk moet maken om de huidige prestaties adequaat te vergoeden. In het akkoord is overigens

14.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Nous avons déjà mené ce débat en partie lors de l'examen du projet de loi portant des dispositions diverses.

En 2022, nous investissons déjà 45 millions d'euros supplémentaires dans les soins dentaires et buccaux. La nomenclature doit également être examinée parce qu'elle ne correspond effectivement plus à la réalité. À cet effet,

ook een passage opgenomen die zegt dat het akkoordensysteem voor de tandartsen zelf moet worden herbekeken.

Meer ga ik daar niet over zeggen, maar het gaat inderdaad over hoe een maximale conventionering te bereiken, een maximale tariefzekerheid en de best mogelijke dekking van wat door de ziekteverzekering onder 'basisprestaties' wordt verstaan.

Parallel daarmee is er het belangrijke gegeven dat we nu de mondhygiënisten echt beginnen te integreren in het systeem. Daarover hebben wij zowat dezelfde opvatting. Op dat vlak zijn we belangrijke stappen vooruit aan het zetten, maar we moeten daarin nog verder gaan.

Ten slotte moeten, meer in het algemeen, tand- en mondzorg, met onder meer mondhygiënisten, goed geïntegreerd worden in de eerste lijn.

Ik ben het er dus mee eens dat we de nomenclatuur grondig moeten herbekijken. Daar zit wel degelijk een probleem. Ik wil niet het hele debat overdoen dat we een vorige keer al hebben gevoerd. We hebben een zeer belangrijke investering gedaan en hebben vastgesteld dat, ondanks die investering, de conventioneringsgraad niet gestegen is. Naast de nomenclatuur herbekijken moeten we dus ook dringend een openhartig debat voeren met de sector, in eerste instantie het best informeel en vertrouwelijk, over hoe de conventioneringsgraad omhoog kan.

14.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij dat ik u hoor spreken van een kostprijsanalyse. Dat is heel belangrijk. Eerder hoorde ik u en andere collega's van Vooruit al zeggen dat er wordt nagedacht over de terugbetaling van implantaten en kroon- en brugwerk, maar dat is niet de essentie of de kern van ons probleem. Dat zijn namelijk zaken die gebeuren als tanden al zwaar aangetast of verdwenen zijn. Dat is nu net wat we moeten vermijden en daarom is de preventieve zorg zo belangrijk. We moeten ernaar streven dat iedereen zijn eigen tanden zo lang mogelijk kan behouden. Zo blijft er ook meer geld over voor die dure behandelingen, al is dat in feite iets wat achteraf komt en wat ook bijna vanzelf zal gebeuren als er voldoende wordt ingezet op preventie.

Ik wil nogmaals zeggen dat we hier echt aandacht voor moeten blijven hebben. De mondhygiënisten kunnen daar een belangrijke rol in spelen. We hebben er eerder al over van gedachten gewisseld, en volgens mij moet effectief datgene uitgebreid worden waarvoor zij allemaal de nomenclatuur kunnen gebruiken. Zij doen immers veel meer dan tanden verzegelen of tandsteen verwijderen. Ze kunnen een heel pakket aanbieden, juist om ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk en het liefst levenslang hun eigen tanden kunnen behouden, zonder dat er kronen, bruggen of implantaten nodig zijn.

Ik pleit er dus voor eerst een goede nomenclatuur te maken en pas daarna de rest aan te pakken. Ik pleit ook voor kwaliteitscontroles. We mogen de sector immers vragen om kwaliteit te leveren als er een betere nomenclatuur komt. Dat mag u van mij zeker meenemen naar

je compte procéder à une analyse de coûts afin de proposer une méthodologie permettant une rémunération adéquate des prestations actuelles. Le système d'accords pour les dentistes eux-mêmes doit également être revu.

À cet égard, il s'agit de savoir comment atteindre un conventionnement maximal et une sécurité tarifaire maximale, tout en offrant une couverture la plus optimale possible de ce que l'on appelle les "prestations de base" dans le cadre de l'assurance maladie. Il importe également d'intégrer complètement les hygiénistes bucco-dentaires dans le système. Par ailleurs, les prestataires de soins bucco-dentaires, en ce compris ces hygiénistes bucco-dentaires, doivent être bien intégrés dans la première ligne. Enfin, en plus de revoir la nomenclature, nous devons débattre d'urgence avec le secteur pour savoir comment augmenter le taux de conventionnement.

14.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Une analyse coût-prix est essentielle. Les soins préventifs permettent d'éviter des interventions coûteuses par la suite. Les hygiénistes bucco-dentaires peuvent jouer un rôle important à ce niveau. Je plaide en faveur de l'établissement d'une bonne nomenclature dans un premier temps, pour ensuite s'atteler au reste. Par ailleurs, j'insiste également sur l'importance des contrôles qualité.

de onderhandelingstafel.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

15 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het overleg van de 'Medicomut'" (55030281C)
15 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concertation au sein de la Commission nationale médico-mutualiste" (55030281C)

15.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat onder andere over telegeneeskunde. Ik heb u daar ook al eerder vragen over gesteld. U gaf toen aan dat er vier nieuwe codes voor telegeneeskunde of teleconsultaties in het leven zijn geroepen. Het verloop daarvan zou gemonitord worden. Ik was toen ook een beetje ongerust over het innen van remgeld, maar u zei me dat dit technisch mogelijk zou zijn en niet voor te veel problemen zou zorgen. U vermeldde ook dat dit bij een telefonische raadpleging mogelijk een groter probleem zou zijn.

Intussen is er overleg geweest op het niveau van de Medicomut en daar kwam toch wel wat verzet van de artsen tegen de voorgestelde regeling. Zo was het honorarium dat aan hen werd voorgesteld niet vanzelfsprekend. Zij stelden zich ook vragen bij het innen van het remgeld, wat volgens hen helemaal niet zo eenvoudig is als werd voorgesteld.

Daarnaast was er ook ongerustheid over het verschuiven van het overleg van de Medicomut naar het Verzekeringscomité, waar de artsen minder inspraak hebben. Daarom heb ik een aantal vragen over beide kwesties.

Wat de regeling voor telegeneeskunde betreft, hoe staat het nu met het innen van het remgeld? Worden er oplossingen uitgewerkt? Hoever staat het daarmee? Wanneer zullen de evaluaties plaatsvinden die u aankondigde? Wanneer komt er een definitieve regeling?

In het licht van een mogelijke nieuwe golf van COVID-19 vragen de artsen om de administratieve last te beperken door een automatisch attest van isolatie uit te reiken wanneer iemand besmet is. Wat is uw houding daarin? Lopen er momenteel gesprekken om een en ander mogelijk te maken? Waardoor wordt dit eventueel nog tegengehouden?

Klopt het dat er een verschuiving is van het overleg van de Medicomut naar het Verzekeringscomité, zoals dat door vele artsen wordt aangevoeld? Op welke manier zult u erover waken dat de stem van de artsen wel degelijk mee blijft tellen en dat er een evenwichtig overleg blijft bestaan tussen de verschillende partners?

15.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): L'instauration de quatre nouveaux codes pour la télémédecine a suscité quelque inquiétude chez les médecins. Des solutions sont-elles en préparation pour la perception du ticket modérateur? Quand l'évaluation suivra-t-elle? D'ici à quand pouvons-nous nous attendre à un dispositif définitif? Une attestation automatique d'isolement en cas de contamination au covid est-elle en voie d'élaboration?

Les médecins craignent d'avoir moins voix au chapitre à présent que, selon eux, la concertation se déplace vers le Comité de l'assurance. Comment le ministre s'y prendra-t-il pour aménager l'équilibre indispensable?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ook dit is een debat dat we al enkele keren hebben gevoerd.

In de regeling voor teleconsultaties is vastgelegd dat er een monitoring zal gebeuren, zowel van het totaal aantal verstrekkingen als op het niveau van de individuele arts. Er is in een evaluatie voorzien op basis van de gegevens die verkregen worden na een jaar.

15.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Selon le groupe de réflexion chargé de l'évaluation des téléconsultations, celles-ci sont indissociables de la problématique plus large de l'organisation et du financement du

De reflectiegroep die belast was met de opdracht om een definitief organisatorisch en financieel kader uit te werken, stelt dat het onmogelijk is om de aspecten van de teleconsultatie te isoleren uit het bredere vraagstuk van de organisatie en financiering van de huisarts. Ik heb die reflectiegroep uitgebreid en belast met een bredere opdracht om inderdaad de huisartsenpraktijk te hervormen. Op basis van een eindrapport, in het voorjaar van 2023, zal ik een voorstel laten uitwerken waarvan een definitieve, betere regeling voor de teleconsultaties deel moet uitmaken.

Ik versta ondertussen de bezorgdheid over de administratieve moeilijkheden bij het innen van het remgeld bij raadpleging op afstand, maar er bestaan toch mogelijkheden om die administratieve moeilijkheid te beperken. Zo hebben verschillende platformen voor videoconsultaties al een betalingsmodule voor het innen van het remgeld. Daarnaast kunnen betalingsverzoeken via QR-code worden gestuurd door de bankapps, via mail enzovoort. Ten slotte is het innen van het remgeld ook niet verplicht. Ik wijs er ook op dat het onder meer op vraag van de artsen in de Medicomut is, dat er geopteerd is voor de mogelijkheid om remgeld te innen. Ook werd hierbij rekening gehouden met de aanbevelingen van de reflectiegroep, die onder meer beklemtoont dat fysieke consultaties en teleraadplegingen gelijkwaardig behandeld moeten worden, en meer precies dat fysieke en teleraadplegingen voor een patiënt dezelfde financiële drempels moeten hebben zodat de keuze tussen de twee niet gestuurd wordt door financiële overwegingen.

Ik ben, in het algemeen, een grote voorstander van het beperken van administratieve overlast voor artsen. Voor mij zou dus inderdaad een bewijs van een positieve COVID-19-test als rechtvaardiging voor de afwezigheid gedurende de isolatieperiode moeten kunnen gelden.

Ik dring daarop aan, ook bij de sociale partners die daarover in overleg zouden moeten gaan. Bij het begin van deze covidgolf, die nu over zijn hoogtepunt heen is, heb ik er bij de federale sociale partners sterk op aangedrongen om die vraag van de artsen echt ter harte te nemen. De sociale partners vinden dat niet evident, maar ikzelf vind die vraag absoluut gerechtvaardigd. Het is jammer dat de sociale partners zoveel moeite hebben om daarover te beslissen. Ik blijf dus aandringen.

Ten slotte is er de vraag of het overleg niet van de Medicomut naar het Verzekeringscomité verschuift. Dat is een foute perceptie. Er is niets veranderd aan de bevoegdheden. Vermoedelijk heeft men het over het feit dat we transversale projecten hebben gedefinieerd, waar verschillende disciplines bij betrokken zijn. Daarvoor hebben we multidisciplinaire werkgroepen gevormd die specifiek zijn samengesteld. Die vallen natuurlijk niet alleen onder Dentomut of Medicomut, omdat men precies een multidisciplinaire benadering wil. De voorstellen van elk van die werkgroepen moeten evenwel worden bevestigd in de overeenkomstencommissies, die binnen elke werkgroep zijn vertegenwoordigd. De klassieke overeenkomsten-commissies verliezen dus helemaal geen macht of invloed, als men dat zou vrezen.

médecin généraliste. La mission du groupe de réflexion a été élargie. Sur la base d'un rapport final qui sera publié au printemps 2023, je demanderai d'élaborer une proposition qui inclura un régime définitif applicable aux téléconsultations.

S'agissant de la perception du ticket modérateur, il est possible de recourir au module de paiement de certaines plateformes de consultations vidéo ou de fournir un code QR. La perception du ticket modérateur n'est d'ailleurs pas obligatoire. Cette demande émanait en réalité des médecins, qui étaient favorables au seuil financier identique pour les consultations physiques et les téléconsultations.

Je suis favorable à ce qu'un test covid positif vaille comme attestation d'absence pour la période d'isolement. Je plaide en faveur de cette mesure auprès des partenaires sociaux.

La perception erronée selon laquelle la concertation se serait déplacée vers le Comité de l'assurance découle probablement de la création de groupes de travail multidisciplinaires pour les projets transversaux. Toutefois, les propositions formulées par ces groupes de travail doivent bel et bien être confirmées au sein des commissions de conventions classiques. Ces dernières ne perdent donc ni leur pouvoir ni leur influence.

15.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het grootste probleem is te vinden bij het remgeld bij teleconsultaties. Patiënten die een videoconsultatie kunnen opstarten, kunnen immers overweg

15.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Une attention suffisante doit être portée à la perception du ticket

met digitale communicatiemiddelen. Bij telefonische consultaties kan ik me evenwel voorstellen dat niet iedereen gewoon is om via een QR-code te werken. Ik zou daar toch de nodige aandacht aan blijven besteden. Misschien hebben wat oudere patiënten daar toch meer problemen mee in sommige gevallen, want ik wil dat zeker niet veralgemenen.

Het gevoel heerst dat er een verschuiving plaatsvindt van Medicomut naar het Verzekeringscomité. Het kan misschien een gevoel zijn dat sommige artsen hebben, maar dat mag niet worden verwaarloosd. Als men het gevoel heeft dat er te weinig inspraak is, dan moet daar toch naar worden geluisterd en moet de nodige geruststelling worden geboden.

modérateur en cas de consultations téléphoniques, car il s'agit souvent de patients moins familiarisés avec les moyens de communication numériques. Mieux vaut rassurer les médecins qui s'inquiètent du glissement de la concertation vers le Comité de l'assurance.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

16 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zorgladder en het statuut van verpleegkundige in opleiding (VIO)" (55030290C)
16 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'échelle des soins et le statut de candidat infirmier" (55030290C)

16.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik stelde u eerder reeds vragen over het functiemodel zorgkunde en verpleegkunde. Er is een interfederale taskforce opgericht om de zorgladder vorm te geven. De werkgroepen basisopleiding en specialisaties hadden hun rapporten in februari 2022 klaar. Er zou echter nog onenigheid zijn over de plaats van de HBO5-verpleegkundigen. In maart 2022 gaf u aan dat u verder overleg met de deelstaten zou inplannen om te bekijken of een aantal meningsverschillen kon worden uitgevlakt.

Vlaanderen heeft ondertussen beslist om een bijkomende premie van 1.000 euro uit te trekken voor bachelorstudenten verpleegkunde die bezig zijn aan het vierjarige traject. Dat is in afwachting van een volwaardig VIO-statuut (verpleegkundigen in opleiding) en dus een structurele oplossing. De HBO5-studenten hebben geen recht op die vergoeding, aangezien ze een kortere opleiding volgen en dus ook sneller aan de slag kunnen.

Hoe verloopt het overleg rond de zorgladder?

Zijn de onenigheden ondertussen van de baan of zijn er nog knelpunten? Zo ja, welke zijn dat dan?

Wordt het volwaardige profiel van de HBO5-verpleegkundigen bevestigd? Wanneer zal dat dossier worden afgehandeld?

Werden er stappen ondernomen omtrent het statuut van de verpleegkundigen in opleiding? Hoe zal dat statuut eruitzien en wanneer kunnen we dat verwachten?

16.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Une *task force* interfédérale a été créée en vue du développement d'une échelle des soins pour le secteur des soins et des infirmiers. Des dissensions subsisteraient encore quant à la place des infirmiers HBO5.

Dans l'attente du développement d'un statut à part entière pour les candidats infirmiers, la Flandre accordera une prime de 1 000 euros aux étudiants de bachelier soins infirmiers qui suivent un parcours de quatre années. Les étudiants HBO5 ne peuvent pas prétendre à cette prime, vu qu'ils suivent une formation plus courte.

Comment se déroule la concertation avec les entités fédérées à propos de l'échelle des soins? Subsiste-t-il des pierres d'achoppement? Le profil à part entière des infirmiers HBO5 sera-t-il confirmé? Quand le dossier sera-t-il clôturé? Quand pouvons-nous attendre un statut à part entière pour les candidats infirmiers?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijn beleidscel legt nu de laatste hand aan een voorontwerp van wet, waarin een volwaardig profiel niveau 5 in de zorgladder verpleegkunde wordt voorgesteld.

16.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Ma cellule stratégique met la dernière main à un avant-

Wanneer de ministerraad het daarmee eens is, zal het natuurlijk worden voorgelegd aan het Parlement. U krijgt daarover dus spoedig meer informatie.

Met betrekking tot verpleegkundigen in opleiding, dat thema is door de taskforce Verpleegkundigen niet behandeld en moet dus verder worden uitgewerkt.

projet de loi prévoyant un profil à part entière pour le niveau 5 dans l'échelle des soins infirmiers. Lorsque le Conseil des ministres l'aura approuvé, il sera soumis au Parlement.

Le statut de candidat infirmier n'a pas été traité par la *task force* et doit encore être élaboré plus avant.

16.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, met betrekking tot de zorgladder en het statuut van de HBO5-verpleegkundigen verwacht ik dan snel meer informatie.

Met betrekking tot het statuut van de verpleegkundigen in opleiding, wordt het debat daarover al ingepland of is dat iets wat helemaal niet ter sprake zal komen?

16.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb gezegd wat ik gezegd heb.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Voor de volgende vraag zijn mevrouw Muylle en de heer Rigot verhinderd.

17 Samengevoegde vragen van
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van klinisch seksuologen" (55030300C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de klinische seksuologie" (55030479C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de seksuologen" (55031420C)
17 Questions jointes de
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des sexologues cliniciens" (55030300C)
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de la sexologie clinique" (55030479C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des sexologues" (55031420C)

17.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, lors de notre échange en juillet dernier au sujet de la reconnaissance des sexologues, vous aviez dit que vous attendiez l'avis définitif du groupe de travail du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale (CFPSSM). Cet avis a été rendu et il ne partage pas les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) de 2016. L'avis du CSS plaidait pour que la fonction de sexologue clinicien soit légalement encadrée, comme une profession autonome, mais aussi la possibilité d'une spécialisation, notamment pour des psychologues ou des médecins.

La Vlaamse vereniging voor seksuologie (VVS)et la Société des sexologues universitaires de Belgique (SSUB) n'ont pas été associées à ce travail du CFPSSM. Ils vous ont alors envoyé ainsi qu'au groupe de travail toute une série de remarques et de

17.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): In juli moest u zich buigen over het advies van de Federale raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen (FRGGZB), dat afweek van het advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) over de erkenning van seksuologen. De HGR pleitte al in 2016 voor de wettelijke omkadering van het autonome gezondheidszorgberoep van klinisch seksuoloog en voor een mogelijke specialisatie voor zorgverstrekkers. Een aantal

commentaires concernant cet avis, qui diverge de la base de travail fondamentale du CSS. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'ils n'ont pas eu d'attention dans ce travail pour leur spécialisation. Je vous avoue être très étonnée de la divergence sur le plan scientifique par rapport à l'avis du CSS.

Avez-vous pris connaissance de l'avis du CFPSSM, mais aussi de celui des sexologues de ces différentes instances? Quelle est votre position dans ce dossier? Il me semble vraiment important pour les patients qu'il y ait un cadre légal tout en tenant compte de la base scientifique apportée par le CSS. Il faut reconnaître la sexologie clinique soit après une formation *ad hoc* spécifique comme profession autonome, soit après une formation de spécialisation en tant que complément à une autre pratique de soins de santé, comme la psychologie ou la médecine.

verenigingen van seksuologen hebben opmerkingen bezorgd, aangezien zij niet bij de werkzaamheden van de FRGGZB betrokken werden.

Ik sta ook versteld van die uiteenlopende adviezen van de beide raden.

Hebt u de adviezen van de FRGGZB en de seksuologen-verenigingen bestudeerd? Wat is uw standpunt? Het is belangrijk voor de patiënten dat er een wettelijk kader is waarbij er rekening gehouden wordt met de wetenschappelijke onderbouwing van de HGR, en dat de klinische seksuologie erkend wordt, hetzij na een specifieke opleiding daartoe als autonoom gezondheidszorgprofessional, hetzij na een specialisatie in een ander gezondheidszorgberoep.

17.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Fonck, j'ai en effet reçu l'avis définitif du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale (CFPSSM) et j'ai également été informé de la position de la Société des sexologues universitaires de Belgique (SSUB) et de la Vlaamse vereniging voor seksuologie (VVS).

Je suis conscient que cet avis du CFPSSM a suscité une certaine inquiétude chez les professionnels des soins de santé. Avec mon cabinet et mon administration, nous avons analysé le dossier, en ce compris l'avis antérieur du Conseil Supérieur de la Santé (CSS). Nous mettrons sur pied prochainement un groupe de travail afin de préparer la reconnaissance des sexologues cliniciens comme une profession des soins de santé à part entière au sein des soins de santé mentale, aux côtés des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens.

L'objectif est de s'appuyer sur l'avis du CSS, complété par les conclusions utiles de l'avis du CFPSSM. Nous espérons enregistrer les progrès nécessaires dans un avenir proche pour arriver à la reconnaissance des sexologues cliniciens.

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb het advies van de FRGGZB ontvangen en men heeft me over het standpunt van de Société des sexologues universitaires de Belgique (SSUB) en de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS) geïnformeerd.

Dat advies van de FRGGZB heeft voor onrust bij de gezondheids-zorgbeoefenaars gezorgd. We hebben het dossier, met inbegrip van het voorafgaande advies van de HGZ, geanalyseerd. Binnenkort zal een werkgroep zich over de voorbereiding van de erkenning van de klinische seksuologie als gezondheidszorgberoep buigen, naast onder meer de klinische psychologie.

Het is de bedoeling dat men zich op het advies van de HGR baseert, aangevuld met de conclusies van de FRGGZB. We hopen dat we snel de noodzake-lijke vooruitgang kunnen boeken op het stuk van de erkenning van de klinisch seksuologen.

17.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'entends la mise en place de ce groupe de travail, mais j'espère surtout que cette initiative vise l'ouverture et le dialogue, afin d'essayer de parvenir à une issue positive, dans le respect des uns et des autres. Je me réjouis que vous comptiez vous appuyer sur l'avis du CSS, mais vous ajoutez que cet avis sera complété par celui du CFPSSM.

En réalité, il y a au sein du CFPSSM une contradiction profonde sur le fait que le sexologue puisse avoir une formation spécifique - un master en sexologie - et une pratique autonome. Là où ils pourraient se rejoindre, et il me semble qu'il s'agit là du socle commun, c'est sur la reconnaissance effective de la fonction de sexologue clinicien, mais avec une double option: soit un master indépendant en sexologie, soit un certificat universitaire complémentaire.

Il me semble qu'il y a là en la matière les éléments scientifiques qui vont dans ce sens. À cet égard, je fais référence au CSS, mais aussi, très clairement, à plusieurs autres pays ainsi qu'à des études scientifiques qui ont été publiées sur le sujet, et cela devrait permettre, selon moi, d'aboutir positivement et rapidement. Néanmoins, j'attire vraiment votre attention sur l'opposition entre une partie du CFPSSM et le CSS. Il y a selon moi un problème sur ce plan, et je pense qu'il faudra repartir de la base scientifique.

17.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Ik hoop dat die werkgroep zal bijdragen tot meer openheid en dialoog, zodat men tot een positieve uitkomst kan komen. Ik ben blij dat u zich op het advies van de HGR baseert, maar u voegt daaraan toe dat het advies van de FRGGZB een aanvulling daarop zal vormen.

De FRGGZB is echter verdeeld over het feit dat seksuologie zowel een academische specialisatie – een master in de seksuologie – als een op zichzelf staand beroep kan zijn. Ze zouden het eens kunnen zijn over de erkenning van de functie van klinisch seksuoloog met een dubbele optie: hetzij een master in de seksuologie, hetzij een bijkomend universitair getuigschrift.

In dat opzicht verwijs ik naar het advies van de HGR, maar ook naar andere landen en naar wetenschappelijke studies. Ik wil uw aandacht vestigen op de tegenstelling tussen een deel van de FRGGZB en de HGR. Dat is een probleem en men moet een en ander herbekijken op basis van de wetenschappelijke grondslag.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

18 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De risico's op CO-vergiftiging deze winter" (55030303C)
18 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les risques d'intoxication au monoxyde de carbone au cours de cet hiver" (55030303C)

18.01 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de vraag is eigenlijk heel kort.

Als gevolg van de hoge energieprijzen grijpen heel wat burgers terug naar verwarming op hout of zelfs steenkool. Twee weken geleden hoorden we nog over een incident in het Antwerpse, waarbij een moeder en dochter een zware CO-vergiftiging opliepen omdat ze een barbecue in hun living hadden geplaatst om het warm te krijgen.

Ik heb daarover drie eenvoudige vragen.

Hoe schat u het hogere risico op CO-vergiftiging in?

Ligt er iets binnen uw bevoegdheid om hierover te sensibiliseren?

18.01 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): À la suite de l'envolée des prix énergétiques, beaucoup de citoyens se tournent vers le chauffage au bois ou même au charbon.

Comment le ministre évalue-t-il, dès lors, le risque accru d'intoxications par le monoxyde carbone? Coopère-t-il, à cet égard, avec les entités fédérées?

Hoe werkt u samen met de regio's om het probleem ter sprake te brengen?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het is zeker zo dat de stijging van de energieprijzen sommige mensen aanzet om hout- of kolenkachels te gebruiken waar ze dat eerder niet deden. Dat houdt duidelijk gezondheidsrisico's in.

De beheersing van dergelijke risico's hangt af van een goede ventilatie, zowel om een goede verbranding van het verwarmingstoestel te garanderen en zo de vorming van CO te beperken, als om de in de ruimte aanwezige of achtergebleven verontreinigende stoffen af te voeren.

Het Belgisch Antigifcentrum publiceert hierover vele pagina's, vooral in deze periode kort voor de winter. Een aantal levensreddende onderwerpen zijn ook te vinden op hun website, zoals 'Wat te doen bij CO-vergiftiging?', 'Hoe herkent u CO-vergiftiging?' en 'Hoe CO-vergiftiging voorkomen?' Uiteraard is de vermindering van de CO-uitstoot aan de bron een belangrijke stap bij de keuze van een verwarmingssysteem en dat moet ook zo zijn. Verwarmingsapparaten die weinig of geen CO uitstoten, zijn natuurlijk veruit te verkiezen.

De Europse ecodesignregelgeving legt drempelwaarden vast die apparaten niet mogen overschrijden. Marktcontrole op die toestellen is ook cruciaal. De inspectiediensten van de DG Leefmilieu voeren nu ook controles uit.

CO-emissies zijn het gevolg van de onvolledige verbranding in een verwarmingstoestel dat koolstofhoudende brandstoffen gebruikt. Daarvoor moet worden bewerkstelligd dat aan de gebruiksvoorwaarden van het toestel wordt voldaan, met name wat betreft luchtdebiet, ventilatie dus.

De rol van de installateurs is cruciaal voor de installatie van die toestellen, maar ook voor de dimensionering van de luchtinlaat in de woning en de schoorsteen, die 100 % van de verbrandingsproducten moet afvoeren. Dat laatste is een regionale bevoegdheid, maar ik voeg dit toch maar toe, omdat het bijzonder belangrijk is.

18.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'utilisation accrue de poêles au bois et au charbon comporte effectivement des risques sanitaires indéniables. Tout dépend de la qualité de la ventilation et de la combustion – pour limiter la quantité de CO – ainsi que de l'évacuation des substances polluantes. Le Centre Antipoisons publie régulièrement des articles sur le sujet sur son site web, et ce, surtout à l'approche de l'hiver.

Il est évidemment préférable de privilégier les appareils qui rejettent peu ou pas de monoxyde de carbone. Des valeurs seuil européennes sont d'application à cet égard et le contrôle de marché est crucial, tout comme le rôle des installateurs, qui doivent prévoir une entrée d'air suffisante.

18.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Uiteraard is het goed dat het Belgisch Antigifcentrum daarover communiceert. In de vorige eeuw werd er nog veel meer met hout- en kolenkachels verwarmd. Toen werd bij slechte weersomstandigheden standaard in het nieuws vermeld dat de mensen ervoor moesten zorgen dat ze voldoende ventileerden. Ze moesten waakzaam blijven wanneer een kaars uitging. Misschien is dit moment wel het juiste om dat allemaal nog eens naar boven te halen, samen met de regio's. Sensibilisering en preventie zijn immers taken van de regio's. Er zijn risico's voor de volksgezondheid. Het lijkt me niet verkeerd om de communicatie van toen opnieuw boven te halen.

Toen ik mijn vraag indiende, was het incident met die barbecue nog niet gebeurd. Uiteraard weet iedereen dat een barbecue voor buiten bestemd is, maar wie het echt koud heeft en de rekeningen niet meer kan betalen, zoekt oplossingen om het warm te krijgen en denkt er dan wellicht niet bij na dat dat een groot risico voor de gezondheid inhoudt. Verhoogde sensibilisering en informatieverstrekking zijn dus

18.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Dans le passé, les poêles à bois et à charbon étaient encore beaucoup plus couramment utilisés et en cas de mauvaises conditions climatiques, par exemple, les citoyens étaient avertis qu'ils devaient ventiler leur habitation. Peut-être ces avertissements devraient-ils à nouveau être diffusés, en collaboration avec les entités fédérées puisqu'elles sont compétentes en matière de sensibilisation et de prévention.

wel op hun plaats.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

19 Samengevoegde vragen van
- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken betreffende het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan (FVGP)" (55030313C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Voedings- en Gezondheidsplan" (55031416C)
19 Questions jointes de
- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation concernant le Plan Fédéral Nutrition Santé (PFNS)" (55030313C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Plan Nutrition Santé" (55031416C)

19.01 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, in uw beleidsnota voor 2022 gaf u aan te werken aan het nieuwe Federaal Voedings- en Gezondheidsplan voor de periode 2021-2030. Voor de formele validering van het plan zou eind 2021 een raadpleging van experts op het gebied van voeding worden georganiseerd. De implementatie zou dan vanaf 2022 met de belanghebbenden worden besproken.

Met welke experts werden raadplegingen gehouden? Met welke belanghebbenden werd de implementatie besproken? Wat was het resultaat?

De vorige plannen liepen van 2006 tot 2014 en van 2015 tot 2020. Waarom werd de duurtijd van het Voedingsplan telkens opnieuw aangepast? Waarom wordt er nu voor gekozen het plan te laten lopen tot 2030?

Werd een evaluatie gemaakt van de vorige plannen? Welke voorstellen of concrete acties zijn daaruit voortgekomen?

Eind 2021 gaf u aan een dialoog te zullen starten met Comeos en Fevia om de kleinhandelaars bewust te maken van het belang van gezonde voeding in hun reclamefolders. Welke nieuwe voorstellen en acties kwamen daaruit voort?

Wanneer meent u het plan formeel te kunnen valideren?

19.01 **Mieke Claes** (N-VA): Dans sa note de politique générale, le ministre prévoit un nouveau Plan Fédéral Nutrition Santé (PFNS) pour la période 2021-2030. Il entendait consulter des experts en nutrition fin 2021 et la mise en place du plan serait discutée avec les parties prenantes à partir de 2022.

Ces intentions ont-elles été concrétisées? Quelles parties y ont été associées? Quel en a été le résultat? Pourquoi ce nouveau plan doit-il valoir pour une période aussi longue? Les plans précédents ont-ils déjà été soumis à une évaluation? Le dialogue avec Comeos et Fevia au sujet des dépliants publicitaires a-t-il porté ses fruits? Quand le PFNS sera-t-il formellement validé?

19.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, mon intervention sera courte.

Monsieur le ministre, l'actuel Plan Fédéral Nutrition Santé (PFNS) sera-t-il évalué? Par qui? L'évaluation sera-t-elle indépendante? Les experts désignés (ou qui le seront) pour procéder à cette évaluation feront-ils une déclaration d'intérêt?

19.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Zal het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan op onafhankelijke wijze geëvalueerd worden? Door wie? Zullen de experts een belangenverklaring afleggen?

19.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ten eerste, het voedingsplan is niet nieuw, maar een voortzetting van het plan 2016 tot 2020. Daarom is de tekst slechts aan een beperkt aantal wetenschappelijk deskundigen voorgelegd, die er al sinds de lancering van het voedingsplan in 2006 bij betrokken waren. De bedoeling is om de strategische krachtlijnen van de acties die door mijn administratie zijn voorgesteld, te herbekijken. Eén strategische krachtlijn heeft een nieuwe titel gekregen en eigenlijk zijn de behandelde thema's

19.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Ce PFNS n'est en fait pas nouveau puisqu'il constitue la continuation du plan précédent. C'est pourquoi le texte a été présenté à un groupe restreint d'experts déjà impliqués depuis 2006. Les thématiques sont

dezelfde als voorheen. Voorstellen om de acties te verfijnen, zijn in aanmerking genomen. Het grootste deel van de tekst voldeed blijkbaar aan de verwachtingen.

Ten tweede, het voedingsplan heeft tot doel om de incidentie van niet-overdraagbare ziekten die gekoppeld zijn aan slechte voeding en een sedentaire levensstijl, zoals obesitas, cardiovasculaire ziekten, diabetes type 2, sommige vormen van kanker, hypertensie en hypercholesterolemie, te doen dalen. Het plan werd opgevat vanuit het perspectief van duurzaamheid en houdt rekening met de systemen van de Development Goals 2, 3 en 12 van de Verenigde Naties en met de European Green Deal, met in het bijzonder de Europese farm-to-forkstrategie. De nutritionele doelstellingen zijn dezelfde als in 2006, aangevuld met de nieuwe voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad.

Ten derde, de looptijd van het plan is verlengd, omdat de effecten van een voedingsbeleid op het niveau van een land en van de bevolking zich ten minste over een generatie uitstrekken. De kwestie van ongezonde voedingsgewoonten en een sedentaire levensstijl staat in ons land helaas nog altijd op de agenda. Bijna de helft van de bevolking heeft overgewicht of lijdt aan obesitas, want volgens de recentste gezondheidsenquête van 2018 heeft 49,3 % van de populatie een BMI gelijk aan of hoger dan 25.

restées les mêmes, et seul un axe stratégique s'est vu attribuer un nouveau titre. Hormis un certain nombre de propositions visant à affiner certaines actions, le texte répond toujours aux attentes.

L'objectif de ce plan consiste à réduire l'incidence des maladies non transmissibles liées à une mauvaise alimentation et à un mode de vie sédentaire. Le plan mise sur la durabilité et tient compte des objectifs de développement 2, 3 et 12 des Nations Unies, ainsi que du Green Deal européen, en particulier sa stratégie "de la ferme à l'assiette". Les objectifs nutritionnels sont identiques à ceux de 2006, même s'ils ont été complétés par les nouvelles recommandations nutritionnelles du Conseil Supérieur de la Santé.

La durée de ce plan est en effet plus longue car les effets d'une politique alimentaire s'étendent sur au moins une génération. Les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité sont hélas toujours problématiques dans notre pays, et près de la moitié de notre population est en surpoids.

Quatrièmement, la période précédente n'a pas fait l'objet d'une évaluation externe. Mais, depuis 2018, dans le cadre du projet Nutritrac, nous développons, conjointement avec Sciensano, un suivi de la composition des aliments préemballés vendus sur le marché belge. Ce suivi nous permettra de suivre l'évolution de la composition des produits dans le temps et de vérifier si les fabricants ont fait des efforts de reformulation, conformément aux engagements qu'ils ont pris, en 2016, avec Fevia et Comeos, dans le cadre de la Convention Alimentation Équilibrée.

Il est stipulé dans le Plan Nutrition 2021-2030 que les chiffres du suivi Nutritrac seront abordés avec les secteurs et qu'il sera vérifié si des efforts supplémentaires devront être envisagés pour améliorer la composition nutritionnelle. Si nécessaire, la voie de la réglementation ne sera pas exclue.

Les six axes stratégiques énumèrent plusieurs actions concrètes dont des actions pour réduire le marketing alimentaire ciblant les enfants, améliorer les environnements alimentaires, envisager une politique fiscale pour rendre les fruits et légumes plus accessibles, augmenter la consommation de céréales complètes par la population en introduisant un logo sur les produits qui en contiennent suffisamment – on peut, par exemple, se référer au Danish Whole Grain

De vorige periode werd niet extern geëvalueerd, maar sinds 2018 volgen wij samen met Sciensano de samenstelling van voorverpakte voedingsmiddelen via Nutritrac op. Op die manier kunnen we nagaan of de fabrikanten inspanningen geleverd hebben die in de lijn liggen van het Convenant Evenwichtige Voeding. Het FVGP 2021-2030 bepaalt dat de cijfers van de Nutritrac-follow-up met de sector besproken zullen worden en dat er eventueel extra inspanningen overwogen zullen worden, zonder dat regelgevende initiatieven uitgesloten zijn.

De zes strategische krachtlijnen omvatten verscheidene concrete acties, met name de beperking van op kinderen gerichte voedingsmarketing, de verbetering

Partnership –, financer une étude sur la base de laquelle le statut nutritionnel de l'iode peut être surveillé au sein de la population, améliorer le dépistage et la prise en charge de la sous-nutrition chez les patients et les personnes âgées, pérenniser l'attribution du label "Hôpital Amis des Bébés" afin d'augmenter le pourcentage des allaitements maternels et le contact corporel avec les bébés.

Cinquièmement, nous n'avons pas encore entamé de dialogue avec le commerce de détail, mais nous avons l'intention de le faire dans les prochains mois.

Sixièmement, la validation est presque terminée et le plan pourra être publié prochainement.

van de voedselomgevingen, het plan om voor groenten en fruit een fiscaal gunstregime in te voeren, de verhoging van de consumptie van volkorengraanproducten aan de hand van een logo, de financiering van een studie om toezicht te houden op de nutritionele status van jodium bij de bevolking, de verbetering van de opsporing van ondervoeding bij zieken en senioren en de behandeling ervan en de bestendiging van het label 'Babyvriendelijk Ziekenhuis' ter bevordering van borstvoeding en lichamelijk contact met baby's.

We zullen trouwens hierover de komende maanden in dialoog gaan met de detailhandel. Het plan is tot slot bijna bekrachtigd en zal binnenkort gepubliceerd worden.

19.04 **Mieke Claes** (N-VA): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister. Ik ben enigszins teleurgesteld dat u, aangezien het plan gewoon wordt voortgezet, het voldoende acht om te steunen op de deskundigen van voorheen en dat u geen nieuw advies inwint. Het middenveld is ontgoocheld, omdat bepaalde organisaties niet zijn geraadpleegd. Ik begrijp alvast hun bezorgdheid.

Ik vind het een vreemde reactie: het lijkt haast alsof u het plan onvoldoende belangrijk vindt, terwijl de cijfers inzake overgewicht en obesitas de dramatische kant uit gaan. We zijn dan ook niet de enigen bij wie het plan aanvoelt als een lege doos.

Ook al ben ik tevreden over uw concrete acties, onder meer inzake kinderen en het fiscaal beleid, het voelt alsof er veel kostbare tijd verloren is gegaan.

19.04 **Mieke Claes** (N-VA): Je suis déçue d'entendre le ministre déclarer qu'il n'impliquera pas de nouveaux experts. Certaines organisations de la société civile regrettent également de ne pas avoir été consultées. Ce plan ressemble à une coquille vide alors même que le surpoids et l'obésité sont de plus en plus incontrôlables. Nous perdons ainsi un temps précieux.

19.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous nous présentez quelques mesures concrètes. Je suis aussi en faveur de la TVA à 0 % sur les fruits et les légumes; j'ai d'ailleurs déposé un texte à cet effet voici plusieurs mois. Mais le cœur des questions était quelque peu différent, me semble-t-il.

Ce n'est pas parce que ce n'est pas un nouveau plan et que le plan actuel est toujours d'application que ce dernier ne doit pas être évalué. Bien au contraire! Sur le plan scientifique, c'est de l'ordre de l'évidence. Je ne pourrais pas imaginer qu'il ne fasse pas l'objet d'une évaluation.

Je vous ai posé des questions claires. Par qui ce plan sera-t-il évalué? Autrement dit, quels seront les experts autour de la table? Je n'ai obtenu aucune réponse.

L'indépendance sera-t-elle garantie? Aucune réponse.

19.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Het is niet omdat dat plan nog steeds van toepassing is dat het niet geëvalueerd moet worden. Integendeel, dat is een wetenschappelijke no-brainer! U hebt niet geantwoord op de vraag over de experten die de evaluatie zullen uitvoeren en hun onafhankelijkheid. U bent evenmin ingegaan op de vraag of ze een algemene belangenverklaring ondertekend hebben, zoals voorgeschreven door de wet van 2013.

U veegt die belangrijke kwesties van tafel of uw administratie heeft

Les experts chargés de l'évaluation signeront-ils une déclaration d'intérêt, comme la loi de 2013 l'impose (mais c'est aussi une évidence sur le plan scientifique)? Aucune réponse.

Vous balayez ces questions importantes d'un revers de la main ou alors votre administration vous a préparé une réponse faisant en sorte d'éviter le cœur du sujet.

Des questions se posent, y compris du côté des secteurs. À cet égard, votre responsabilité en tant que ministre de la Santé est d'exiger une évaluation indépendante des objectifs et des mesures du PFNS. J'ose espérer qu'il en sera ainsi pour la crédibilité de ce plan et la vôtre en tant que ministre de la Santé.

een antwoord opgesteld waarin de kern van de zaak omzeild wordt. Het is uw verantwoordelijkheid om een onafhankelijke evaluatie te eisen van de doelstellingen en de maatregelen van het FVGP.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

20 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het risico op ondervoeding in ziekenhuizen" (55030314C)
20 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le risque de dénutrition dans les hôpitaux" (55030314C)

20.01 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, ondervoeding in ziekenhuizen is een onderwerp dat me heel na aan het hart ligt. Uit een grootschalige studie vorig jaar van het UZ Leuven in samenwerking met vijf andere Belgische ziekenhuizen bleek dat een op de vijf mensen die opgenomen zijn in het ziekenhuis, risico loopt op ondervoeding. Van alle patiënten afkomstig uit een woon-zorgcentrum had zelfs een op de drie bij opname al een risico op ondervoeding. Het is belangrijk dat die patiënten op het vlak van voeding goed worden opgevolgd want zij hebben een grotere kans op overlijden tijdens hun opname en moeten vaker worden heropgenomen. Volgens een onderzoekster van de studie zijn er simpelweg te weinig ziekenhuisdiëtisten om alle patiënten te kunnen begeleiden aangezien een individueel voedingstraject erg intensief is. Bijkomend worden de opvolging na hospitalisatie, met de eventuele nodige bijvoedingen, niet terugbetaald.

Klinische diëtisten moeten een patiënt aan het eten krijgen en laten aansterken, maar beschikken dus blijkbaar niet altijd over de nodige middelen om individuele voedingstrajecten te garanderen.

Welke nieuwe acties en initiatieven bereidt u in het kader van het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan 2021-2030 voor om ondervoeding in ziekenhuizen tegen te gaan?

Welke middelen zullen hiervoor vrijgemaakt worden en vanwaar zullen die komen?

Hoe zullen deze acties en hun resultaten gemonitord worden?

20.01 **Mieke Claes** (N-VA): Il ressort d'une étude récente qu'une personne hospitalisée sur cinq présente un risque de sous-nutrition. Selon les chercheurs, cette situation est due à un manque de diététiciens et au fait que les aliments de complément ne sont pas remboursés après une admission à l'hôpital.

Quelles initiatives le ministre prendra-t-il pour combattre la sous-nutrition dans les hôpitaux?

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Claes, ondervoeding in ziekenhuizen, woon-zorgcentra en thuiszorg maakt deel uit van het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan sinds 2006, en vormt daarin ook een specifieke strategische krachtlijn. Er zijn ook al heel wat concrete acties ondernomen, zoals de oprichting en de financiering van voedingsteams in het ziekenhuis om ondervoede patiënten op te sporen en adequate zorg te garanderen, met name

20.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Depuis 2006, la sous-nutrition dans les hôpitaux, les MRS et le secteur des soins à domicile fait partie du Plan Fédéral Nutrition Santé. De nombreuses actions concrètes ont déjà été

ook in het kader van transmurale aanpak.

In het kader van het voedingsplan werd een voedingscharter voor de woon-zorgcentra opgesteld, dat overgenomen werd door het Waals Gewest in het kader van de erkenning van de woon-zorgcentra. De FOD Volksgezondheid heeft ook zijn steun verleend aan de ontwikkeling van het Belgische platform ONCA – Optimal Nutrition Care for All. Dit platform brengt alle partners die betrokken zijn bij de problematiek van ondervoeding samen om de voedingszorg en zorg voor de patiënt te verbeteren. Tot op heden telt ONCA Belgium 45 stakeholders, waaronder de gezondheidsautoriteiten – federaal en regionaal –, verschillende ziekenhuizen en directeurs van woon-zorgcentra, patiëntenvertegenwoordigers, vertegenwoordigers van grootkeukens, diëtisten, verpleegkundigen, verenigingen van huisartsen, geriaters, gastro-enterologen, de industrie van voedingssupplementen en voor bijzondere voeding, enzovoort.

Het platform ONCA Belgium werkt al zeven jaar rond een aantal thema's: *awareness and public relations, policies, standards and quality indicators, reimbursement/financing of food supplements, enteral and parenteral nutrition, implementation of nutritional care in all healthcare sectors – hospitals, care homes and community* – en, ten slotte, *education*. Dat klinkt al zeer sterk, maar ik voeg er direct aan toe dat er nog veel moet worden gedaan.

De vereiste acties zijn volgens mij onder meer: bewustmaking van het ondervoedingsprobleem bij verzorgend personeel en ziekenhuis-beheerders, terugbetaling van voedingssupplementen voor patiënten in klinische situaties, terugbetaling van dieetconsulten voor ondervoede patiënten, verbetering van de kwaliteit van de catering in zorginstellingen en woon-zorgcentra, betere communicatie tussen de woon-zorgcentra en de thuiszorg en de ziekenhuizen – dan hebben we het opnieuw over transmuraal werken –, de uitwerking van voedingsinterventieprotocollen op ziekenhuisniveau en met een screening van de patiënten. Kortom, we willen de acties op het gebied van ondervoeding voortzetten in de nieuwe periode van het federaal voedingsplan, omdat ik denk dat we nog bijkomende maatregelen moeten nemen.

Wat de monitoring betreft, beoordelen de ziekenhuizen de voedings-toestand van de patiënten bij opname en ontslag. Dat is ook zo in woon-zorgcentra en in mindere mate in de thuiszorg.

Nutrition Day is een wereldwijd auditinitiatief dat in november plaatsvindt, dit jaar op 10 november, en dat ook een beeld geeft van de situatie doordat het aantal bedden met ondervoede patiënten in ziekenhuizen en woon-zorgcentra wordt geteld. De situatie kan daarmee van jaar tot jaar worden vergeleken.

20.03 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u aangeeft dat er nog een lange weg te gaan is. Die mening delen wij. U geeft aan dat ondervoeding sinds 2006 in het plan is opgenomen. Dat is natuurlijk goed. Er zijn veel goede initiatieven en er is zeker al een weg afgelegd. Ik heb veertien jaar klinische ervaring en ik zie natuurlijk ook een positieve evolutie, maar die gaat heel traag, te traag.

U spreekt over het verplichte bestaan van een voedingsteam in elk

entreprises, telles que la création d'équipes nutritionnelles au sein des hôpitaux. Une charte nutritionnelle a également été élaborée pour les MRS. Le SPF Santé publique soutient la plateforme Optimal Nutrition Care for All (ONCA), qui réunit toutes les parties prenantes.

Quels sont les axes d'amélioration? La sensibilisation devrait être renforcée auprès du personnel soignant et des gestionnaires des hôpitaux, les séances de diététiciens et les suppléments alimentaires devraient être remboursés pour les patients souffrant de dénutrition, la qualité des menus devrait être améliorée, la communication entre les maisons de repos, les acteurs des soins à domicile et les hôpitaux devrait être renforcée et des protocoles en matière d'alimentation devraient être élaborés en milieu hospitalier.

Les hôpitaux évaluent l'état nutritionnel des patients à l'admission et à la sortie. Cet aspect est également surveillé par les maisons de repos et par les acteurs des soins à domicile. Le nombre de patients en dénutrition est compté sur le plan mondial lors du Nutrition Day.

20.03 **Mieke Claes** (N-VA): Des initiatives ont déjà été prises, mais nous constatons trop peu de progrès. Les équipes Nutrition disposent de moyens trop limités. Certains hôpitaux ont des besoins beaucoup plus importants étant donné qu'ils comptent davantage de patients en gériatrie. Les

ziekenhuis. Ik heb daar ook in gezeteld. Een voedingsteam is mooi, maar als er te weinig middelen zijn, bereikt dat zijn doelstellingen ten aanzien van de patiënt niet altijd. Daar zit vaak het probleem. Alle initiatieven ten spijt moet er toch worden nagedacht hoe de doelstellingen ten aanzien van de patiënt kunnen worden gehaald.

Er zijn ook grote verschillen tussen ziekenhuizen. Er zijn ziekenhuizen met een lager aantal geriatrische patiënten qua opnames. Sommige ziekenhuizen hebben meer geriatrische of oncologische patiënten, waardoor de noodzaak van opvolging van ondervoede patiënten ook groter is. Ik weet niet of dit altijd mee in overweging genomen wordt als het gaat om het aantal diëtisten dat tewerkgesteld kan worden.

Klinische diëtisten zijn zeer gemotiveerd om aan het probleem te werken, maar zijn spijtig genoeg niet altijd voldoende in aantal om hun werk goed uit te voeren.

diététiciens sont souvent aussi trop peu nombreux pour pouvoir accomplir leur travail convenablement.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

Le **président**: Les questions n°s 55030400C et 55030401C de Mme Taquin sont reportées à sa demande.

21 Samengevoegde vragen van
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het farmapact" (55030422C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitblijven van een nieuw farmapact" (55030600C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het farmapact" (55030921C)
21 Questions jointes de
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le pacte pharmaceutique" (55030422C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'absence d'un nouveau pacte avec l'industrie pharmaceutique" (55030600C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le pacte pharmaceutique" (55030921C)

21.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, u begraaft uw in het regeerakkoord opgenomen ambitie om een farmapact tot stand te brengen. Dat heeft tot doel de procedure in artikel 111 met betrekking tot de terugbetaling van geneesmiddelen te hervormen en de verhouding met de farma-industrie transparanter te maken. Dat is uiteraard een mooi initiatief. Helaas blijkt het nu enkel om woorden te gaan en niet meer om concrete daden. We lazen in de media onder andere: “De federale overheid begraaft de ambitie van haar regeerakkoord voor een nieuw meerjarenplan voor de genees-middelenindustrie".

Klopt dat bericht? Zo ja, waarom voert u het regeerakkoord niet uit?

Welke gevolgen heeft dit voor de begroting gezondheidszorg en voor de betaalbaarheid van farmaceutische producten?

Welke gevolgen heeft het op vlak van de toegankelijkheid van innovatieve therapieën en op vlak van innovatie en onderzoek?

De verschillende thema's van de noodzakelijke hervormingen van de gezondheidszorg zijn onlosmakelijk met elkaar en met het farmapact

21.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Selon les médias, il n'y aura pas de pacte pharmaceutique.

Pourquoi ce point de l'accord de gouvernement n'est-il pas mis en œuvre? Quel est l'impact sur le budget des soins de santé et sur la payabilité des produits pharmaceutiques? Quelles sont les conséquences pour l'accès aux thérapies innovantes et en matière d'innovation et de recherche? Quelle est l'incidence sur d'autres réformes, comme le financement des hôpitaux?

verbonden. Welke gevolgen heeft de niet-verwezenlijking van het farmapact op de andere hervormingen of werven, zoals de ziekenhuisfinanciering?

21.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Wij vernamen via de media dat u geen nieuw farmapact zult sluiten met Big Pharma. Ik stond alvast vrij kritisch tegenover het pact, omdat u mijns inziens een pact moet aangaan met mensen en niet met Big Pharma. Waarom hebt u ervoor gekozen om niet door te gaan met het pact?

U kondigde aan dat werkgroepen naar speerpunten moesten toewerken. Wat is de stand van zaken daar? Waarin moet dat resulteren? Kunt u preciezer zijn over de onderwerpen die zullen worden aangepakt?

U beloofde steeds naar aanleiding van mijn vragen over onder andere de prijzen van de geneesmiddelen, het OpenPharmadossier en de prijzen van innovatieve medicatie en kankertherapie dat u dat in het kader van het pact zou bespreken. Maar zult u, nu er geen pact komt, die thema's wel aan bod laten komen in de speerpunten en de farma-industrie voorwaarden inzake transparantie over de kostenstructuur, de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van medicatie opleggen?

Welke maatregelen zult u nemen ter beheersing van het geneesmiddelenbudget rond de innovatieve therapieën?

Wat zult u doen aan de torenhoge prijzen voor innovatieve geneesmiddelen?

Wat is uw plan met de vele onderhandelingen in het kader van de toepassing van artikel 111?

Hoe zult u in het licht van het OpenPharmaschandaal onze volksgezondheid minder afhankelijk maken van commerciële belangen?

21.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Pourquoi renonce-t-on à l'idée d'un pacte pharmaceutique? Quel est l'état d'avancement des groupes de travail? Sur quels projets concrets se penchent-ils? Des conditions seront-elles imposées à l'industrie pharmaceutique en matière de transparence sur la structure de coûts, la disponibilité et l'accessibilité des médicaments? Comment maintiendra-t-on sous contrôle le budget pour les médicaments innovants? Qu'adviendra-t-il des nombreux médicaments relevant de l'article 111? Comment veillera-t-on à rendre la santé publique moins dépendante des intérêts commerciaux?

21.03 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, het farmapact wordt in het regeerakkoord beschreven als een ambitie. Dat pact blijkt er nu niet te komen. Men zou werken met een speerpuntenplan.

Wat is concreet de bedoeling van de werkwijze op basis van speerpunten? Zullen er per werkgroep concrete acties uitgewerkt worden? Welke werkgroepen zullen opgericht worden? Welke timing stelt u voorop voor de samenstelling van de werkgroepen, de besprekingen en de realisaties? Hoe zullen de werkgroepen functioneren?

Wat is het budgettair kader voor de nieuwe werkwijze en de realisaties op basis van de speerpunten? Er zijn immers heel wat uitdagingen, onder andere de betaalbaarheid van medicijnen en de terugbetalingsprocedures. Men hoopte steeds dat het farmapact tegemoet zou komen aan tal van uitdagingen. Hoe zult u daarin slagen met het speerpuntentraject dat u nu voor ogen hebt?

21.03 **Nawal Farih** (cd&v): Le pacte pharmaceutique devrait être remplacé par un plan de priorités.

Quels groupes de travail seront-ils créés? Chaque groupe élaborera-t-il des actions concrètes spécifiques? Quel est le calendrier? Comment ces groupes de travail fonctionneront-ils? Quel est le cadre budgétaire? Comment les défis existants seront-ils relevés?

21.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, door de covidpandemie is het niet mogelijk geweest voor mijn administratie en mijn beleidscel, noch voor de actoren op het terrein, om tijdig een proces op te starten om tot een omvattend nieuw pact te komen.

21.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En raison de la pandémie de Covid-19, la procédure visant à aboutir à un nouveau pacte global n'a pas pu démarrer à temps. Des

Ik heb intussen wel reeds de nodige stappen gezet om conform het regeerakkoord te komen tot toekomstgerichte oplossingen voor actuele kwesties, namelijk onderzoek en ontwikkeling, beschikbaarheid van geneesmiddelen, snelle toegankelijkheid, efficiënte terugbetalingsprocedures, doelmatigheid en bescherming van de patiënt. Dat gebeurt in samenspraak met de industrie en alle pertinente actoren.

In het begin van de zomer heb ik aan het RIZIV gevraagd om een aantal lopende activiteiten in een gestructureerder proces op te nemen. De bedoeling is dat men mij voor het einde van het jaar concrete pistes voorlegt om het beleid en de reglementering aan te passen inzake met name aspecten van beschikbaarheid en modernisering van terugbetalingsprocessen, inclusief de contractonderhandelingen, mevrouw Merckx. Het RIZIV coördineert dat geheel, maar ook het FAGG trekt bepaalde werkgroepen.

Er werd gekozen voor een proces dat overleg omvat dat breder gaat dan enkel overleg met de industrie. Andere belanghebbenden worden ook betrokken. Bijvoorbeeld in de werkgroep Toegankelijkheid, die zich bezighoudt met de thema's snelle en duurzame toegang tot veelbelovende innovatieve behandelingen en modernisering van terugbetalingsprocessen, zijn dat in de eerste plaats en vanzelfsprekend de overheid, met op het politieke niveau ikzelf als minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de ministers van Economie en Begroting, en met op het ambtelijke niveau het RIZIV, het FAGG en het KCE. Daarnaast werden ook nog de verzekeringsinstellingen als partner in de CTG en medebeheerder van de ziekteverzekering, alsook patiëntenverenigingen betrokken. Ook de zorgverstrekkers, vertegenwoordigers van de academische wereld, de voorzitter van het College Weesgeneesmiddelen, de voorzitter, vicevoorzitters en leden van het bureau van de CTG en het College van artsen-directeurs worden allemaal gehoord.

Voor het einde van het jaar moet een reeks iteraties van overleg uitmonden in voorstellen die een zo breed mogelijk draagvlak hebben, waar nodig met pistes en politiek getrancheerde discussiepunten. Op basis van de politieke oriëntaties die ik als minister heb gegeven of zal geven, waar nodig overlegd in de regering, zal dan het reglementaire traject worden opgestart. Mijn wens is dus om nog deze legislatuur een aantal belangrijke aanpassingen in het regelgevende kader door te voeren.

Niettemin zullen bepaalde thema's, bijvoorbeeld inzake budgettaire voorspelbaarheid en meerjarenvisie, alsook meer doelmatigheid, ook voorbij deze legislatuur behandeld moeten worden. Laat er verder geen onduidelijkheid over bestaan: zowel in de vorige als in de huidige begrotingsopmaak neem ik maatregelen om het budgettaire kader te beheersen, volgens het meerjarentraject dat in de regering werd afgesproken.

In 2023 zal een besparingstraject van 210 miljoen euro gerealiseerd worden. Via de maandelijkse opening van de referentiecluster in plaats van trimestrieel, zoals nu het geval is, zullen de beoogde 31,5 miljoen besparingen voor 2023 behaald worden. In 2023 zullen we – daarover is ook constructief overleg tussen mijn beleidscel, het RIZIV en de industrie – een voorstel formuleren dat een herziening, een vereenvoudiging van het kliffensysteem in rekening neemt en dat,

actions ont toutefois été entreprises pour travailler, avec l'industrie et tous les acteurs pertinents, à des solutions d'avenir à des questions actuelles, en particulier la recherche et le développement, la disponibilité des médicaments, une accessibilité rapide, des procédures de remboursement efficaces, l'efficacité et la protection des patients.

Au début de cet été, l'INAMI s'est vu confier la mission de structurer les activités en cours. L'objectif est d'aboutir à des pistes concrètes d'ici à la fin de l'année, afin d'adapter la politique et, là où cela s'avère nécessaire, la réglementation. L'INAMI joue un rôle de coordination, tandis que l'AFMPS dirige certains groupes de travail.

Les propositions serviront de base aux ajustements du cadre réglementaire. Toutefois, des thèmes tels que la prévisibilité budgétaire et la vision pluriannuelle ainsi que la poursuite des travaux en matière d'efficacité devront également être abordés après cette législature.

Lors de la confection du budget, des mesures ont été prises en vue de maîtriser le budget de la santé, selon la trajectoire pluriannuelle convenue, soit un plan d'assainissement de 210 millions d'euros pour 2023 et de 250 millions d'euros pour 2024.

Une concertation sera menée sur les éléments ayant une incidence sur une autre réforme en cours. À cet égard, je songe par exemple aux points dans le cadre de la réforme des hôpitaux qui peuvent peser sur la politique pharmaceutique.

tezamen met de maatregel 2023 minstens 40 miljoen extra besparingen oplevert in 2024, wat betekent dat we tegen 2024 besparingen ten belope van 250 miljoen willen garanderen.

Ten slotte is er inderdaad een link tussen de vele hervormingen die ik in de gezondheidszorg wil doorvoeren met de belanghebbenden en mijn administraties.

Ik heb mij ertoe geëngageerd om, waar dat relevant is, overleg te plegen met de industrie over de punten die een impact kunnen hebben op het farmaceutische beleid. Het omgekeerde geldt natuurlijk ook.

21.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, we betreuren dat u niet meer gaat voor een echt overzichtelijk pact, maar kiest voor een speerpuntentraject. Een echt farmapact zou u een duidelijker en transparanter budgettair kader bieden. Nu moeten wij tevreden zijn met de bouw van wat koterijen en werk op een aantal werven.

Ik hoop alleen dat een en ander de patiënten niet benadeelt en ten koste gaat van de transparantie, waaraan wij in het dossier toch wel nood hebben.

Wij vinden het de zoveelste gemiste kans. De paraplu van de coronacrisis wordt ook opengetrokken. Daarmee wil ik niet gezegd hebben dat die crisis geen rol zou hebben gespeeld, maar ik heb de voorbije maanden al te vaak moeten horen dat iets niet gebeurde wegens de coronacrisis.

21.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Nous regrettons que le projet d'élaboration d'un pacte pharmaceutique et, partant, d'un cadre budgétaire transparent, soit abandonné. Une fois de plus, la crise du Covid-19 est invoquée comme excuse. C'est une énième occasion manquée.

21.06 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minster, uw antwoord is vrij vaag. Ik leid eruit af dat uw ambities op het vlak van toegankelijkheid, bijvoorbeeld inzake het drukken van de prijzen van de geneesmiddelen, beperkt blijven. U zult met de hervorming van het kliffen- en het referentieclustersysteem prijsdalingen proberen af te dwingen. Het budget voor geneesmiddelen bedraagt 2 miljard euro en het is bekend dat onze prijzen internationaal vergeleken vaak aan de hoge kant zijn, wat nog verergerd wordt door het probleem van de geheime contracten. In talloze dossiers, zoals dat van baby Pia en Kaftrio, om dan nog te zwijgen van het dossier met betrekking tot Ledertrexate en de terugtrekking van sommige medicijnen van de markt, ligt toch een grote verantwoordelijkheid bij de farma-industrie.

Vandaag is het crisis in de wereld, voornamelijk een energiecrisis. De farmasector doet het net heel goed en noteert enorme winstcijfers. De overheid moet dus ook naar de farmasector kijken om verantwoordelijkheid op te nemen en dus redelijker te zijn op het vlak van de prijszetting.

Ik betreur dat u ter zake geen ambitie toont.

21.06 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): La réponse du ministre est plutôt vague et ses ambitions d'améliorer l'accessibilité des soins, par exemple en réduisant le prix des médicaments, ne sont pas concrétisées. Il ne se tourne pas, pour ce faire, vers l'industrie pharmaceutique, qui réalise pourtant d'énormes bénéfices et devrait assumer davantage ses responsabilités sur le plan de la fixation des prix.

21.07 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik vermoed dat we de komende maanden de speerpunten vertaald zullen zien in beleid. Ik kijk daarnaar uit. Ik hoop wel dat de slagkracht, die we in het regeerakkoord hebben geformuleerd, niet afgezwakt wordt door het speerpuntentraject, maar ik heb er vertrouwen in dat u zowel op de beschikbaarheid van geneesmiddelen als op de betaalbaarheid ervan zult blijven inzetten. Voor de patiënten is het essentieel dat we daar werk van maken.

21.07 **Nawal Farih** (cd&v): Je fais confiance au ministre pour continuer, également par le biais du trajet d'axes prioritaires, à investir pleinement dans la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55030466C de M. Rigot est transformée en question écrite.

22 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le risque de "twindémie"" (55030481C)
22 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gevaar voor een 'twindemie'" (55030481C)

22.01 **Patrick Prévot** (PS): *Monsieur le Ministre, comme l'année dernière, le risque de "twindémie", cette concomitance entre les épidémies de grippe et de Covid-19, plane sur notre pays à l'aune de cet hiver.*

S'il est impossible d'anticiper avec exactitude le début de la saison grippale, la souche virale qui sera dominante ainsi que sa gravité, un indicateur de prévision existe toutefois: l'activité du virus dans l'hémisphère sud en raison de l'inversion des saisons. En Australie, la saison grippale a été particulièrement virulente et a été associée à une augmentation des cas de Covid.

Face à l'éventualité d'une "twindémie" dans notre pays, la meilleure protection reste la vaccination. La Belgique enregistre un taux de vaccination contre la grippe de 59 % des publics à risque. C'est plus que la moyenne européenne, mais la situation n'est pas encore optimale.

Monsieur le Ministre,
- Pourriez-vous faire un état de nos stocks de vaccins contre la grippe? Pour la saison 2021-2022, 3,78 millions de doses ont été distribuées aux pharmacies, soit 840 000 de plus que pour 2020-2021. Qu'en est-il pour cette saison? Le stock assurera-t-il une couverture suffisante?
- Comment comptez-vous augmenter le taux de vaccination contre la grippe dans notre pays, chez les plus de 65 ans et les personnes fragiles en particulier?
- Le vaccin contre la grippe coûte 16,60€ avec un remboursement possible pour les personnes à risque qui peut faire baisser le coût jusqu'à 4,08€, voire 2,45€. Avec la crise énergétique, peut-on craindre un risque de diminution de la vaccination contre la grippe? Comment mieux informer les citoyens du coût de cette vaccination et de son importance?
- Les personnes éligibles au "deuxième booster" peuvent-elles recevoir leur dose pour la grippe lors du même rendez-vous? Quelles sont les recommandations dans ce cadre? Les centres de vaccination disposeraient-ils des ressources nécessaires si un double vaccin était indiqué?

22.01 **Patrick Prévot** (PS): *Nu er een 'twindemie' (het samenvallen van de griep en het coronavirus) dreigt, biedt vaccinatie nog altijd de beste bescherming. In ons land laat 59 % van de risicogroep zich vaccineren tegen griep. Dat aantal ligt hoger dan het Europese gemiddelde, maar is niet optimaal.*

Hoe zit het met onze voorraad griepvaccins? Voor het seizoen 2021-2022 werden er 3,78 miljoen dosissen verdeeld over de apotheken, wat 840.000 meer was dan voor het seizoen 2020-2021. Hoe staan we er dit seizoen voor? Zal de voorraad toereikend zijn? Hoe zult u de vaccinatiegraad bij oudere en kwetsbare mensen opkrikken?

Het griepvaccin kost 16,60 euro, met dien verstande dat risicopersonen een terugbetaling krijgen waardoor de kosten tot 2,45 euro kunnen teruglopen. Dreigt de griepvaccinatiegraad niet te dalen door de energiecrisis? Hoe kunnen de burgers beter geïnformeerd worden over de kosten en het belang van de vaccinatie? Kunnen mensen die in aanmerking komen voor een tweede boostervaccin meteen ook hun griepvaccin krijgen? Wat wordt er aanbevolen? Beschikken de vaccinatiecentra daartoe over de nodige middelen?

22.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Prévot, concernant les stocks, 3 417 000 doses de vaccin seront disponibles pour la prochaine saison de grippe 2022-2023. Bien qu'il y en ait moins que l'année précédente, la quantité est estimée être suffisante. L'année dernière, de nombreuses doses n'ont pas été administrées.

L'organisation des campagnes de vaccination relève des

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor de winter 2022-2023 zullen er 3.417.000 griepvaccindosissen beschikbaar zijn.

De organisatie van de

compétences des Communautés. La Communauté flamande organise une vraie campagne de vaccination contre la grippe dans les maisons de repos.

Quant à savoir si le coût qui pèse sur les citoyens peut se révéler être un obstacle à la vaccination, il faut savoir que les vaccins quadrivalents contre la grippe sont remboursables selon les dispositions du paragraphe VII.0X5 de la nomenclature aux bénéficiaires à risque accru de complications (femmes enceintes, malades chroniques, personnes âgées de 65 ans ou plus, personnes en résidence institutionnelle), aux bénéficiaires travaillant dans le secteur de la santé et aux personnes vivant avec des personnes à risque accru de complications, et ceci conformément aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé.

L'assurance maladie prend en charge la majeure partie du coût (16,71 %), réduisant la contribution personnelle à 4,08 euros pour un assuré actif et à 2,45 euros pour un bénéficiaire d'intervention majorée (BIM).

Le vaccin quadrivalent contre la grippe à haute dose n'est remboursable que pour les bénéficiaires âgés de 65 ans ou plus résidant en institution. Là encore, l'assurance maladie couvre la majeure partie du coût réduisant la contribution personnelle à 11,14 euros pour un assuré actif et à 6,62 euros pour un BIM.

Les informations concernant les contributions personnelles sont accessibles au public sur le site internet de l'INAMI et peuvent également être obtenues auprès des pharmaciens d'officine ou des organismes assureurs.

Pour les personnes non éligibles au remboursement, aucune intervention de l'assurance maladie ne s'applique. Pour ces personnes, la vaccination contre la grippe n'est pas non plus recommandée, selon le Conseil Supérieur de la Santé.

La prise de conscience de l'importance d'une protection vaccinale adéquate contre les infections virales s'est très largement répandue dans la population ces dernières années en raison de la pandémie. Il est certain que les bénéficiaires présentant un risque accru de complications ont pris davantage conscience des problèmes potentiels ces dernières années. Outre la responsabilité personnelle de chaque personne, il est également important que les médecins traitants continuent à les sensibiliser en les informant correctement des risques de morbidité et de mortalité corrélés.

Il n'est pas possible pour l'instant de déterminer dans quelle mesure les problèmes économiques actuels et l'éventuelle fatigue vaccinale due à la vaccination contre le covid-19 pourraient avoir un impact sur la couverture vaccinale contre la grippe, faute de données validées suffisantes.

Dans ses avis d'avril et de juillet 2022, le Conseil Supérieur de la Santé relève que certaines études montrent que la vaccination simultanée est sûre et efficace: "Par conséquent, la vaccination simultanée contre le covid-19 et la grippe saisonnière est possible. Cependant, en aucun cas une vaccination ne doit être retardée pour cette seule raison, mais uniquement sur la base des prévisions

vaccinatiecampagnes is een bevoegdheid van de gemeenschappen. De Vlaamse Gemeenschap zet een campagne op touw in de woonzorgcentra.

Quadrivalente griepvaccins kunnen volgens de bepalingen van de nomenclatuur aanleiding geven tot terugbetaling aan personen met een verhoogd risico op complicaties (zwangere vrouwen, 65-plussers, bewoners van instellingen, gezondheidswerkers enz.), in overeenstemming met de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad.

Het grootste deel van de kosten wordt terugbetaald door de ziekteverzekering, waardoor het remgeld beperkt wordt tot 4,08 euro voor werkende verzekerden en 2,40 euro voor personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

Het hooggedoseerde quadrivalente griepvaccin wordt enkel terugbetaald voor 65-plussers die in een instelling verblijven. Ook hier dekt de ziekteverzekering het grootste gedeelte van de kosten, waardoor het remgeld beperkt blijft tot 11,14 euro voor werkende verzekerden en 6,62 voor RVT'ers.

De informatie over de remgelden is te vinden op de website van het RIZIV en is beschikbaar bij de apothekers en de verzekeringsinstellingen. Er is geen tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor personen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling, maar voor hen wordt een griepvaccin ook niet aangeraden door de HGR.

De coronacrisis heeft ons duidelijk gemaakt dat vaccins een belangrijke bescherming tegen virale infecties bieden. Artsen moeten mensen blijven informeren over de risico's op ziekte en sterfte die dergelijke infecties inhouden. We hebben te weinig gegevens om in te schatten welke impact de

épidémiologiques les plus fiables et de la durée prévue de l'efficacité vaccinale des différents vaccins". C'est sur la base de ces critères que le Conseil Supérieur de la Santé a recommandé la vaccination des groupes à risque contre le covid-19 dès la fin de l'été, en tablant sur une nouvelle vague d'infections dans le courant du mois d'octobre. La vaccination des groupes à risque contre la grippe débutera le 15 octobre afin de garantir une protection optimale jusqu'au mois d'avril. La vaccination contre la grippe combinée avec celle contre le covid-19 est donc tout à fait possible et sans risque, mais elle reste conseillée dès le 15 octobre.

Je me permets d'insister sur ce point: la concomitance des deux vaccins ne justifie en rien de retarder celui contre le covid-19. Pour être prêts à faire face à une augmentation probable des infections au coronavirus en octobre, c'est maintenant qu'il faut se faire vacciner contre le covid-19.

Comme vous le savez, ce sont les entités fédérées qui sont chargées de l'opérationnalisation des campagnes de vaccination. Il leur appartient, dès lors, de définir s'il sera possible d'administrer le vaccin contre la grippe au même moment, mais dans l'autre bras que le vaccin contre le covid-19.

Les dispositions varieront donc d'une Région à l'autre. En Flandre, par exemple, les médecins généralistes seront les seuls habilités à vacciner contre la grippe, tandis qu'à Bruxelles, à partir du 15 octobre, un citoyen qui a acheté son vaccin contre la grippe en pharmacie pourra se le faire administrer lors de son passage en centre de vaccination anti-covid-19.

economische problemen en de vaccinatiemoeheid kunnen hebben op de griepvaccinatiegraad.

In zijn adviezen van april en juli 2022 wijst de HGR erop dat een gelijktijdige vaccinatie veilig en doeltreffend is. De HGR raadt de risicogroepen aan om zich vanaf het einde van de zomer te laten vaccineren tegen het coronavirus, uitgaande van een nieuwe besmettingsgolf in oktober, en om zich vanaf 15 oktober te laten vaccineren tegen de griep, zodat ze tot in april optimaal beschermd zijn. Het samenvallen van beide vaccins is geen reden om de coronavaccinatie uit te stellen.

De vaccinatiecampagnes vallen onder de bevoegdheid van de deelgebieden, die zullen beslissen of het mogelijk is om het griep- en coronavaccin op hetzelfde moment toe te dienen, maar elk in een andere arm. In Vlaanderen zijn alleen de huisartsen gemachtigd om het griepvaccin toe te dienen, terwijl in Brussel burgers het griepvaccin in de apotheek kunnen kopen en zich kunnen laten vaccineren in het coronavaccinatiecentrum.

22.03 **Patrick Prévot** (PS): Merci, monsieur le ministre, pour vos réponses.

Ma question avait plusieurs objets. Vous nous avez d'emblée rassurés quant aux quantités visiblement suffisantes de vaccins contre la grippe. À la fin de votre intervention, j'entends votre appel à ne pas prendre la concomitance des deux vaccins comme un prétexte pour ne pas se faire vacciner – ou en tout cas pas tout de suite – contre le covid-19. Il faut bien entendu se faire administrer ce vaccin.

22.03 **Patrick Prévot** (PS): Uw uitspraken over de beschikbare griepvaccins zijn geruststellend. Ik neem nota van uw oproep om het samenvallen van de vaccins niet als voorwendsel te gebruiken om het coronavaccin niet te nemen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

23 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie sur le marché de l'emploi et le manque de personnel dans le secteur des soins" (55030503C)
23 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De krapte op de arbeidsmarkt en de personeelstekorten in de zorgsector" (55030503C)

23.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik zal mijn vraag over de problemen door krapte op de arbeidsmarkt in de zorgsector enigszins aanpassen aan de huidige context.

23.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Afin de pallier à court terme la pénurie de personnel dans le secteur des soins, le ministre a

U hebt een wetsontwerp ingediend om het voor studenten en gepensioneerden mogelijk te maken aan de slag te gaan in de zorgsector. Twee weken geleden kwam daarnaast de beslissing om ook het systeem van flexi-jobs mogelijk te maken in de zorgsector. Dat zou alvast oplossingen moeten bieden op korte termijn. De invoering van flexi-jobs in de zorg heeft evenwel veel reactie opgewekt, zo ook van ACV Puls, dat een persbericht heeft uitgestuurd waarin erop gewezen wordt dat de flexi-jobs in de zorgsector leiden tot het tegenovergestelde van wat ermee beoogd wordt. Een logistiek medewerker in een ziekenhuis met vijf jaar ervaring zou bijvoorbeeld 32 % minder loon ontvangen dan een medewerker met een gewoon contract. Na tien jaar anciënniteit zou de kloof zelfs 36 % bedragen.

ACV Puls heeft ook een bevraging gedaan bij wie momenteel deeltijds aan de slag is in de zorgsector. Een grote groep, namelijk 60 % van de mensen die deeltijds werken, gaf daarin aan liever voltijds te willen werken, maar te stoten op de weigering vanwege de werkgever om voltijds aan het werk te gaan. Flexi-jobbers met slechtere arbeidsvoorwaarden vormen dus concurrentie voor een grote groep die graag meer uren zou presteren. Dat is alvast een eerste probleem.

Denkt u dat u op korte termijn de problemen hebt opgelost? Wat zijn uw plannen op de lange termijn?

U sprak over een nieuw sociaal akkoord voor de zorgsector. Wat is daarvan de stand van zaken? Zult u nog bijkomende maatregelen nemen? Hebt u overleg gepleegd met de vakbonden, zowel inzake oplossingen op korte termijn als op langere termijn, om de krapte op de arbeidsmarkt in de zorgsector het hoofd te bieden?

U zou ook aan een wetsontwerp werken rond het nieuwe profiel van de HBO5-verpleegkundigen en de zorgladder. Mogen wij daar nog concrete maatregelen voor verwachten?

rédigé un projet de loi permettant aux étudiants et aux pensionnés de travailler dans ce secteur. Il a également été décidé d'instaurer le système des flexi-jobs dans le secteur des soins, ce qui, selon la CSC, créerait un effet opposé à celui recherché. Les flexi-jobistes coûteraient moins cher et vu leurs moins bonnes conditions de travail entrant ainsi en concurrence avec les personnes qui travaillent à temps partiel dans le secteur des soins mais qui aimeraient passer à plein temps.

Qu'en pense le ministre? Un nouvel accord social verra-t-il le jour dans le secteur des soins? Qu'en est-il du projet de loi concernant le nouveau profil des infirmiers issus de la filière d'enseignement supérieur professionnel de type 5, et de l'échelle des soins?

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zou nu de bij het begin van de vergadering aangehaalde doctrine kunnen toepassen door niet te herhalen wat al vijftien keer gezegd is, maar voor de lieve vrede geef ik toch nog een korte samenvatting.

We hebben om te beginnen een aantal kortetermijnproblemen. Ik begrijp dat u, en de vakbewegingen, er kritische bedenkingen bij hebben dat in het pakket met maatregelen voor de korte termijn niet alleen een aanmoediging zit voor 65-plussers die een handje kunnen toesteken in ziekenhuizen, maar ook de mogelijkheid om gebruik te maken van flexi-jobs in de niet-gezondheidszorgberoepen.

Ik ga ervan uit dat we, door het mogelijk maken van flexi-jobs in de zorgsector, de ziekenhuizen enigszins op dezelfde hoogte plaatsen als bijvoorbeeld de horeca. Ik ken uw antwoord daarop: het is niet omdat flexi-jobs in de horeca toegelaten zijn, wat ik verkeerd vind, dat u die in de ziekenhuizen moet toelaten. Dat debat hebben we al eens gevoerd. Ik ben echter van mening dat we al het mogelijke moeten doen om ziekenhuizen toe te laten overal helpende handen te zoeken en te vinden.

We geven de ziekenhuizen overigens ook extra middelen zodat de gedachte dat er geen budget zou zijn om het personeel een degelijk

23.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Afin de résoudre à court terme une série de problèmes de personnel, nous offrons la possibilité aux plus de 65 ans de donner un coup de main dans les hôpitaux. Nous souhaitons également instaurer la possibilité des flexi-jobs pour les professions qui ne relèvent pas des soins de santé. Je présume que Mme Merckx voit systématiquement les flexi-jobs d'un mauvais œil, même dans l'horeca. Nous devons faire le nécessaire pour pallier dès à présent le manque de personnel. Les hôpitaux bénéficient également de moyens supplémentaires, notamment afin d'augmenter les embauches. Par ailleurs, nous avons réduit significativement les cotisations patronales dans le secteur

salaris uit te betalen, terdege ontkracht zou worden. We hebben afgelopen zomer ook niet zomaar beslist eenmalig extra middelen toe te kennen, onder meer om aanwervingen mogelijk te maken. We hebben ook niet zonder reden beslist om ziekenhuizen te ondersteunen die door middel van technologie het werk vermenselijken en interessanter en beter maken. We hebben ook een belangrijke vermindering van de werkgeversbijdrage doorgevoerd in de ziekenhuissector.

Dat zijn inderdaad eenmalige ingrepen. Sommige daarvan, waaronder de vermindering van de patronale bijdragen, zijn massieve ingrepen. Het is daarom belangrijk om naast die eenmalige ingrepen een grondig overleg te organiseren voor de toekomstagenda voor het werken in de zorgsector. Aangezien ik die al een aantal keren heb toegelicht in de commissie, zal ik hier niet dieper op ingaan. Het is een zeer belangrijke werf, die met het oog op de volgende legislatuur opnieuw een fundamenteel sociaal akkoord in goede banen moet leiden. Dat vergt zeer veel voorbereiding.

Wat uw vraag over de zorgladder en de HBO5-opleidingen betreft, hecht ik ontzettend veel belang aan het waarderen van mensen die een HBO5-opleiding hebben gevolgd. Ik zou willen dat die mensen als basisverpleegkundigen een belangrijke, volwaardige rol krijgen in onze gezondheidszorg. Ik hoop in de regering een consensus te vinden voor een wetsontwerp dat daartoe strekt. Een niveau 5-functie moet worden gedefinieerd als een volwaardige functie, als een basisverpleegkundige. Daarnaast moet een niveau 8-functie gedefinieerd worden als een klinisch verpleegkundige onderzoeker. Dat functiemodel moet in zijn volledigheid worden uitgerold, met name de bevoegdheden, de handelingen en de voorwaarden voor de verschillende functieniveaus in de verpleging.

Ik meen dat we in de komende maanden, relatief snel, moeten proberen daar adviezen over te krijgen van alle bevoegde adviesorganen.

hospitalier.

Parallèlement à ces mesures non récurrentes, nous organisons une concertation approfondie sur le calendrier du futur en matière d'organisation du travail dans le secteur des soins de santé. Cette initiative est destinée à jeter les bases d'un accord social mais nécessite des préparatifs intenses.

Je voudrais que les diplômés ayant suivi une formation HBO5 puissent travailler comme infirmiers de base. J'espère pouvoir atteindre un consensus à ce sujet au sein du gouvernement. Pour ce faire, une fonction de niveau 5 doit être définie comme une fonction à part entière. Une fonction de niveau 8 doit également être reconnue comme celle d'infirmier chercheur clinicien. Les avis nécessaires à cet effet seront sollicités dans les mois à venir.

23.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik meen dat het invoeren van die flexi-jobs een kortetermijnoplossing is. Wij horen op het terrein dat dit de situatie in de ziekenhuizen nog kan verergeren.

U bent er niet op ingegaan, maar het feit dat mensen die fulltime willen werken geen fulltimerooster krijgen, maar moeten werken in concurrentie met mensen die een flexi-job komen uitvoeren, kan de situatie verergeren.

U zegt opnieuw dat u die werf pas zult aanpakken in de volgende legislatuur. Ik vind het zuur dat u wel al, in die twee jaar tijd, 320 miljoen aan besparingen gevonden hebt op de kap van de gezondheidszorg om het gat in de begroting te dichten. Die middelen hadden ook in goede banen geïnvesteerd kunnen worden. Met 150 miljoen per jaar had u ongeveer 1.000 kwaliteitsvolle jobs kunnen creëren. In plaats daarvan hebt u het geld gebruikt om het gat in de begroting te dichten. Ik meen dat u op dat vlak echt de foute kant op gaat. Ik begrijp niet hoe u zulke maatregelen neemt, tegen het advies van de vakbonden in.

Inzake de zorgladder en de HBO5-verpleegkundigen is het heel

23.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Le fait que des personnes désireuses de travailler à temps plein ne se voient pas accorder d'horaire complet, mais doivent travailler en concurrence avec des personnes venant exercer un flexi-job, peut aggraver la situation. Il est extrêmement déplorable que 320 millions d'euros d'économies aient déjà été réalisés. Ces moyens – ou même une partie de ceux-ci – auraient parfaitement pu être investis dans des emplois décents dans le domaine des soins, au lieu d'être utilisés pour combler le déficit budgétaire.

belangrijk te luisteren naar de mensen op het terrein, de verpleegkundigen zelf en hun vakorganisaties, om te weten wat de echte oplossing is voor de problemen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

24 Questions jointes de
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'impact du coût de l'énergie sur les patients atteints d'une maladie chronique" (55030517C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les répercussions des prix de l'énergie pour les patients" (55030737C)
24 Samengevoegde vragen van
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van de energiekosten op de patiënten die lijden aan chronische ziekten" (55030517C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gevolgen van de energieprijzen voor patiënten" (55030737C)

24.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Het Vlaams Patiëntenforum waarschuwt dat de stijgende energieprijzen een bijzonder grote impact hebben op patiënten die lijden aan chronische ziekten. De CM stelt dat vier op tien chronisch zieken daardoor zorg uitstellen. Verschillende patiënten moeten bijvoorbeeld gebruikmaken van medische hulpmiddelen die op elektriciteit werken. Die kosten lopen dus op.

Om op de energiekosten te besparen, zetten verschillende mensen de temperatuur dan ook lager. Dat wordt ook aangemoedigd door de regering. Voor sommige patiënten is dat echter geen optie. Het is immers niet de bedoeling om ziek te worden in een koud huis. In de krant lezen we dan ook dat u nadenkt over een hogere tegemoetkoming, maar voorlopig is dat nog niet concreet.

Wordt de problematiek van patiënten die lijden aan chronische ziekten mee in rekening gebracht wanneer er in de regering wordt gesproken over de mogelijke maatregelen tegen de hoge gas- en elektriciteitsfacturen?

Zult u gerichte maatregelen nemen om patiënten die lijden aan chronische ziekten te helpen de verhoogde energiefactuur voor hun medische hulpmiddelen te financieren? Zal er bijvoorbeeld een hogere tegemoetkoming komen?

Denkt u niet dat het nodig is om voor iedereen de prijs van gas en elektriciteit te blokkeren?

24.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): La hausse des prix de l'énergie a de lourdes répercussions pour les patients souffrant de maladies chroniques.

Vont-ils, par exemple, bénéficier d'une aide pour financer la facture énergétique liée à leurs dispositifs médicaux? Bénéficieront-ils d'une aide majorée?

24.02 **Steven Creyelman** (VB): Recent ondervroeg ik u over de gevolgen van de energieprijzen voor onze zorginstellingen. Vanzelfsprekend beperken die gevolgen zich niet enkel tot bijvoorbeeld de ziekenhuizen. Voor chronisch zieke mensen komt de energiefactuur door hun specifieke omstandigheden dikwijls nog harder aan. Denk daarbij alleen nog maar aan nierpatiënten die hun dialyse thuis doen, aan mensen met fibromyalgie of kankerpatiënten. Als die mensen op hun energiefactuur moeten besparen, dan brengen zij hun gezondheid in gevaar.

U liet het Vlaams Patiëntenforum weten dat u nadenkt over een hogere tegemoetkoming, maar voorlopig is er nog geen uitgewerkt

24.02 **Steven Creyelman** (VB): Dès lors que les patients chroniques doivent réaliser des économies sur leur facture d'énergie, ils mettent leur santé en péril.

Une intervention majorée sera-t-elle prévue pour ces patients? Le ministre envisage-t-il de prendre encore d'autres mesures?

voorstel. Wordt die denkpiste ook effectief uitgewerkt?

Wat houdt die hogere tegemoetkoming in? Wie zal van die hogere tegemoetkoming kunnen genieten? Wat zijn de precieze voorwaarden? Wat is de concrete tijdlijn voor de hogere tegemoetkoming? Wanneer zullen de patiënten hier met andere woorden echt iets van merken?

Overweegt u andere maatregelen? Welke?

24.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, ik wil vooral kijken naar wat ik kan doen binnen de ziekteverzekering. U verwees terecht naar iemand die thuis dialyse doet, die heeft natuurlijk energiekosten. Het is echt heel moeilijk om daarop via algemeen beleid in te spelen.

Een van de maatregelen die wij nemen met betrekking tot de energiefactuur, is het uitgebreide sociale tarief voor iedereen die de verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering geniet. Dat sociaal tarief maakt een enorm verschil voor gas- en elektriciteitsprijzen. Dat is belangrijk. Ik denk ook aan de verlaging van de btw. Die is ook enorm belangrijk voor iedereen die elektriciteit en gas verbruikt. Specifieke maatregelen voor patiënten die om die reden thuis veel energie moeten verbruiken, liggen moeilijk.

Daarom heb ik heel sterk ingezet op maatregelen binnen de ziekteverzekering, om patiënten tout court beter te beschermen. Fundamenteel is dat wij de plafonds die van toepassing zijn in het systeem van de maximumfactuur, niet zullen indexeren op 1 januari. Dat wil zeggen dat een verhoging van die plafonds, die 10 % bedraagt, niet zal worden toegepast. Dat betekent dat voor iemand die normaliter beschermd wordt door een plafond van 1.000 euro, het plafond 1.000 euro blijft en niet stijgt naar 1.100 euro, waardoor die persoon misschien 100 euro meer uit eigen zak moet halen. Dat is fundamenteel.

Dat is een grote inspanning die wij doen, want het niet-verhogen van de plafonds in de maximumfactuur betekent eigenlijk dat wij 50 miljoen euro niet besparen. Anders zouden wij die bespaard hebben. Mevrouw Merckx, ik bestrijd volledig dat wij aan het besparen zijn in de gezondheidszorg. Het mooiste bewijs is het feit dat we die plafonds niet indexeren. Mochten we dat wel doen, dan zouden wij besparen, maar dat doen wij niet. Wij gaan geld uitgeven voor mensen die het nodig hebben. Het bevriezen van die plafonds is fundamenteel. Dat is ook een wetswijziging. Ik zal zo snel mogelijk naar het Parlement komen met die wetswijziging.

Mijnheer Creyelman, het gaat in grote mate om mensen die chronisch ziek zijn. Het is dat soort patiënten die de maximumfactuur genieten. U weet ongetwijfeld dat als men het statuut chronische aandoening heeft, het plafond dat van toepassing is in het algemeen voor de maximumfactuur, en waarvan de hoogte afhangt van het inkomen van de mensen, voor die mensen met een chronische aandoening nog eens met 112 euro verlaagd wordt. Het absolute bedrag aan bescherming voor iemand met een chronische aandoening, wordt met geen euro verhoogd.

Wij trekken met de regering 50 miljoen euro uit om dat mogelijk te

24.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les patients qui doivent par exemple subir une dialyse à domicile sont effectivement confrontés à des frais d'énergie élevés. Je vais voir ce que je peux faire dans le cadre de l'assurance maladie, car il est très difficile d'agir dans de tels cas de figure par le biais d'une politique générale. Les plafonds du maximum à facturer ne seront pas indexés, ce qui nous coûte 50 millions d'euros. Je soumettrai le plus rapidement possible une modification législative à ce sujet au Parlement.

Par ailleurs, nous souhaitons encourager les prestataires de soins à se conventionner. À cette fin, nous dégagerons 100 millions d'euros pour ceux et celles qui se conventionnent. En échange de nos interventions, nous demandons aux hôpitaux de ne pas augmenter les suppléments.

La politique générale du gouvernement contre la hausse des factures soutient également les malades chroniques.

maken. Dat is fundamenteel.

Inzake de maatregelen die wij nemen om ziekenhuizen en zorgverstrekkers te steunen in de context van de energiecrisis, richten wij ons daarnaast uitdrukkelijk op de conventionering, op de bevordering van de conventionering, op zorgverleners die gevonventioneerd zijn, zodat wij ook op die manier de patiënten beschermen. We zetten 100 miljoen euro in om boven op het indexeringsmechanisme van de honoraria in de ziekteverzekering, vormen van compensatie voor de sterk stijgende kosten en de sterk stijgende levensduurte mogelijk te maken voor zorgverstrekkers, weliswaar uitsluitend voor geconventioneerde zorgverstrekkers. Aan de ziekenhuizen vragen wij dat zij, in ruil voor onze tegemoet-komingen, de supplementen niet verhogen. Dat is volgens mij echt fundamenteel.

Het algemeen beleid qua bescherming van de gezinnen tegen stijgende facturen draagt er bijkomend toe bij dat mensen die chronisch ziek zijn natuurlijk wel nog de mogelijkheid moeten hebben om zichzelf goed te verzorgen, ook in de thuiscontext.

24.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, op zich vind ik het positief dat u de maximumfactuur niet indexeert. Daar staat tegenover dat u zegt dat u niet bespaart in de gezondheidszorg, maar in het budget dat u aan Europa voorlegt, staat 300 miljoen over twee jaar tijd in een kolom om het gat in de begroting te dichten, wat niets anders is dan een besparing, want anders had u dat wel kunnen uitgeven in de gezondheidszorg.

Ik ben het wel met u eens dat het moeilijk is om mensen via specifieke maatregelen te beschermen. Het probleem is dat er momenteel nog steeds geen maximum staat op de energiefactuur die mensen kunnen krijgen. Een hoge energierekening kan iedereen raken, bijvoorbeeld mensen met een redelijk pensioen die helemaal niet in aanmerking komen voor het sociaal tarief. Zieke mensen worden vaker getroffen door enorme gas- en elektriciteitsrekeningen, aangezien zij meer dan andere mensen thuis zitten en dus hogere verwarmingskosten hebben. Die kosten swingen tegenwoordig de pan uit. De regering dient dan ook maatregelen te nemen om iedereen te beschermen. We moeten af van het idee dat enkel de zwakkeren beschermd moeten worden. Het is natuurlijk heel belangrijk om zwakkeren te beschermen en het sociaal tarief is dan ook een goed initiatief, maar we moeten de energieprijzen naar beneden krijgen. Volgens mij kunnen we dat ook in België doen.

24.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Pourtant, 300 millions d'euros d'économies seront réalisés sur les soins de santé. L'instauration de prix maximaux pour l'énergie permettrait de protéger tout le monde. À l'heure actuelle, les personnes malades sont durement touchées, car elles sont plus souvent à leur domicile. Nous devons nous défaire de l'idée que seules les personnes les plus vulnérables doivent être protégées. À nos yeux, les prix de l'énergie doivent baisser pour tout le monde.

24.05 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het zal u niet verwonderen dat ik tevreden ben dat u nadenkt over hoe we chronisch zieke mensen, die door de huidige energieprijzen dubbel zo hard worden getroffen, kunnen helpen. De maximumfactuur niet indexeren lijkt mij een stap in de goede richting, hoewel dat niet specifiek voor chronisch zieken bedoeld is.

U hebt echter niet gezegd wanneer u dat gerealiseerd zou willen zien, mijnheer de minister.

24.05 **Steven Creyelman** (VB): La non-indexation du maximum à facturer constitue un pas dans la bonne direction. Quand cela sera-t-il réalisé?

24.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is normaal gezien op 1 januari. De indexering gebeurt normaal gezien in het begin van het jaar, maar zal dus niet doorgaan. Het is daarom belangrijk dat we hier

24.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il ne sera pas procédé à l'indexation prévue au 1er janvier.

snel een wetswijziging kunnen goedkeuren.

C'est pourquoi la modification législative doit rapidement être approuvée.

24.07 **Steven Creyelman** (VB): Wij zijn het erover eens dat het dringend is en dat we die mensen niet in de kou mogen laten staan, letterlijk en figuurlijk. We kunnen niet toelaten dat mensen hun zorg moeten uitstellen en moeten kiezen tussen hun gezondheid of hun verwarming. Ik hoop dat u het met mij eens bent dat dit een onaanvaardbare keuze is.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

25 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het attesteren van de prestaties door mondhygiënisten" (55030528C)
25 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les attestations de prestations des hygiénistes bucco-dentaires" (55030528C)

25.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, vanaf begin oktober 2022 kunnen mondhygiënisten ook nomenclatuur declareren, maar dat kan blijkbaar alleen op papieren getuigschriften en niet op elektronische, hoewel veel praktijken ondertussen zijn overgeschakeld op elektronische getuigschriften en ook de hele omgeving en inrichting van de praktijk daarnaar is georganiseerd.

Klopt het dat mondhygiënisten enkel op papier kunnen attesteren?

Klopt het dat de oorzaak daarvoor bij de ziekenfondsen zou liggen, die technisch niet klaar zouden zijn om de attesten elektronisch te verwerken, of zijn er andere redenen?

Indien de oorzaak bij de ziekenfondsen ligt, gaat het dan om een algemeen probleem of is het er een bij bepaalde ziekenfondsen?

Wanneer zijn de ziekenfondsen gevraagd zich voor te bereiden op het feit dat mondhygiënisten nomenclatuur mogen attesteren, wat er toch al een tijdje zat aan te komen?

Wanneer zal elektronisch attesteren mogelijk zijn?

25.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Depuis le début du mois, les hygiénistes bucco-dentaires peuvent déclarer une nomenclature.

Est-il exact que cette déclaration ne peut être effectuée que sur papier et non par un certificat électronique? Les mutualités ont-elles déjà été invitées à se préparer à l'arrivée de la nomenclature pour les hygiénistes bucco-dentaires?

25.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de mondhygiënisten kunnen op dit ogenblik verstrekkingen van nomenclatuur van tandheelkundige prestaties niet zelf attesteren. Bepaalde tandheelkundige verstrekkingen op voorschrift zijn aangepast om een delegatie aan de mondhygiënist mogelijk te maken. Zij moeten echter door de tandheelkundige in rekening worden gebracht.

De verstrekkingen die aan de mondhygiënisten kunnen worden gedelegeerd, moeten voorlopig op papier worden aangerekend. Ik verwijs daarbij naar het ontwerp van koninklijk besluit dat op 30 mei 2022 is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en naar het feit dat IT-ontwikkelingen complexe en tijdrovende processen zijn.

Het feit dat mondhygiënisten een nieuwe vorm van RIZIV-nummer krijgen en dat dat nummer als bijkomende verstrekker moet worden vermeld bij de elektronische facturatie, maakt de implementatie nodig

25.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les prestations déléguées aux hygiénistes bucco-dentaires doivent pour l'instant être facturées sur papier. Le nouveau numéro INAMI pour les hygiénistes bucco-dentaires doit être mentionné au titre de prestataire complémentaire sur la facturation électronique, ce qui nécessite l'implémentation d'une nouvelle version du service de facturation électronique, eAttest V3. Les procédures informatiques sont complexes et chronophages. La nouvelle version d'eAttest n'a pas encore atteint la phase de

van de nieuwe versie van de elektronische facturatiedienst, zijnde het eAttest V3. Helaas heeft die nieuwe versie van eAttest de testfase nog niet bereikt. De softwarebedrijven en verzekeringsinstellingen hebben afgesproken om de testfase zo snel mogelijk te starten. Die testfase is essentieel. Wij kunnen ze niet overhaasten, omdat wij in dat geval de volledige elektronische facturatie van de tandartsen in gevaar zouden brengen. De verstrekkingen gedelegeerd aan de mondhygiënisten zouden vanaf 1 december 2022 elektronisch kunnen worden aangerekend aan alle verzekeringsinstellingen.

test. Elle débutera dès que possible, mais elle ne doit pas être précipitée, pour ne pas risquer de mettre en péril l'intégralité de la facturation électronique des dentistes. L'objectif est que les prestations puissent être facturées électroniquement à partir du 1er décembre 2022.

Ik begrijp dat een en ander problematisch is in praktijken die de kaap van de informatisering al hebben genomen. Om de terugbetaling van patiëntenzorg door mondhygiënisten niet te vertragen, wordt de inwerkingtreding van de koninklijke besluiten niet uitgesteld.

C'est ennuyeux pour les cabinets qui travaillent déjà électroniquement mais eux aussi doivent également toujours conserver les attestations sur papier pour pouvoir attester les soins en cas de panne informatique. C'est un problème temporaire qui doit être résolu dans les meilleurs délais.

De papieren facturatie blijft bestaan in het werkveld. Ook reeds geïnformatiseerde praktijken moeten in principe papieren getuigschriften bijhouden om zorg te kunnen attesteren bij een eventuele computerstoring.

Het is vervelend, maar het betreft hier een tijdelijk probleem. Alle betrokkenen zijn zich ervan bewust dat het probleem zo snel mogelijk moet worden verholpen.

25.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dat het IT-proces complex en tijdrovend is, kan ik begrijpen. Maar het is niet zo dat men niet wist wat er te gebeuren stond. De regeling was al jaren verwacht.

25.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Quand a-t-il été demandé aux mutualités de se préparer à l'arrivée de la nomenclature pour les hygiénistes bucco-dentaires?

U hebt niets gezegd over het tijdstip dat ziekenfondsen of softwarefirma's gevraagd werd zich voor te bereiden op de attestering van nomenclatuur door mondhygiënisten. Dat lijkt me bepalend. Als hun op tijd was gevraagd om zich klaar te houden, zou dat volgens mij wel gelukt zijn.

Binnenkort zal het dus wel mogelijk zijn. U merkt op dat het voor de praktijken waar de omschakeling naar elektronische praktijkvoering al gebeurd is, vervelend is. Dat is zo. Bovendien hebben al een niet onaanzienlijk aantal praktijken de kaap genomen om mondhygiënisten in dienst te nemen of om ermee samen te werken. De papieren attestering betekent eigenlijk een stap terug. Ik hoop dat die van korte duur is.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

26 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les perspectives budgétaires alarmantes des hôpitaux" (55030621C)
26 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De alarmerende budgettaire vooruitzichten voor de ziekenhuizen" (55030621C)

26.01 **Patrick Prévot** (PS): *Monsieur le Ministre, « Nos institutions de soins courent tout droit vers la faillite », c'est avec ces mots que Santhea introduit son communiqué de presse le 26 septembre dernier. Un appel criant à l'adresse du monde politique pour prendre des mesures urgentes en faveur des hôpitaux et prévoir les moyens nécessaires pour garantir… leur survie.*

26.01 **Patrick Prévot** (PS): *Volgens Santhea dreigen onze zorginstellingen over de kop te gaan. De ziekenhuizen hebben te kampen met uit de pan rijzende energieprijzen en een hollende inflatie, die leidt tot een loonsverhoging en die ook andere*

Le sujet a déjà été abordé avec vous récemment mais j'aimerais y

revenir car ces perspectives budgétaires alarmantes des hôpitaux, dont beaucoup connaissaient déjà des difficultés financières avant la crise sanitaire et énergétique, doit continuer à retenir toute notre attention.

Explosion des prix de l'énergie – chiffrée à plus de 500 millions d'euros, inflation galopante avec comme corollaire une augmentation des salaires et une augmentation de tous les autres coûts comme les achats de matériels, de produits médicaux, de denrées alimentaires.

A cela s'ajoute, comme le mentionne Santhea, les 7 années de rattrapage, correspondant à plusieurs centaines de millions d'euros dus aux hôpitaux, liés au sous-financement chronique des accords sociaux de ces dernières années mais également une augmentation significative des taux d'intérêt au moment où les besoins en trésorerie des hôpitaux sont en train d'exploser. Avec des banques qui deviennent de plus en plus réticentes à prêter aux hôpitaux les moyens dont ils ont besoin ou à étaler leurs paiements.

Monsieur le Ministre,

Des rencontres avec les fédérations hospitalières sont-elles à l'ordre du jour?

L'ensemble des besoins complémentaires liés à l'explosion des coûts des hôpitaux a-t-il pu être chiffré en concertation avec le SPF Santé publique et les Fédérations?

Des discussions seront-elles menées dans le cadre du budget 2023 concernant la situation budgétaire des hôpitaux?

Que comptez-vous mettre sur la table pour assurer leur survie? Des discussions avec le secteur bancaire sont-elles envisagées?

26.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Prévot, il me semble que d'autres questions portaient sur la situation financière des hôpitaux. Dès lors, je vais résumer ma réponse.

Premièrement, 80 millions d'euros sont prévus pour les 6 premiers mois de l'année 2023, pour compenser spécifiquement les coûts de l'énergie. Deuxièmement, un ballon d'oxygène de 390 millions d'euros est prévu pour toute l'année 2023, dont la moitié est acquise définitivement pour les 6 premiers mois et l'autre moitié, soit 195 millions d'euros, consiste en un report des cotisations patronales vers l'année 2025. Il s'agit d'un effort budgétaire considérable pour l'année 2023 et j'espère que cela créera une situation qui, d'un point de vue de solvabilité et de liquidités, aidera réellement les hôpitaux.

Évidemment, financer suffisamment est une chose, mais financer de façon correcte, transparente et adéquate est encore autre chose. Dans ce but, la réforme du financement des hôpitaux est un chantier qui devrait être terminé vers la fin de la législature.

kosten de hoogte in drijft, zoals de kosten voor de aankoop van materiaal, medische producten enz.

Daarbij komt dat er zeven jaar achterstand ingehaald moet worden, wat overeenkomt met honderden miljoenen euro's, te wijten aan de onderfinanciering van de sociale akkoorden, maar ook aan de gestegen rentevoeten, net nu de nood aan cashflow enorm hoog is en de banken steeds minder geneigd zijn om kredieten te verstrekken of betalingen te spreiden.

Staan er gesprekken met de ziekenhuisfederaties op de agenda? Werden alle extra noden die verband houden met de exploderende kosten becijferd, in overleg met de FOD Volksgezondheid en de federaties? Zullen er in het kader van de begroting 2023 gesprekken gevoerd worden over de situatie waarin de ziekenhuizen verkeren? Welke initiatieven zult u nemen om hun voortbestaan te verzekeren? Zal men in gesprek gaan met de banken?

26.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ten eerste wordt er 80 miljoen euro uitgetrokken voor het 1ste semester van 2023 om de energiekosten te compenseren. Voorts krijgen ze extra zuurstof in de vorm van een bedrag van 390 miljoen euro voor 2023, waarvan de helft verworven is voor het 1ste semester en de andere helft, 195 miljoen, bestaat in een uitstel van betaling van de werkgeversbijdragen tot 2025. Die grote budgettaire inspanning voor 2023 zal bijdragen tot het gezonder maken van de solvabiliteit van de ziekenhuizen.

In voldoende financiering voorzien is één zaak, maar dat op een transparante en gepaste manier doen, is een andere. Met dat oogmerk is de hervorming van de ziekenhuisfinanciering een werf

die tegen het einde van deze regeerperiode voltooid moet zijn.

26.03 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, effectivement ce sujet a déjà été abordé ici et en d'autres lieux. Je ne vous demanderai pas d'être plus long. Je serai néanmoins attentif à la situation des hôpitaux dans les semaines et les mois à venir.

26.03 **Patrick Prévot** (PS): Aangezien dat onderwerp al besproken werd, heb ik begrip voor uw beknopte antwoord, maar ik zal de toestand van de ziekenhuizen in de toekomst met argusogen blijven opvolgen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

27 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accessibilité des soins de première ligne" (55030628C)
27 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg" (55030628C)

27.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik wil dieper ingaan op het wetsontwerp houdende diverse bepalingen dat werd goedgekeurd. Dat heft onder andere het verbod op de derde-betalersregeling voor huisartsen op. Dat is natuurlijk belangrijk in het kader van zorguitstel om financiële redenen. Dat kan met de koopkrachtcrisis en energiecrisis natuurlijk nog erger worden.

Hoeveel huisartsen in België passen nu al de derde-betalersregeling toe? Hoeveel huisartsen hoopt u zover te krijgen die toe te passen?

Zijn er geografische verschillen in de toepassing van de derde-betalersregeling?

Kunt u een schatting geven van hoeveel mensen die geen verhoogde terugbetaling hebben, toch een beroep doen op het derde-betalerssysteem? Dat zijn de nieuwe mensen. Er waren mensen die al recht hadden op de derde-betalersregeling en nu is het opengetrokken naar iedereen, ook mensen die dat statuut niet hebben.

Hebt u enig idee hoeveel huisartsen het remgeld wel of niet vragen aan patiënten, procentueel of in aantallen?

Voorziet u in enige compensatie voor artsen die geen remgeld vragen aan patiënten? Volgens een studie naar aanleiding van het wetsontwerp gaat het jaarlijks om ongeveer 154 miljoen euro die artsen zouden laten vallen indien ze dat niet aanrekenen. Rekenen ze het aan?

Is er een toename of afname van het aantal raadplegingen en huisartsbezoeken?

Hoeveel forfaitaire centra zijn er momenteel in België? Hoeveel patiënten zijn ingeschreven in die gezondheidscentra? Is dat aandeel gewijzigd de laatste jaren?

27.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Pour éviter le report de soins pour des raisons financières, les médecins généralistes peuvent appliquer le régime du tiers payant à tous leurs patients depuis le 1er janvier.

Combien de médecins généralistes appliquent déjà le régime du tiers payant à l'heure actuelle? Combien de médecins généralistes le ministre compte-t-il encore convaincre? Constate-t-on des différences géographiques? Combien de personnes qui n'ont pas droit à un remboursement majoré se prévalent-elles néanmoins du régime du tiers payant? Combien de médecins généralistes réclament-ils encore le ticket modérateur à leurs patients? Les médecins qui ne réclament pas le ticket modérateur bénéficieront-ils d'une compensation? Le nombre de consultations chez les médecins généralistes est-il en hausse? Combien la Belgique compte-t-elle de maisons médicales à forfait? Combien de patients y sont-ils inscrits? Cette proportion a-t-elle changé au cours des dernières années?

27.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Op basis van de geboekte gegevens van het boekjaar 2021 passen 14.388 huisartsen de derde-betalersregeling toe. Dat is 91,6 % van het totale aantal huisartsen in de profielgegevens, dat zijn er 15.712.

27.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Selon les données relatives à l'exercice budgétaire 2021, 14 388 médecins généralis-

Met betrekking tot het aantal verstrekkingen tonen recente intermutualistische gegevens aan dat in het tweede kwartaal van dit jaar 82,5 % van alle verstrekkingen door huisartsen via de derde-betalersregeling gebeurde. Een jaar eerder was dat 65 %. De afschaffing van het verbod van het toepassen van de derde-betalersregeling op 1 januari was blijkbaar een impuls, ook bij de huisartsen, om de derde-betalersregeling breder toe te passen.

U vroeg of er geografische verschillen zijn. Op basis van de gegevens voor 2021 past in Brussel 86 % van de artsen de derde-betalersregeling toe, in Wallonië 88,7 % en in Vlaanderen 94,6 %.

U vroeg ook hoeveel mensen zonder verhoogde terugbetaling een beroep doen op de derde-betalersregeling. Op basis van de geboekte gegevens van het boekjaar 2021 zijn er ongeveer 7,9 miljoen patiënten zonder verhoogde terugbetaling met derde-betalersregeling in 2021. Dat was natuurlijk ook al zo voor de wijziging van de wetgeving. Dat bestond toen ook al. Het ging dus al om een redelijk omvangrijke groep.

Op basis van de gegevens van het boekjaar 2021 vragen 702 huisartsen van de 15.712 die ik daarnet heb gemeld geen remgeld.

U informeerde of er een toe- of afname is van het aantal raadplegingen en huisartsbezoeken. De evolutie van de gebruikelijke fysieke verstrekkingen is de laatste twee jaar vertekend door corona. Tijdens de boekjaren 2020 en 2021 werden daarom ook raadplegingen op afstand ingevoerd. Inclusief die verstrekkingen is er nog steeds een toename van het totaal aantal consultaties en bezoeken door huisartsen, maar er is wel een dalende evolutie in de bezoeken. Het totaal van de raadplegingen en bezoeken, inclusief die op afstand, komt op 47,6 miljoen in 2017, 49,96 miljoen in 2018, 50,5 miljoen in 2019, 51,4 miljoen in 2020 en 55,5 miljoen in 2021. Die cijfers gaan dus in stijgende lijn. De bezoeken gaan de laatste jaren echter in dalende lijn.

U vroeg hoeveel forfaitaire centra er momenteel zijn en hoeveel patiënten daar ingeschreven zijn. Op 30 juni 2021 waren er 214 medische huizen. Op 31 december 2021 waren dat er 223 en op 30 juni van dit jaar 228. Er kan een inschatting gemaakt worden van het aantal ingeschrevenen of rechthebbenden in medische huizen door het aantal maandelijkse forfaitaire tegemoetkomingen voor de huisartsen te delen door 12. Het berekende aantal patiënten bedroeg 520.886 in 2021, ten opzichte van 274.484 in 2012.

27.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor de informatie. Een deel van de informatie had wel betrekking op 2021, maar ik onthoud vooral de stijging ten opzichte van het tweede kwartaal van 2022 van de toepassing van de derde-betalersregeling.

tes, soit 91,6 % du total, appliquent le régime du tiers payant. Au cours du deuxième trimestre de 2022, 82,5 % de toutes les prestations des médecins généralistes ont été traitées par le biais du régime du tiers payant, contre seulement 65 % un an auparavant. De toute évidence, la suppression de l'interdiction au 1er janvier a motivé les médecins généralistes à appliquer encore plus largement le régime du tiers payant. À Bruxelles, 86 % des médecins appliquent le régime du tiers payant, contre 88,7 % en Wallonie et 94,6 % en Flandre.

En 2021, 7,9 millions de patients sans droit à un remboursement majoré ont fait appel au régime du tiers payant.

Sur la base des données de l'exercice 2021, 702 médecins généralistes sur 15 712 ne demandent aucun ticket modérateur.

Ces deux dernières années, l'évolution du nombre de consultations physiques a été biaisée par la crise sanitaire. Des consultations à distance étaient en effet possibles en 2020 et 2021. Si nous comptabilisons également ces consultations, nous constatons toujours une augmentation du nombre total de consultations et visites à domicile effectuées par les médecins généralistes. Le nombre de ces visites à domicile est toutefois en baisse.

Le nombre de maisons médicales actives était de 214 au 30 juin 2021, 223 au 31 décembre 2021 et 228 au 30 juin de cette année. Le nombre de patients inscrits dans des maisons médicales est estimé à 520 886 en 2021, contre 274 484 en 2012.

27.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Je me réjouis d'apprendre que les médecins sont manifestement disposés à appliquer le régime du

Dat toont de noodzaak ervan aan. Het is goed dat de artsen bereid zijn om dat toe te passen. Het is administratief ook veel gemakkelijker.

tiers payant. Celui-ci facilite aussi considérablement le traitement administratif.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

28 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De new deal voor de huisartsen (praktijkassistenten en verpleegkundigen)" (55030655C)
28 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le new deal pour les médecins généralistes (assistants de cabinet et infirmiers)" (55030655C)

28.01 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, in het kader van de new deal voor de huisartspraktijk hebt u twee opties besproken om de huisartsen te ondersteunen. Wij denken dat de huisartsen elke ondersteuning kunnen gebruiken, zeker gelet op het feit dat huisartsen 30 % van hun tijd spenderen aan taken waarvoor ze overgekwalificeerd zijn.

In uw visietekst hebt u het enerzijds over de verpleegkundige ondersteuning in de huisartspraktijk en anderzijds over de praktijkassistent, die de huisarts zou kunnen ontlasten door sommige administratieve taken en goed afgebakende medische handelingen over te nemen. U spreekt zich niet expliciet uit voor de ene of andere optie. U zegt dat de discussies hierover lopen.

Alleszins wilt u werk maken van de noodzakelijke aanpassing van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen (WUG) van 10 mei 2015, die de medische handelingen moet afbakenen.

Mijnheer de minister, kunt u zeggen wanneer de WUG wordt aangepast?

Zijn de opties om de huisartsen te ondersteunen volgens u in tegenspraak met elkaar? Of kunnen ze naast elkaar worden ingevoerd? Wat is hierover uw mening?

Wie zal opdraaien voor de kosten als de huisartspraktijken zelf praktijkassistenten aanwerven? Wie moet er volgens u instaan voor de financiering van de aangeworven praktijkassistenten en verpleegkundigen in de huisartspraktijk?

28.01 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Les généralistes consacrent 30 % de leur temps à des tâches pour lesquelles ils sont surqualifiés en réalité. Dans son texte de vision, le ministre ne se prononce pas explicitement quant au choix entre le soutien infirmier dans la pratique de médecine générale et le recours à un assistant de pratique médicale. En revanche, il veut s'atteler à la nécessaire modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 (LEPSS), laquelle doit définir les actes médicaux visés.

Quand ces modifications seront-elles apportées? Les deux options mentionnées sont-elles en contradiction ou peuvent-elles être mises en place en parallèle? Qui devra supporter le coût des recrutements?

28.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Een belangrijk uitgangspunt voor mij is de visienota 'Een new deal voor de huisartsenpraktijk', die ik heb voorgesteld aan de artsensyndicaten op 17 juni, waarbij ik een opdracht aan de reflectiegroep over de toekomst van de huisartsengeneeskunde onder leiding van An Van den Bruel en Jean-Luc Belche heb gegeven. Heel snel is er dan een plan van aanpak voorgelegd en goedgekeurd door de Medicomut met vier verschillende werkpakketten, uit te werken tegen april 2023.

De discussie over het organisatiemodel is breed, mevrouw Pisman. Dat gaat over de verpleegkundigen en de praktijkassistent, maar in onze discussietekst hebben we het ook over de rol van de psychologen en het medisch secretariaat.

Men pleit inderdaad enerzijds voor de aanwezigheid van gekwalificeerde verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk, naast een

28.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: J'ai soumis la note de vision au syndicat des médecins le 17 juin 2022 et confié dans ce contexte une tâche au groupe de réflexion concernant l'avenir de la médecine générale. La Médicomut a approuvé un plan d'approche comportant quatre modules de travail, à mettre à exécution d'ici avril 2023.

La discussion concernant le modèle organisationnel est large. Il s'agit à la fois des infirmiers et de l'assistant de pratique médicale,

administratieve ondersteuning door de mensen die de richting medisch secretariaat hebben gevolgd.

Sommigen zien anderzijds een nieuw beroep van praktijkassistent, maar daarvoor moeten de *scope of practice*, een adequaat vormingstraject en de te behalen eindcompetenties bij zo'n vormingstraject worden afgebakend. Over de definitie van zo'n praktijkassistent bestaat nog discussie. Volgens sommigen is dat een gezondheidsberoep, omdat die persoon handelingen zal stellen die bij een gezondheidsberoep horen. In dat geval moet dat beroep zijn plaats vinden in de WUG. Als de discussie evenwel tot het besluit zou leiden dat die persoon geen enkele handeling hoeft te stellen die onder de klassieke handelingen van een gezondheidsberoep valt, dan is de WUG niet van toepassing. Die kwestie is nog niet beslecht, want er bestaan verschillende opinies. Ik zal me daar nu niet over uitspreken.

Welke profielen komen voor het beroep van praktijkassistent in aanmerking en hoe zal men dat betalen? Ook die vragen liggen voor bij de reflectiegroep-Van den Bruel-Belche. De vraag is niet alleen of er geld zal zijn, maar ook hoe we zullen financieren. Precies daarom moeten we het financieringsmodel helemaal herdenken. Het moet de activiteit van de arts stimuleren, de toegankelijkheid voor de patiënt vrijwaren en de arts toelaten om taken te delegeren. Het moet de huisartsenpraktijken bovendien toelaten om te focussen op de continuïteit en de beschikbaarheid, niet alleen op het individueel presteren. Er moeten incentives zijn voor onder andere preventie, populatiemanagement en multidisciplinaire samenwerking.

Dat is dus een omvangrijke opdracht. Ik hoop dat mevrouw Van den Bruel en de heer Belche begin volgend jaar een relatief concrete tekst indienen, zodat die na nog een iteratie in de Medicomut tegen april als basis kan dienen. Ik ga ervan uit dat tegen dan de discussie over het precieze profiel van de praktijkassistent achter de rug is en dat het beroep van praktijkassistent goed in kaart is gebracht, naast dat van de verpleegkundige, die een opleiding kan hebben gevolgd om in een huisartsenpraktijk te functioneren. Dat moeten we dan allemaal goed op een rij hebben om met het wetgevende werk te beginnen.

mais aussi du rôle des psychologues et du secrétariat médical.

On plaide d'une part pour la présence d'infirmiers qualifiés dans les cabinets médicaux et, d'autre part, pour un appui administratif apporté par des personnes ayant suivi des études de secrétariat médical.

La nouvelle profession d'assistant praticien fait encore l'objet de discussions. Selon certains, il s'agit d'une profession de la santé puisque la personne concernée pose des actes qui relèvent d'une profession de la santé. Dans ce cas, cette profession doit trouver une place dans la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé. La question reste ouverte. Je ne m'exprimerai pas maintenant sur ce sujet.

La question des profils éligibles à la profession d'assistant praticien et celle du financement sont également soumises au groupe de réflexion. La question n'est pas seulement de savoir s'il y aura de l'argent, mais également comment le financement sera assuré. C'est précisément pour cette raison que nous devons complètement repenser le modèle de financement. Des incitants sont par exemple nécessaires pour inciter à la prévention.

J'espère que le groupe de réflexion présentera un texte concret au début de l'année 2023. Après la Médicomut, le texte devra servir de base au travail législatif en avril. Je pars du principe que d'ici là, la discussion sur le profil précis des assistants praticiens sera derrière nous, de même que sur celui des infirmiers qui ont pu suivre une formation pour travailler dans un cabinet de médecin généraliste.

28.03 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, wij hopen van harte dat er stappen vooruit kunnen worden gezet, dat de voorgelegde tekst vrij concreet wordt en dat de kleine elementen niet

verloren gaan in het geheel. Wij zullen het dossier ten gronde volgen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

29 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les travailleurs frontaliers français actifs dans le secteur des soins de santé en Belgique" (55030662C)
29 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Franse grensarbeiders die in België in de gezondheidszorg werken" (55030662C)

29.01 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Monsieur le Ministre, cher Monsieur Vandenbroucke, à ce jour, un travailleur de nationalité française exerçant son activité professionnelle en Belgique dans le secteur public est taxé en France sur ses rémunérations. C'est le cas par exemple dans le secteur des soins de santé (hôpitaux et maisons de repos qui jouxtent la frontière française). Ainsi, l'hôpital Ambroise Paré à Mons accueille près de 30% de travailleurs français car le marché du travail belge connaît une pénurie dans ce secteur.*

La nouvelle CPDI belgo-française va mettre fin à ce régime d'exception qui déroge à la règle de taxation au lieu d'exercice de l'activité. L'entrée en vigueur du nouveau régime est prévue pour le 1er janvier 2023. Aucune période de transition n'est prévue et ce, alors qu'un régime transitoire est maintenu jusque 2033 pour les travailleurs du secteur privé.

Ceci aura pour conséquence que les travailleurs français du secteur public belge se verront plus lourdement taxés du jour au lendemain, ce qui pourrait entraîner la fuite de ces travailleurs dans un secteur qui est déjà en pénurie.

Parallèlement à mes questions au Ministre des Finances, je souhaite vous poser la question suivante: ne craignez-vous pas que cette modification abrupte du régime fiscal des travailleurs frontaliers n'aggrave la pénurie de travailleurs que connaît actuellement le secteur des soins de santé?

29.01 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Franse werknemers die hun beroepsactiviteit in de Belgische overheidssector uitoefenen, worden belast in Frankrijk. In het ziekenhuis Ambroise Paré in Bergen komt 30 % van de werknemers uit Frankrijk door het tekort op de Belgische arbeidsmarkt. Het nieuwe dubbelbelastingverdrag zal een einde maken aan die afwijking van de regel dat men belast wordt op de plaats waar de activiteit uitgeoefend wordt. De inwerkingtreding staat gepland op 1 januari 2023. Er werd niet in een overgangsperiode voorzien, terwijl er voor de privésector een overgangsregeling geldt tot 2033. Franse werknemers die in de Belgische overheidssector werken zullen zwaarder belast worden, waardoor ze dreigen te vertrekken uit een knelpuntsector.*

Vreest u dat de krapte nog groter zal worden door die abrupte wijziging van het fiscale stelsel?

29.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Piedboeuf, il se fait qu'on en a déjà parlé. J'ai immédiatement averti mon collègue, le ministre Van Peteghem, car votre question relève en fait complètement des règles de taxation. Une modification a été introduite dans ces règles au niveau de la Belgique et de la France.

Vous exprimez donc la crainte que cette modification pourrait aggraver la pénurie de personnel dans les soins. Je crois que c'est tout à fait pertinent et qu'il y aura un impact sur le personnel dans les régions frontalières. J'ai pris contact avec M. Van Peteghem mais je n'ai pas encore de solution pour l'instant. Je poursuis la concertation avec lui.

29.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: We hebben het daar al eerder over gehad en toen heb ik de minister van Financiën gewaarschuwd. Uw vrees is terecht: die wijziging zou het tekort aan zorgpersoneel in het grensgebied kunnen verergeren. Ik heb nog geen oplossing, maar ik zet het overleg met minister Van Peteghem voort.

29.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): Monsieur le ministre, je n'ai aucun doute par rapport à cela et c'est vrai que je vous en ai parlé la semaine dernière mais la question était dans les circuits. Depuis lors, j'ai posé la question au ministre Van Peteghem une deuxième fois. Il

29.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): Ik heb minister Van Peteghem hierover vragen gesteld. Hij is ook bezorgd over de gevolgen voor de

est aussi préoccupé parce qu'en effet, on va être impacté sur toute la zone frontalière. Rien qu'en province de Luxembourg, il s'agit de 300 infirmières. Mais cela va se reproduire pour toutes les zones frontalières en Belgique.

Dès lors, si on ne trouve pas un moratoire, ce sera une catastrophe au vu de l'état actuel du personnel infirmier dans nos hôpitaux. Il faut donc vraiment qu'on essaie d'avancer, ne fût-ce que pour un moratoire puisqu'il existe pour le secteur privé jusqu'en 2033. Là, c'est une exception qui a été établie pour le personnel public. Si on ne prend pas les devants, on va vers la catastrophe et, finalement, cela servira bien la France qui a envie de rapatrier ses infirmières. Mais en ce qui nous concerne, cela ne fait pas nos affaires.

grensstreek. Er moet een moratorium ingevoerd worden om een ramp te voorkomen. In de privésector geldt er een moratorium tot 2033. Frankrijk wil zijn verpleegsters repatriëren, maar dat is voor ons een slechte zaak.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

30 Samengevoegde vragen van
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het KCE-rapport over de zorg voor kinderen in België" (55030676C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De pilootprojecten transmurale zorg en pediatrische verbindingsteams" (55030726C)
30 Questions jointes de
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du KCE sur les soins pédiatriques en Belgique" (55030676C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les projets pilotes de soins transmuraux et d'équipes de liaison pédiatriques" (55030726C)

30.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het Kenniscentrum onderzocht de situatie met betrekking tot de gespecialiseerde zorg voor kinderen in België. In het buitenland wordt er namelijk steeds meer transmurale zorg aan kinderen verstrekt, waardoor ziekenhuisverblijven vermeden of maximaal verkort kunnen worden. Dat heeft voordelen voor de kinderen en hun ouders, die daardoor zoveel mogelijk in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven. Blijkbaar staat die transmurale zorg voor kinderen in België nog niet erg ver. In 2020 waren er 5 pediatrische verbindingsteams die zorg verleenden aan ruim 1.000 kinderen, wat weinig is in vergelijking met het buitenland.

Wat is uw visie op transmurale zorg in het algemeen en transmurale zorg voor kinderen in het bijzonder? Heeft de organisatie van dergelijke transmurale zorg prioriteit voor u? Bent u van plan die zo snel mogelijk te implementeren? Hoe zou dat volgens u georganiseerd moeten worden? Overweegt u een uitbreiding van de verbindingsteams, gecoördineerd vanuit de ziekenhuizen, of denkt u eerder aan thuiszorgteams, gecoördineerd door thuiszorgactoren, zoals dat in Nederland gebeurt? Op welke manier kan transmurale zorg een plek krijgen in de eerstelijnszones en de ziekenhuis-netwerken?

Het Kenniscentrum stelt voor om een nieuw programma voor pediatrische zorg te ontwikkelen, waarbij er ook plaats is voor andere zorgvormen. Zo zou een voorlopige hospitalisatie erkend en gefinancierd moeten worden, net zoals een betere financiering van het medisch dagziekenhuis nodig is. Transmurale zorg zou dan na de pilootfase deel van het zorgprogramma moeten uitmaken. Denkt u dat die pilootfase nodig is of kan men al sneller handelen? Wat is uw visie

30.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Le KCE a consacré un examen aux soins pédiatriques spécialisés en Belgique. À l'étranger, des soins transmuraux sont de plus en plus souvent organisés pour les enfants, ce qui permet de raccourcir, voire d'éviter les séjours à l'hôpital. En Belgique, ce type de soins est encore peu répandu. Quel est le point de vue du ministre? Quelles mesures envisage-t-il?

Le KCE propose également de développer un nouveau programme de soins pédiatriques laissant de la marge à d'autres formes de soins. Après la phase pilote, les soins transmuraux devraient alors faire partie du programme de soins. Cette phase est-elle nécessaire ou est-il possible d'aller plus vite?

op het tijdschema?

30.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb nog een aantal vragen over de pediatrische teams en de pilootprojecten inzake transmurale zorg.

Hoe ziet u de inzet van die pediatrische teams in die pilootprojecten? Welke invulling zullen die krijgen? Welke middelen worden daarvoor uitgetrokken?

Wat is de status van de nomenclatuur voor psychiatrische thuisverpleegkundigen? Worden er RIZIV-nummers toegekend voor psychiatrisch verpleegkundigen? Maken psychiatrische verpleegkundigen deel uit van de algemene strategie die u daarvoor wilt uitrollen? In welke mate maken zij deel uit van eventuele pilootprojecten? Hoe zit dat met de pediaters?

Welke parameters hanteert u voor de beoordeling van de pilootprojecten?

30.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Quelle est la vision du ministre en ce qui concerne le déploiement des équipes pédiatriques dans le cadre de ces projets pilotes, tant en termes de tâches que de moyens?

30.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Kinderen met een chronische ziekte hebben inderdaad meer kans om opgenomen te worden in een ziekenhuis. Dat heeft een serieuze impact op het dagelijks functioneren en op de kwaliteit van hun leven. Het KCE-rapport geeft aan dat de zorg voor chronische patiënten het best gebeurt op een zeer duurzame manier, in de minst complexe omgeving die klinisch toch haalbaar is. Het lijkt ons dus inderdaad dat transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen voor een welbepaalde doelgroep het aantal opnames in een ziekenhuis kan en moet verlagen, of de opnames moet verkorten. De KCE-onderzoekers bekeken al van nabij die transmurale zorg bij kinderen, onder meer op basis van literatuuronderzoek, een internationale benchmarking en een stakeholdersbevraging. Ze bevelen inderdaad aan om pilootprojecten op te zetten.

In zekere zin hebben we niet gewacht op het KCE-rapport om al voorbereidingen te treffen voor dergelijke pilootprojecten. Het is de bedoeling om de oproep te lanceren begin 2023. Ik vind het wel heel belangrijk dat die projecten op een goede manier begeleid en geëvalueerd worden, zodat we op het einde – laten we zeggen na tweeënhalf jaar – een duidelijk zicht krijgen of we transmurale zorg voor kinderen kunnen verankeren en zo ja, hoe we dat het best doen. Daarom werd voor het zomerreces een projectoproep gedaan voor experts om de pilootprojecten bij te staan. De selectiefase voor de experts loopt. De gekozen experts zullen onder meer het selectiekader en de evaluatiecriteria voor de pilootprojecten moeten opstellen.

Het is in dezen alvast een must dat er een samenwerking wordt opgezet tussen de ziekenhuizen en de eerste lijn om de continuïteit van de zorg te garanderen en de expertise van beide actoren volledig te benutten. Zomaar een systeem uit het buitenland overnemen, lijkt me geen goed idee. De wijze waarop transmurale zorg voor chronisch zieke kinderen zal worden opgezet, wordt dus eerst onderzocht aan de hand van die pilootprojecten. De vragen die u oproept, moeten daarin worden beantwoord: hoe laten we transmurale zorg een plaats vinden in de eerstelijnszones en in de ziekenhuisnetwerken? Op welke manier financieren we die zorg het best? Is prestatie-

30.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les enfants atteints d'une maladie chronique sont confrontés à un risque d'hospitalisation accru. Le KCE indique que les soins aux patients chroniques devraient idéalement s'inscrire dans une logique durable et être prodigués dans un environnement qui soit le moins complexe possible tout en étant adapté sur le plan clinique. Les soins transmuraux pour les enfants atteints d'une maladie chronique faisant partie d'un groupe cible défini peuvent et doivent même permettre de réduire le nombre ou la durée des hospitalisations.

Le KCE a réalisé une étude plus précise sur ces soins transmuraux pédiatriques, notamment sur la base d'un examen de la littérature, d'une comparaison internationale et d'une enquête auprès des acteurs concernés. Les chercheurs recommandent en effet la mise en place de projets pilotes. Nous voulons lancer un appel à cet effet début 2023, mais les projets devront être bien accompagnés et évalués pour qu'après deux ans et demi, par exemple, nous puissions avoir une vue claire de la manière dont nous pouvons concrétiser des soins transmuraux pédiatriques. Pour ce faire, nous avons lancé un appel à

financiering op basis van de nomenclatuur waarnaar mevrouw Depoorter verwijst, de beste optie? Of moeten we nadenken over andere financieringsmodellen zoals *bundled payment*? Welke zorgactoren moeten worden betrokken bij die transmurale zorg, met welke expertise, met welk samenwerkingsmodel? Die vragen liggen voor en willen we beantwoorden met de pilootprojecten, te lanceren begin volgend jaar.

projet visant à désigner des experts qui devront accompagner les projets pilotes. Cette phase de sélection est en cours et les experts choisis seront chargés d'élaborer le cadre de sélection et les critères d'évaluation des projets pilotes. Nous devons en tout état de cause parvenir à une collaboration entre les hôpitaux et les prestataires de première ligne pour garantir la continuité des soins et utiliser pleinement l'expertise des deux acteurs.

Dans un premier temps, l'organisation et le financement des soins transmuraux pour enfants atteints de maladies chroniques seront étudiés par le bais de ces projets pilotes.

30.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Als het in de gezondheidszorg om kinderen gaat, is het belangrijk dat er echte vorderingen worden gemaakt. Zeker voor kinderen is het van belang om zo lang mogelijk thuis, in de vertrouwde omgeving, te kunnen blijven. U geeft aan dat er pilootprojecten zullen worden opgestart waarbij alles bekeken zal worden, maar ik heb soms het gevoel dat pilootprojecten een excuus zijn om een en ander voor zich uit te schuiven. Daarom wil ik aandringen om hiermee aan de slag te gaan.

Het is immers jammer dat we achterop hinken in vergelijking met het buitenland. Maar dat heeft ook het voordeel dat we al veel goede praktijkvoorbeelden kunnen bekijken. Daarom wil ik voorstellen om snel een analyse te maken en te kijken wat er goed loopt, wat er minder goed loopt en wat we kunnen overnemen. Zo kan dat snel deel uitmaken van ons eigen zorgaanbod.

30.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Parfois, les projets pilotes semblent constituer une excuse pour temporiser. Il est regrettable que nous soyons à la traîne en comparaison de l'étranger, mais cela nous procure d'autre part de nombreux exemples de bonnes pratiques. En procédant à une analyse rapide de ces pratiques, nous pouvons déjà avancer.

30.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er zitten evenveel vragen in uw antwoord als dat wij u er gesteld hebben. Dat is een beetje jammer.

Ik stel vast dat u de selectieprocedure voor die experten wel zelf kunt hanteren, in tegenstelling tot de rekrutering van de expert die u moet begeleiden bij een Europees project rond *rescue*, maar dit terzijde.

Ik zou toch nogmaals willen wijzen op uw eerste zin. U zegt: "Kinderen met chronische zorg hebben meer kans op hospitalisatie." Daar zijn wij het over eens. Moeten we die kinderen zoveel mogelijk thuis proberen te verzorgen? Daarover zijn we het ook eens. Zijn we bezorgd over de geestelijke gezondheid van chronisch zieke kinderen? Daarover veronderstel ik dat u het ook met ons eens bent.

Welnu, de psychiatrische thuisverpleegkundigen kunnen echt wel een verschil maken, voor ouders en kinderen. Dus, mijnheer de minister, in het eerste voorstel van resolutie rond geestelijke gezondheidszorg hebben we liaisonpsychiatrie opgenomen. Ik moedig u dan ook aan om daar echt werk van te maken en niet nog meer vragen te stellen,

30.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Les infirmiers psychiatriques à domicile peuvent bel et bien faire une différence pour les parents et les enfants. Nous avons intégré la psychiatrie de liaison dans notre proposition de résolution relative aux soins de santé mentale, et j'encourage le ministre à s'atteler rapidement à la tâche au lieu de continuer à se poser des questions.

maar naar echte oplossingen te zoeken. De oplossingen zijn er, neem ze ter harte.

30.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: We investeren 35 miljoen euro in kinder- en jeugdpsychiatrie, waarbij we ook inzetten op wat er gebeurt voor het kind wordt opgenomen in het ziekenhuis en wat daarna gebeurt. Hoe versterken we pediatrische diensten vanuit psychiatrische diensten? Dat wordt wel allemaal meegenomen. We zijn dus niet louter bezig met de versterking van de ziekenhuis-capaciteit.

In die zin kan men zeggen dat wij het transmurale idee – al weet ik niet of dat woord hier echt past – in die hervormingen en belangrijke investeringen in de kinder- en jeugdpsychiatrie moeten toepassen.

30.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Nous investissons 35 millions d'euros dans la psychiatrie infantile et juvénile, tout en mettant l'accent sur la période précédant l'hospitalisation de l'enfant, mais également sur la période post-hospitalisation. Nous ne nous contentons donc pas de renforcer la capacité hospitalière.

30.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik begrijp wat u bedoelt. In het kader van de psychiatrische zorg is dat oké. Wij moeten effectief aan de slag met voor- en nazorg.

Ik heb het echter over chronisch zieke kinderen. Wij weten dat er bij die patiënten een grote kwetsbaarheid bestaat op het vlak van geestelijke gezondheid. Die kwetsbaarheid moet opgevangen worden en daar kunt u voor zorgen door in te zetten op psychiatrische thuiszorg.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

31 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kwaliteit van de dienstverlening van de apotheken" (55030685C)
31 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La qualité des services des pharmacies" (55030685C)

31.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, in een onderzoek evalueerde Test Aankoop de kwaliteit van de dienstverlening van apotheken in België. Daaruit bleek dat slechts 2 van de 96 bezochte apothekers voldoende vragen stelden om vast te stellen of het geneesmiddel wel geschikt was voor de persoon die erom vroeg. Het resultaat is pijnlijk en Test Aankoop waarschuwt dan ook dat het beroep steeds meer gaat lijken op dat van een verkoper in plaats van dat van een zorgverlener. Voor hun onderzoek lieten ze mensen naar een geneesmiddel vragen dat ze kenden van de reclame. Test Aankoop pleit dan ook voor een verbod op reclame voor geneesmiddelen zonder voorschrift.

Welk gevolg zult of kunt u geven aan de resultaten van dit onderzoek? Hebt u daarvoor reeds samengezeten met de belangenorganisaties of bent u dat van plan? Wat was hun reactie of voorstel? Wat is uw standpunt inzake een verbod op reclame voor geneesmiddelen zonder voorschrift?

31.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Une enquête réalisée par Test Achats a révélé que les pharmaciens posent rarement ou jamais de questions à un patient qui demande sans prescription un médicament qu'il connaît d'une publicité. Ils se comportent comme des vendeurs plutôt que comme des prestataires de soins.

Le ministre se concertera-t-il avec les organisations d'intérêt à ce sujet? Que proposent-elles? Que pense le ministre d'une interdiction de la publicité pour les médicaments sans prescription, comme le recommande Test Achats?

31.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, Test Aankoop heeft mij dit nog maar zeer recent doorgestuurd, eigenlijk gelijktijdig met de publicatie. Dit is dus informatie die ik verder met mijn administratie en de betrokken stakeholders moet evalueren.

Het spreekt voor zich dat de resultaten van dit onderzoek ons niet

31.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je viens tout juste de prendre connaissance de ces informations et dois donc encore les évaluer plus en détail avec mon administration et les parties

meteen gelukkig maken. Ik weet dat dit overigens ook geldt voor de beroepsverenigingen van apothekers. Het is een sector die zelf ook zeer sterk investeert in het verbeteren van de dienstverlening. Sinds 2020 werkt de sector ook zelf projectmatig met mysteryshoppers. Die inspanning zet de sector verder. Van de APB heb ik vernomen dat men op basis van deze resultaten de apothekers onmiddellijk zal sensibiliseren. Ik waardeer dat zeer.

Sinds 2015 zijn apothekers verplicht om permanente bijscholing te volgen. De modaliteiten daarvan liggen vast in het besluit van 8 juli 2014. Ik zal mijn overleg met de sector alvast gebruiken om te zeggen dat het stellen van de juiste vragen om over voldoende gezondheidsinformatie te beschikken, hier zeker een onderdeel van moet zijn.

U weet ongetwijfeld dat de kwaliteitswet nu volledig haar rol moet beginnen te spelen. Een van de kwaliteitseisen is het registreren van de relevante gezondheidsinformatie in een dossier. Dat geldt uiteraard ook voor het farmaceutisch dossier.

Met toestemming van de patiënt kan dat ook een gedeeld dossier zijn. Dat zou het voor de apotheker gemakkelijker maken om een zeker shoppinggedrag van een eerder occasionele klant op te merken.

In 2017 heeft de overheid ook de huisapotheker ingevoerd, een uitstekend initiatief van mijn voorgangster. Het is een heel nuttige evolutie. Mensen aanmoedigen om een zekere trouw in te bouwen ten aanzien van de apotheker die ze bezoeken, komt ook het vertrouwen voor het stellen van de juiste vragen, het delen van nuttige informatie en het geven van een goed advies ten goede.

Mevrouw Sneppe, voor uw eerste twee vragen verwijs ik ook graag naar het wetsontwerp met betrekking tot de autocontrole van de apotheken, dat we eerder dit jaar hebben aangenomen. Dit project zal in samenwerking met het FAGG worden uitgerold vanaf 2023. Voor zowel het onderdeel zelfevaluatie als het onderdeel externe audit is de *Gids voor de goede officinale farmaceutische praktijken,* in bijlage bij het koninklijk besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichten aan de apothekers, het centrale criterium. Deze gids bevat een belangrijk hoofdstuk inzake de principes van de farmaceutische zorg, met daarover ook een zeer concrete regelgeving. De principes zijn het grondbeginsel van het beroep van apotheker, waarbij de patiënt centraal staat en de apotheker op een resultaatgerichte wijze het nodige doet voor het welzijn van zijn patiënt, in samenwerking met andere gezondheidszorgberoepen.

Concluderend is het duidelijk dat zeker nog niet alles goed loopt, maar dat er veel maatregelen zijn getroffen die de situatie ten goede zullen veranderen en dat er veel goede wil is bij de sector, maar we zullen dit dossier natuurlijk nauwgezet opvolgen.

Rekening houdend met het huidige medialandschap moeten we een reclameverbod op Europees niveau bekijken en aanpakken.

Ik vestig ten slotte de aandacht op de noodzaak van een repertorium met informatie over geneesmiddelen die voor de patiënt en het publiek bestemd is. Deze informatie moet wetenschappelijk onderbouwd en dus correct zijn, maar ook volkomen objectief en op een onafhankelijke manier tot stand komen. Uiteraard moet ze ook

prenantes.

Le secteur, qui investit intensivement dans l'amélioration des services, déplore également ces résultats. L'APB va en tout cas sensibiliser les pharmaciens. Lors de ma concertation avec le secteur, je soulignerai qu'apprendre à poser les bonnes questions doit faire partie de la formation continue obligatoire. L'une des exigences de qualité prescrites par la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé est l'enregistrement des données pertinentes en matière de santé dans un dossier, y compris donc dans le dossier pharmaceutique. Ces données peuvent être partagées avec l'accord du patient. Le rôle du pharmacien de référence, une initiative de 2017, est également utile à cet égard. Le Guide des bonnes pratiques pharmaceutiques officinales annexé à l'arrêté royal du 21 janvier 2009 contient les principes des soins pharmaceutiques. Ce Guide sert de critère pour l'autoévaluation et l'audit externe.

Une interdiction de la publicité doit être examinée à l'échelon européen.

Il est également nécessaire de disposer d'un répertoire comportant des informations relatives aux médicaments qui sont fondées scientifiquement, indépendantes et destinées aux patients. J'ai demandé à l'AFMPS de travailler à l'élaboration d'un tel répertoire, en collaboration avec le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) et Farmaka.

toegankelijk en begrijpelijk zijn voor niet-professionelen. Tot vandaag beschikken we over een repertorium dat zich richt op de gezondheidszorgberoepen en bijsluiters die beantwoorden aan de Europese regelgeving. Die blijven echter voor veel burgers moeilijk toegankelijk. Daarom heb ik het FAGG de opdracht gegeven om samen met het BCFI en Farmaka een project voor te bereiden en te ontwikkelen dat een dergelijk repertorium moet kunnen creëren dat vlot toegankelijk is.

Samen kunnen de drie instanties garant staan voor het ter beschikking stellen van wetenschappelijk onderbouwde informatie op een onafhankelijke wijze en, niet het minst, het ter beschikking stellen van informatie op een manier die communicatief gericht is op de burger en de patiënt.

31.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik kreeg heel wat informatie in antwoord op vier kleine vragen. Dat is een beetje de vis verdrinken. 2 op 96, dat betekent dat zowat 2 % van de bezochte apothekers wel voldoende vragen stelt. Ik weet dat de sector kort op de bal speelt en heel gedreven is. We hebben gisteren nog met hen samen gezeten. Dit is echter zeker iets wat in de gaten moet worden gehouden.

Wat betreft de vraag van Test Aankoop voor een verbod op reclame voor geneesmiddelen zonder voorschrift, moeten u als minister van Volksgezondheid en uw administratie een standpunt innemen. Ik denk bijvoorbeeld aan de tabaksreclame, die intussen ook onderworpen is aan strenge regelgeving. Reclame voor geneesmiddelen zonder voorschrift mag op ongeveer dezelfde hoogte worden geplaatst. Geneesmiddelen blijven immers geneesmiddelen, met of zonder voorschrift, en we moeten er heel nauwlettend op toezien dat er daarvan geen misbruik wordt gemaakt en dat, zoals u zelf ook zei, de mensen goed worden geïnformeerd over de geneesmiddelen waarvoor ze reclame te zien krijgen.

De sector speelt inderdaad kort op de bal en neemt ter zake zelf heel wat initiatieven. Ik hoop dat dit bij een volgend onderzoek van Test Aankoop dan ook zal leiden tot betere cijfers.

31.03 **Dominiek Sneppe** (VB): S'agissant de l'interdiction de la publicité pour les médicaments, notre pays – et donc le ministre – devraient prendre position. Nous devons veiller à éviter tout abus de médicaments et à informer correctement la population. J'espère que les initiatives du secteur porteront leurs fruits.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

32 Samengevoegde vragen van
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herfstvaccinatiecampagne tegen COVID-19" (55030686C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herfstbooster" (55031454C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covid-herfstprik met niet-aangepaste vaccins" (55031472C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het perspectief inzake de voorraden van Adapted BA.1-covidvaccins" (55031123C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinvarianten" (55031352C)
32 Questions jointes de
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne de vaccination contre le coronavirus en automne" (55030686C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La dose de rappel d'automne" (55031454C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La dose de rappel contre le covid administrée avec des vaccins inappropriés" (55031472C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les perspectives concernant les stocks de vaccins anticovid adaptés à la souche BA.1" (55031123C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les variantes de vaccins" (55031352C)

32.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, volgens de tabel van data-expert Joris Vaesen, die de vaccinatiecijfers op de voet volgt sinds het begin van de coronacrisis, zouden 33.000 personen tijdens de herfstcampagne niet het bivalente vaccin, maar het originele vaccin gekregen hebben. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid merkte op dat de cijfers van Sciensano niet overeenkomen met zijn cijfers en dat al wie na 12 september een booster kreeg, het bivalente vaccin kreeg toegediend. Wie vóór die datum een booster ontving, kreeg nog het klassieke vaccin toegediend.

Waarom is er een verschil tussen de data van Vaccinnet en Sciensano? Welke cijfers zijn de juiste?

Aangezien heel wat ouderen afgelopen zomer reeds hun vierde vaccin kregen, werden ze ingeënt met het klassieke vaccin gebaseerd op de Wuhanstam. Zullen zij in het najaar een vijfde prik ontvangen, gelet op de afnemende bescherming na enkele maanden en het feit dat de op de Wuhanstam gebaseerde vaccins weinig beschermen tegen de huidige varianten? Is dat inmiddels ook meegerekend in de vaccinatiecampagne?

Hoeveel originele vaccins, gebaseerd op de Wuhanstam, zijn er nog in voorraad en wat zal daarmee gebeuren?

Hoeveel bivalente vaccins zijn er in voorraad en hoeveel bivalente vaccins worden er nog verwacht voor de herfstcampagne en eventuele volgende campagnes?

Hoe verloopt de vaccinatiecampagne na de herfst?

Krijgt wie nog nooit werd gevaccineerd tegen COVID-19, maar nu plots het licht ziet – althans zo ziet u het – en zich alsnog wil laten vaccineren, onmiddellijk het bivalente vaccin, of moet die eerst nog het rijtje Wuhanvaccins laten zetten? Als het nieuwe vaccin voldoende blijkt, is men dan volledig en voldoende gevaccineerd?

32.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Selon l'expert en données Joris Vaesen, dans le cadre de la campagne automnale, 33 000 personnes n'auraient pas reçu le vaccin bivalent mais celui d'origine. L'agence flamande chargée des soins et de la santé (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, AZG) a noté que ses chiffres ne correspondaient pas à ceux de Sciensano et que toutes les doses de rappel administrées après le 12 septembre l'ont été avec le vaccin bivalent. Le ministre peut-il expliquer la différence entre les chiffres de Sciensano et ceux de l'AZG?

De nombreuses personnes âgées ont reçu cet été une quatrième dose du vaccin d'origine, lequel répond à la souche de Wuhan. Recevront-ils à l'automne une cinquième dose, cette fois du vaccin bivalent? Cette donnée a-t-elle déjà été prise en considération dans la campagne de vaccination?

Combien de vaccins originaux sont-ils toujours en réserve? Que deviendront-ils? De combien de vaccins bivalents disposons-nous, et combien en attendons-nous encore? Comment la campagne de vaccination se déroulera-t-elle après l'automne?

Une personne qui souhaite recevoir sa première dose de vaccin se voit-elle automatiquement administrer le vaccin bivalent ou doit-elle passer par plusieurs doses du vaccin d'origine? Une seule dose du nouveau vaccin suffit-elle pour être pleinement vacciné?

De **voorzitter**: De heer De Caluwé heeft zich laten verontschuldigen; zijn vraag nr. 55031454C is dus zonder voorwerp.

32.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, volgens *Het Nieuwsblad* zou 2 % van de patiënten het eerste vaccin, het vaccin dat beschermt tegen de Wuhanvariant, toegediend hebben gekregen, terwijl we inmiddels beschikken over de bivalente vaccins tegen BA.1 en de Wuhanstam en zelfs de combinatie BA.4 en BA.5, die momenteel dominant is.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid verklaarde dat er fouten zouden zijn gemaakt in de registratie en eventueel occasioneel ook menselijke fouten. Domus Medica heeft dat dan weer weerlegd.

Uw voorzitter van de FOD, die vandaag een rondleiding heeft gegeven bij de nieuwe distributeur Movianto, verklaart dan weer dat het gaat om menselijke fouten.

Mijnheer de minister, wat is het nu juist? Hoeveel burgers hebben volgens uw informatie het niet-aangepaste vaccin gekregen? In hoeveel gevallen gaat het over de foute code? In hoeveel gevallen gaat het over een menselijke fout? Kan worden getraceerd wie het niet-aangepaste vaccin heeft gekregen?

Wat zult u doen met de patiënten die het oudere vaccin hebben gekregen? Zult u hen opnieuw uitnodigen voor een nieuw BA.4/BA.5-vaccin bijvoorbeeld?

Hoe wilt u dergelijke fouten in de toekomst vermijden?

Worden de niet-aangepaste vaccins teruggeroepen? Om hoeveel vaccins gaat het?

Mijnheer de minister, heel belangrijk is de vraag of het eerste vaccin, dus het Wuhanvaccin, dat de patiënten hebben ontvangen, conform was. Zijn de ontdooitijd en de bereidingstijd al dan niet gecontroleerd?

Mijnheer de minister, ik heb ook nog een aantal vragen over de verdeling tussen het bivalente Wuhan-BA.1-vaccin en het BA.4/BA.5-vaccin. Er was beslist dat het BA.1-Wuhanvaccin zou worden toegediend tot de verdeling van de BA.4/BA.5-vaccins. Ik heb vernomen dat Brussel en Wallonië enkel nog het BA.4/BA.5-vaccin hebben toegediend en dat er dus een voorraad van de *adapted* BA.1-vaccins aanwezig was in de vaccinatiecentra en in de hubs.

Mijnheer de minister, wat is daarmee gebeurd? Hoeveel van die vaccins zijn vervallen weggesmeten of weggegeven? Krijgen die een andere bestemming?

Wat is de aanwezige stock van de *adapted* BA.1-vaccins en BA.4/BA.5-vaccins? Wat is hun vervaldatum?

Hoeveel van de *adapted* BA.1-vaccins en BA.4/BA.5-vaccins zijn ontdooid en niet gebruikt na ontdooiing? Graag kreeg ik een aparte opdeling per vaccinsoort, maar ook per gewest.

Er zouden *adapted* BA.1-vaccins zijn ontdooid en weggegooid. Hebt u daar een zicht op? Kunt u een opdeling geven per gewest?

Welke stappen zult u ondernemen om de overblijvende *adapted* BA.1-vaccins nuttig te besteden? Hoeveel bruikbare en niet ontdooide

32.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): D'après le quotidien *Het Nieuwsblad*, 2 % des patients auraient encore reçu le premier vaccin, répondant à la souche de Wuhan, alors que nous possédons désormais des vaccins bivalents qui offrent une protection contre les variants omicron BA.1, et même BA.4 et BA.5.

Selon l'AZG, des erreurs ont été commises lors de l'enregistrement et, occasionnellement, des erreurs humaines.

Le président du SPF Santé publique parle également d'erreurs humaines. Le ministre peut-il fournir des explications? Combien de citoyens ont reçu un vaccin non adapté? Dans combien de cas est-il question d'un code erroné ou d'une erreur humaine? Est-il possible de vérifier qui a reçu un vaccin non adapté? Les patients qui ont reçu le vaccin initial seront-ils de nouveau invités à recevoir un vaccin bivalent adapté aux sous-variants omicron BA.4 et BA.5? Comment le ministre compte-t-il éviter que de telles erreurs se reproduisent à l'avenir? Les vaccins non adaptés feront-ils l'objet d'un rappel? Les patients concernés ont-ils néanmoins reçu un vaccin conforme, pour lequel les temps de décongélation et de préparation ont été contrôlés?

Seuls des vaccins bivalents adaptés aux sous-variants omicron BA.4 et BA.5 seraient encore administrés à Bruxelles et en Wallonie. Qu'adviendra-t-il des vaccins BA.1 qui étaient encore en stock dans les centres de vaccination et les hubs? Combien de vaccins adaptés à la souche BA.1 et de vaccins BA.4-BA.5 sont encore en stock? Quand arriveront-ils à expiration? Combien de ces vaccins n'ont pas été utilisés après leur décongélation? Comment le ministre compte-t-il utiliser à bon escient les vaccins adaptés à la souche BA.1 restants?

BA.1-vaccins zijn nog voorradig? Wat is hun waarde?

32.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal eerst antwoorden op de vragen van mevrouw Sneppe en dan op de drie vragen die mevrouw Depoorter in haar voorbereiding heeft meegegeven. Ik zal meteen zeggen dat het antwoord op de vraag van mevrouw Sneppe een beetje ouder is dan het antwoord dat ik kreeg op de vragen van mevrouw Depoorter. Dat wil zeggen dat de cijfers die ik geef in het antwoord op de vraag van mevrouw Sneppe vandaag een klein beetje geëvolueerd kunnen zijn, maar ik vind het veiliger gewoon het antwoord te lezen dat ik eerst gekregen heb. Dat maakt ten gronde geen verschil.

Mevrouw Sneppe, u vraagt vanwaar het verschil in data komt tussen Vaccinnet en Sciensano, en welke cijfers de juiste zijn. Binnen Sciensano was inderdaad al vastgesteld dat ook na 12 september nog een klein deel van de registraties met de klassieke vaccins plaatsvond. Naar aanleiding daarvan is er overleg geweest tussen Sciensano en het Agentschap Zorg en Gezondheid (AZG) Daaruit kwam naar voren dat er een verschil bestaat in de manier waarop de organisaties de informatie presenteren.

Sciensano toont hoeveel registraties er per type boosterdosis zijn, bijvoorbeeld voor de eerste, tweede of derde booster, en splitst daarbij op naar type vaccin, bijvoorbeeld Comirnaty, Original Comirnaty, Bivalent Original, Omicron BA.1, enzovoort.

Het AZG geeft weer hoeveel personen gevaccineerd zijn met een herfstbooster, sinds 12 september, onafhankelijk van het type boosterdosis en van het type vaccin.

Na vergelijking blijken er geen verschillen te zijn in de data zelf. De twee organisaties gebruiken data van Vaccinnet. Alleen in de manier waarop zij getoond worden, zijn er verschillen. Voor beide geldt dat de registraties met de klassieke vaccins plaatsvinden. Waarschijnlijk gaat het hier voor een groot deel om foute registraties, waarbij in werkelijkheid het nieuwe vaccin is toegediend. In de komende periode zullen retrospectief correcties in de data plaatsvinden.

Mevrouw Sneppe, u vraagt of ouderen in het najaar nog een vijfde inenting moeten krijgen. Zij kregen immers deze zomer al hun vierde vaccin en werden dus ingeënt met het klassieke vaccin.

Ik zal u voorlezen wat in het persbericht van de IMC Volksgezondheid stond, dat gepubliceerd werd op 14 september: "De mensen die zich in de zomer al lieten boosteren met een origineel vaccin, zoals een deel van de bewoners van de woon-zorgcentra, 80-plussers en zorgprofessionals, worden daardoor al uitstekend beschermd. Ze komen, met een minimuminterval van 3 maanden, opnieuw in aanmerking voor een volgende booster, deze keer met een aangepast vaccin."

De klemtoon ligt toch wel op het feit dat die mensen uitstekend beschermd zijn in de periode die volgt op hun vaccinatie.

Mevrouw Sneppe, u vraagt hoeveel originele vaccins er nog in voorraad zijn en wat daarmee zal gebeuren. Op het moment dat ik het antwoord ontving, waren de cijfers de volgende. In de huidige centrale

32.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Sciensano et l'AZG utilisent tous deux les données de Vaccinnet, même s'ils présentent les informations différemment. Sciensano montre le nombre d'enregistrements par type de rappel – premier, deuxième ou troisième – et par type de vaccin. L'AZG mentionne le nombre de personnes ayant reçu un rappel d'automne depuis le 12 septembre, indépendamment du type de rappel ou de vaccin.

Sciensano a en effet constaté qu'une petite partie des enregistrements reçus après le 12 septembre concernaient encore des vaccins classiques, mais il s'agit probablement en grande partie d'enregistrements erronés correspondant en réalité à de nouveaux vaccins. Ces données seront corrigées.

Les personnes âgées qui ont encore reçu une quatrième dose de vaccin classique cet été doivent-elles se faire vacciner une cinquième fois cet automne? La CIM Santé publique a fait savoir le 14 septembre que les personnes qui avaient reçu cet été un rappel avec le vaccin original bénéficiaient d'une excellente protection mais qu'elles pouvaient encore se faire administrer un vaccin adapté après un intervalle de minimum trois mois.

Le stock central existant de vaccins originaux comprend 1 729 260 doses de Pfizer formule PBS 12+, 1 666 920 doses de Pfizer formule RTU, 420 720 doses de Pfizer pédiatrique, adapté aux enfants de 5 à 11 ans, 2 008 800 doses de Moderna et 199 350 doses de Johnson & Johnson. Ces doses sont conservées tant qu'elles sont valables, étant donné que ces vaccins sont les seuls qui conviennent à la vaccination primaire et, par conséquent, aux

stock van originele vaccins hebben we 1.729.260 dosissen Pfizer formule PBS 12+, 1.666.920 dosissen Pfizer formule RTU, 420.720 dosissen pediatrisch Pfizer, aangepast voor kinderen van 5 tot 11 jaar, 2.008.800 dosissen van Moderna en 199.350 dosissen van Johnson&Johnson.

De vaccins worden bewaard zolang ze geldig zijn omdat ze de enige zijn die geschikt zijn voor primaire vaccinatie en bijgevolg ook bruikbaar zijn voor donaties.

Mevrouw Sneppe, u vraagt hoeveel bivalente vaccins er in voorraad zijn en hoeveel bivalente vaccins nog worden verwacht. Op het moment dat ik het antwoord ontving, waren de cijfers de volgende. De huidige centrale stock van bivalente vaccins bestaat uit 278.400 dosissen Pfizer en 819.050 dosissen Moderna. De voorziene leveringen van bivalente vaccins voor de herfstcampagne waren 4.535.000 dosissen Pfizer en 2.620.000 dosissen Moderna.

Wat is het verloop van de vaccinatiecampagne na de herfst, vraagt mevrouw Sneppe. Naast de vaccins die gebruikt zijn, is er ook een bivalent Comirnaty-vaccin, aangepast aan de subvarianten omikron BA.4/BA.5 beschikbaar gekomen voor de campagnes van de deelstaten. Daarover handelt de eerste vraag van mevrouw Depoorter.

Mevrouw Depoorter, mevrouw Sneppe, vooreerst wil ik duidelijk stellen dat de operationalisering van de vaccinatiecampagne onder de verantwoordelijkheid van de deelstaten valt. Wij nemen samen beslissingen in de IMC, maar meer nog dan in de vorige vaccinatie-campagnes is er toch een zeer grote eigen verantwoordelijkheid bij de deelstaten, die zich vertaalt in een verschillende aanpak. Dit is daar een voorbeeld van.

Wallonië heeft op 10 oktober inderdaad een persbericht gepubliceerd waaruit blijkt dat het aan omikron BA.4/BA.5 aangepaste vaccin vanaf 10 oktober in de 22 vaccinatiecentra voor de boosterdosis zou worden gebruikt. Het was de bedoeling dat ook de apotheken die aan de vaccinatiecampagne deelnemen, geleidelijk met het aangepaste BA.4/BA.5-vaccin zouden worden bevoorraad.

Via een persbericht op 12 oktober heeft Brussel ook aangekondigd dat de BA.4/BA.5-vaccins vanaf 14 oktober beschikbaar zijn in de vier Brusselse vaccinatiecentra. Het nieuwe vaccin zal ook bij de eerste lijn geleidelijk worden ingezet, zo heeft Brussel meegedeeld. Dat zijn eigen initiatieven geweest van de Brusselse en Waalse overheden, zelf autonoom beslist.

Wat ik wil beklemtonen, is wat ik zelf daarover voortdurend zeg, zowel in het overleg als publiek, met name dat het tijdstip van de vaccinatie veel belangrijker is dan het soort vaccin. De doeltreffendheid van elk van de vaccins, goedgekeurd als zijnde geschikt, is zeer goed.

Voortdurend bestaat in deze campagne een risico dat mensen, omdat zij worden uitgenodigd voor een zogenaamd minder goed vaccin, de toediening van hun vaccin uitstellen. In Wallonië en Brussel werd gesteld dat men meer elan kon geven aan de campagne door aan het publiek aan te geven dat er met het laatste nieuwe vaccin wordt gewerkt. Dat heeft men in Vlaanderen zo niet gedaan. De campagne

dons également.

Le stock central existant de vaccins bivalents comprend 278 400 doses de Pfizer et 819 050 doses de Moderna. Pour la campagne automnale, 4 535 000 doses de Pfizer et 2 620 000 doses de Moderna du vaccin bivalent étaient attendues.

Entre-temps, un vaccin bivalent Comirnaty, adapté aux sous-variants Omicron BA.4 et BA.5, est aussi disponible.

Nous prenons des décisions communes au sein de la CIM mais, ensuite, les entités fédérées choisissent sous leur propre responsabilité comment organiser la campagne de vaccination.

La Wallonie a annoncé que le vaccin adapté aux sous-variants BA.4 et BA.5 d'Omicron serait administré à titre de dose de rappel dans les vingt-deux centres de vaccination à partir du 10 octobre. Les pharmaciens qui participent à la campagne de vaccination seront également progressivement approvisionnés en vaccins adaptés. Bruxelles a annoncé que ces vaccins seraient disponibles à partir du 14 octobre dans les quatre centres de vaccination bruxellois et qu'ils seraient progressivement déployés pour la première ligne.

Les gens risquent de reporter leur vaccination jusqu'à l'arrivée du "meilleur" vaccin. La Wallonie et Bruxelles ont souhaité redonner un coup d'accélérateur à la campagne de vaccination en annonçant à la population qu'elle bénéficierait désormais du dernier vaccin disponible. La Flandre ne l'a pas fait. Il faut dire à sa décharge que la campagne y avait démarré plus tôt. Ces décisions relèvent des entités fédérées, qui agissent en toute autonomie. Le calendrier de vaccination est toutefois plus important que le type de vaccin administré. Tous les

was in Vlaanderen ook al wat eerder opgestart. Ik denk dat het ene het andere niet verstoord heeft. Het waren autonome beslissingen. Iedereen is het er echter over eens dat het moment waarop gevaccineerd wordt van belang is, niet de precieze variant van het vaccin.

Mevrouw Depoorter, ik antwoord nu op uw vraag 2. In de voorraad van onze distributeur bevinden zich 939.900 doses van het aan Wuhan BA.1 aangepaste vaccin van Moderna, 800.640 doses van het aan Wuhan BA.1 aangepaste vaccin van Pfizer en 939.840 doses van het aan Wuhan BA.4/BA.5 aangepaste vaccin van Pfizer. Het aangepaste BA.1-vaccin van Pfizer werd op grote schaal gebruikt in de herfstvaccinatiecampagne. Op 14 oktober 2022 zijn meer dan 2,1 miljoen toedieningen met dat vaccin geregistreerd. Dat betekent dat het grootste deel van de beschikbare voorraad al gebruikt is. Er is, zoals bij elke vaccinatieronde en elke vaccinatiecampagne, natuurlijk ook sprake van ongebruikte vaccins en daarop zullen de aangepaste BA.1-vaccins waarschijnlijk geen uitzondering vormen, maar die vaccins kunnen in de huidige campagne blijvend worden gebruikt.

De deelstaten zijn, zoals u weet, verantwoordelijk voor het beheren van hun vaccinvoorraden en ze kunnen die, net zoals in het verleden, besteden aan internationale donaties.

Via het COVAX-mechanisme heeft België meer dan 12,4 miljoen dosissen toegezegd voor donatie, waarvan meer dan 9 miljoen effectief aan de verzoekende landen werden geleverd. Alhoewel de internationale vraag naar vaccins sterk is gedaald, kan gezien de ontwikkeling van de epidemie een hernieuwde belangstelling voor aangepaste vaccins worden verwacht.

vaccins fonctionnent en effet très bien.

Les stocks de notre distributeur comptent 939 900 doses du vaccin adapté au variant Wuhan BA.1 de Moderna, 800 640 doses du vaccin adapté au variant Wuhan BA.1 de Pfizer et 939 840 doses du vaccin adapté au variant Wuhan BA.4-BA.5 de Pfizer. Le vaccin adapté BA.1 de Pfizer a été utilisé à grande échelle durant la campagne de vaccination automnale. Le 14 octobre 2022, plus de 2,1 millions inoculations avaient été enregistrées. La majeure partie des stocks est donc déjà épuisée. Bien entendu, nous disposons encore de vaccins BA.1 inutilisés, qui pourront encore être administrés durant la campagne actuelle. Les entités fédérées sont responsables de la gestion de leurs stocks, qu'elles peuvent également utiliser pour des dons à l'international.

Par le biais du mécanisme COVAX, la Belgique s'est engagée à faire don de plus de 12,4 millions de doses, dont plus de 9 millions ont effectivement été livrées aux pays demandeurs. La demande internationale de vaccins a fortement chuté, mais je m'attends à un regain d'intérêt pour les vaccins adaptés.

32.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijn vraag dateert ondertussen van 1 september, vandaar dat uw antwoorden ook al een beetje gedateerd zijn, mijnheer de minister.

U hebt niet geantwoord op mijn laatste vraag. Moet iemand die nog geen enkel vaccin heeft gekregen, zich de hele reeks vaccins laten toedienen, of mag die onmiddellijk het bivalente vaccin toegediend krijgen?

32.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Ma question était déjà datée et la réponse également. Le ministre n'a pas répondu à ma question: une personne qui n'a pas encore été vaccinée peut-elle se faire administrer le vaccin bivalent?

32.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: De bivalente vaccins zijn goede vaccins, dus ja. Tenzij ik mij vergis, kunnen die bivalente vaccins gebruikt worden, ook door iemand die nog nooit gevaccineerd werd

32.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Oui, selon moi.

32.06 **Dominiek Sneppe** (VB): Wat is het verloop van de volgende vaccinatie, ook voor de ouderen die voor de zomer hun tweede booster kregen? U zegt dat zij goed beschermd zijn met doeltreffende vaccins. Het doel is echter al een paar keer verlegd. In het begin moest men zich laten vaccineren om het virus de kop in te drukken,

32.06 **Dominiek Sneppe** (VB): Comment se passera la prochaine vaccination? Comme l'objectif change à chaque fois (ne pas tomber malade, ne pas contribuer

om niet ziek te worden, om het niet te verspreiden, om het niet door te geven. Gevaccineerden werden toch ziek, dus werd er toen aangeraden om het te doen om het niet te verspreiden. Later werd het aangeraden om niet in het ziekenhuis te belanden, om minder ziek te worden. Als het doel telkens wordt verlegd of veranderd, dan blijven de vaccins natuurlijk altijd het doel benaderen.

Wat mij stoort in heel het vaccinatiegebeuren, is dat er precies niet veel ruimte is voor evaluatie. Moet het toedienen van een nieuw vaccin om de drie maanden, die dan vermeend wordt goede bescherming te bieden, niet worden herzien? Is het wel gezond om elke drie maand zo'n inspuiting toegediend te krijgen, bijvoorbeeld? Zijn daar ondertussen voldoende studies over?

Moeten we het niet over een andere boeg gooien, nu we weten dat heel wat mensen redelijk goed gevaccineerd zijn en ook al het virus hebben opgelopen, waardoor ze heel wat antilichamen hebben, hetzij door vaccinatie, hetzij door besmetting? Moeten we niet uitmaken op welk punt we zullen stoppen met vaccineren? Ik heb het niet gehoord, maar ik heb dan ook niet de vraag gesteld. Mogelijk kan dat een vervolgvraag zijn. Ik vrees dat we nu in een carrousel zitten waar we maar blijven vaccineren. Ik zal niet zeggen dat ik niet weet wie daar beter van wordt, maar in elk geval zijn het niet de meest kwetsbaren die er beter van worden.

à la propagation du virus, ne pas devoir se faire hospitaliser), il va de soi que les vaccins atteignent toujours leur objectif. Le fait que quasi aucune marge ne soit laissée à l'évaluation me gêne. Est-il vraiment bon pour la santé de se faire vacciner tous les trois mois?

De nombreuses personnes ont été vaccinées à plusieurs reprises, ont contracté le virus et ont également produit des anticorps à cette occasion. N'est-il pas temps de se demander quand la vaccination pourra prendre fin?

32.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Allereerst, in verband met de vraag van de collega daarnet: ik weet niet of u daarin nu duidelijk bent of niet, want u haalde daarnet aan dat de vaccins van het eerste type noodzakelijk zijn voor de primaire vaccinatie.

32.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Je pensais que le ministre avait qualifié les vaccins du premier type de base nécessaire?

32.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nee, ze kunnen gebruikt worden.

32.09 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Kunnen gebruikt worden? Ik meen dat u het woord 'noodzakelijk' gebruikte. Daarmee verwart u mij enigszins. Ik ben het namelijk met u eens dat de bivalente vaccins ook als eerste vaccin kunnen worden gebruikt. Maar tenzij ik het fout heb genoteerd, denk ik dat daar een foutje in uw antwoord is geslopen.

32.09 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Les vaccins bivalents peuvent, selon moi, être aussi utilisés immédiatement, mais le ministre a d'abord semblé tenir des propos différents.

32.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja, ik heb dat misschien wel zo gezegd.

32.10 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il est exact que j'ai d'abord tenu de tels propos.

32.11 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ten tweede, mijnheer de minister, zegt u dat er een levering van 4 miljoen dosissen Pfizer en 2 miljoen dosissen Moderna gepland staat. U zult dus een probleem krijgen. U hebt daarnet een mediashow gegeven bij uw nieuwe distributeur, bij wie er op dit moment opslagruimte is voor 4,1 miljoen vaccins. Daar zie ik toch wel een probleempje dat u misschien maar beter oplost.

32.11 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Le ministre espère six millions de doses de Pfizer et de Moderna. Son nouveau distributeur a une capacité de 4,1 millions de doses. N'y a-t-il pas là un petit souci?

Een echt probleem heb ik met het volgende. Vanmorgen zei u hier dat wij te vaak dezelfde vraag stellen. Ook deze vraag zal ik opnieuw moeten stellen. Ik heb u heel concreet naar cijfers gevraagd van de aan BA.1 aangepaste vaccins die niet gebruikt zijn en die onbruikbaar verklaard en dus weggegooid zijn. Ik heb een opsomming gevraagd, per gewest, van de *adapted* BA.1-vaccins die verspild zijn. Ik beschik

Le ministre se plaint de nous entendre poser trop souvent les mêmes questions, mais il est assez fréquent aussi qu'il n'y réponde pas. Je devrai de nouveau demander combien de

over heel goede informatie dat er toch wel een aantal vaccins verloren zijn gegaan, mijnheer de minister. U verklaarde zelf dat de deelstaten autonoom kunnen beslissen welk vaccin ze toedienen. Oké, goed, maar wie zal het betalen? Hoe zal de betaling verrekend worden? U hebt nog geen akkoord binnen de IMC met de Inspectie van Financiën over de verdeelsleutel van de kosten van de vaccinatiecampagne. Hoe zult u omgaan met vaccins die ontdooid zijn en niet gebruikt werden?

Hoe zult u omgaan met vaccins die werden geleverd, maar niet gebruikt? Ik veronderstel dat de deelstaat die de autonome beslissing neemt dan ook zal opdraaien voor de kosten.

Ik zal de vraag naar een gedetailleerd overzicht opnieuw indienen. Hoe zit het met die vaccins? Wie zal de kosten dragen voor de beslissing om de BA.1 niet meer te gebruiken?

Ik heb u ook gevraagd welke stappen u zult ondernemen om die *adapted* BA.1-vaccins toch nog nuttig te besteden. U hebt verwezen naar het COVAX-initiatief, maar u weet dat COVAX vandaag geen vaccins meer vraagt, want er schort iets aan de verdeling en de sensibilisering ter plaatse. Er zijn meer spuiten dan patiënten.

We hebben het hier dus over heel veel middelen en ik had graag een heel duidelijk antwoord gekregen, zodat we onze taak als parlementsleden kunnen uitvoeren en nagaan hoe transparant uw beleid wel is. Dit wordt vervolgd. Ik kan niet anders dan de vraag opnieuw indienen en ik zal dat blijven doen tot ik een antwoord heb.

vaccins ont été gaspillés. Les entités fédérées sont libres de choisir quels vaccins elles font administrer, mais qui paiera les doses décongelées et inutilisées? Aucun accord n'a encore été conclu avec l'Inspection des finances au sein de la CIM concernant la clé de répartition des coûts afférents à la campagne de vaccination.

Je présume que l'entité fédérée qui a pris la décision de ne plus administrer de vaccins BA.1 devra en supporter les frais. Ma question relative à un aperçu détaillé devra être redéposée. J'ai également posé la question de l'utilisation qui pourrait malgré tout être faite de ces vaccins et le ministre a fait référence à COVAX. Or la demande émanant de COVAX est devenue inexistante en raison de problèmes liés à la distribution et à la sensibilisation sur place. Les doses sont plus nombreuses que les patients. Ma question demeure, dès lors, sans réponse.

32.12 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, wat betreft het punt waarop mevrouw Sneppe en mevrouw Depoorter zijn teruggekomen, namelijk dat de antwoorden op wat men nodig heeft voor de primaire vaccinatie niet duidelijk zijn, wil ik wat bedenktijd vragen om wat ik heb gezegd misschien te corrigeren. Ik moet nagaan of ik niet iets verkeerd heb gezegd. Ik kijk dat even na en mocht ik daarover in de loop van de vergadering uitsluitsel krijgen, dan laat ik dat nog weten.

32.12 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je dois vérifier l'exactitude de ce que j'ai affirmé concernant les vaccins bivalents. Ce sera peut-être encore possible avant la fin de notre réunion.

32.13 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, kunt u dan meteen ook mijn bijkomende vraag meenemen, namelijk of een vaccinatie met een bivalent vaccin telt als voldoende of volledig gevaccineerd zijn?

32.13 **Dominiek Sneppe** (VB): Dans ce cas, le ministre peut éventuellement y joindre la question de savoir si un vaccin bivalent peut faire office de vaccination complète.

De **voorzitter**: We komen daar dus desgevallend nog op terug.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

Mevrouw Farih heeft verzocht om haar vraag nr. 55030756C uit te stellen.

33 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les risques provoqués par les implants vaginaux" (55030825C)
33 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De risico's van vaginale implantaten" (55030825C)

33.01 **Patrick Prévot** (PS): *Monsieur le Ministre, depuis la fin des années 1990, des bandelettes sous-urétrales et des prothèses de renfort pelvien sont posées par voie vaginale ou abdominale pour résoudre l'incontinence urinaire ou le prolapsus.*

En plus de vingt années d'existence, force est de constater que la dangerosité de ces implants fait débat.

À Paris, une enquête a été ouverte à la suite des témoignages de patientes partageant des douleurs chroniques et un manque d'information relative aux risques de complications parfois irréversibles. Les plaignantes soutiennent que les laboratoires ont sciemment minimisé, voire dissimulé les risques que présentaient leurs dispositifs, notamment l'impossibilité de les enlever.

Dans d'autres pays, ces prothèses posées par voie vaginale sont tout bonnement interdites: c'est le cas de l'Australie depuis 2017 et des États-Unis depuis 2019. Dans l'un comme dans l'autre, Johnson & Johnson, l'un des plus importants laboratoires en la matière, a été condamné pour publicité trompeuse et mensongère.

Monsieur le Ministre,
•Qu'en est-il du recours à ce type d'implants et prothèses dans notre pays?
•Avez-vous connaissance de témoignages semblables à ceux des patientes françaises en Belgique? Si, oui, quelles suites ont-ils reçus?
•Notre législation encadre-t-elle suffisamment la pose de prothèses par voie vaginale, notamment en ce qui concerne l'information et le consentement de la patiente?
•Des discussions relatives aux risques liés à ce type d'implants ont-elles déjà eu lieu au niveau européen?

33.01 **Patrick Prévot** (PS): *Sinds eind jaren 90 worden er vaginaal of abdominaal suburethrale slings en bekkenbodemmatjes ingebracht als remedie tegen urine-incontinentie of prolaps. De veiligheid daarvan staat ter discussie. In Parijs werd er een onderzoek ingesteld nadat patiënten naar buiten getreden waren met klachten over chronische pijn en een gebrek aan informatie over irreversibele complicaties. De labo's zouden de risico's geminimaliseerd hebben of bewust niet verteld hebben dat het onmogelijk was de implantaten te verwijderen. In Australië zijn deze prothesen sinds 2017 verboden en in de Verenigde Staten sinds 2019. Johnson & Johnson werd in dat verband veroordeeld voor misleidende en bedrieglijke reclame.*

Hoe is de situatie in België? Draagt u kennis van soortgelijke getuigenissen als die van de Franse patiënten? Hoe werd er aan die klachten gevolg gegeven? Is het inbrengen van deze prothesen wettelijk geregeld, met name wat de informatieverstrekking aan en de toestemming van de patiënte betreft? Werd dit op het Europese niveau besproken?

33.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Prévot, ces implants vaginaux sont des dispositifs médicaux marqués CE, ce qui signifie que, conformément à la législation européenne, ils peuvent circuler librement sur le marché européen. Bien que certaines femmes développent des complications graves, ces procédures chirurgicales restent bénéfiques pour un groupe cible de patientes bien défini et permettent de limiter des symptômes pouvant être très invalidants. L'utilisation d'une mèche vaginale ne doit être envisagée qu'en dernier recours pour les patientes souffrant d'un prolapsus récurrent et pour lesquelles aucune autre option n'a été retenue. D'un point de vue réglementaire, ces dispositifs sont sûrs s'ils sont utilisés conformément aux recommandations des associations professionnelles.

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a en effet reçu quelques plaintes de patientes belges décrivant des symptômes affectant fortement leur qualité de vie. Ces plaintes ont été prises très au sérieux et ont été traitées comme des rapports relatant des incidents graves, ce qui signifie que le fabricant de ces dispositifs doit effectuer une analyse approfondie des causes

33.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Die medische hulpmiddelen dragen de CE-markering en kunnen vrij op de Europese markt verhandeld worden. Hoewel er ernstige complicaties kunnen optreden, zijn die implantaten goed voor een bepaalde doelgroep en onderdrukken ze gezondheidsondermijnende symptomen. Het gebruik van een bekkenbodemmatje mag slechts overwogen worden bij patiënten die lijden aan recidiverende verzakkingen en voor wie er geen andere optie is. Die hulpmiddelen zijn veilig zolang ze in overeenstemming met de voorschriften gebruikt worden.

fondamentales et soumettre à l'AFMPS toutes les informations pertinentes concernant les taux d'incidents et l'analyse risques / bénéfices du dispositif.

Les questions sur les obligations à informer le patient et à obtenir son consentement sont relatives à la législation sur les droits du patient, dont l'objet dépasse la problématique qui est traitée par cette question orale. Je peux cependant vous confirmer que l'AFMPS veille à ce que l'information fournie par le fabricant au sujet des dispositifs médicaux contienne tous les éléments nécessaires et notamment les avertissements et les risques liés à l'utilisation du dispositif.

La sécurité et les performances de ce type d'implant nécessitent en effet une surveillance plus large. La sécurité des patients étant notre plus grande priorité, dans le cadre de la surveillance continue des dispositifs médicaux après leur mise sur le marché, l'AFMPS participe en tant que membre actif à la *task force* européenne. Celle-ci a, par le passé, examiné toute la documentation relative à l'évaluation des risques et bénéfices de ce type de dispositif commercialisé sur le marché européen.

Dès la détection d'un problème pouvant potentiellement affecter la conformité d'un dispositif, la *task force* a pris contact avec l'organisme notifié et l'a non seulement chargé de réévaluer la conformité du dispositif, mais aussi de s'assurer que les fabricants traitent tous les problèmes identifiés. Durant cette période de vérification, certains fabricants ont informé la *task force* européenne qu'ils cessaient de vendre et de produire les mèches vaginales et qu'ils procéderaient au rappel des dispositifs encore sur le marché.

La *task force* travaille actuellement à l'élaboration d'une méthode plus standardisée de transfert des données de vigilance par les fabricants de ces dispositifs, en insistant sur le fait que les cas de douleur chronique doivent toujours être signalés aux organismes de réglementation. Les États membres de l'Union européenne continuent de collaborer avec l'ensemble des organismes de réglementation de l'Union européenne et du reste du monde, ainsi qu'avec les professionnels du secteur des soins de santé, et prendront toutes les mesures qui s'avèreront nécessaires pour protéger la santé publique.

Het FAGG heeft enkele klachten ontvangen van symptomen die de levenskwaliteit fors aantasten. Het heeft die klachten behandeld als verslagen van ernstige incidenten. Dat betekent dat de fabrikant een grondige analyse moet uitvoeren en het FAGG op de hoogte moet brengen van het aantal incidenten en de baten-risicoanalyse.

De informed consent van de patiënt wordt voorgeschreven door de wetgeving inzake de patiëntenrechten, die het toepassingsgebied van deze kwestie overstijgt. Het FAGG ziet erop toe dat de informatie van de fabrikant alle noodzakelijke elementen bevat, met name de waarschuwingen en risico's. Het maakt deel uit van de Europese taskforce die permanent toezicht houdt op de medische hulpmiddelen en die de documenten over de baten en risico's onderzoekt. Zodra de taskforce een probleem met de conformiteit vaststelt, neemt ze contact op met de instelling en zorgt ze ervoor dat de fabrikanten alle gemelde problemen aanpakken. In die periode zijn een aantal fabrikanten gestopt met de productie en verkoop van bekkenbodemmatjes en hebben ze de matjes die in de handel waren teruggeroepen.

De taskforce werkt een gestandaardiseerde methode uit voor de overdracht van vigilantiegegevens door de fabrikanten van deze medische hulpmiddelen, en benadrukt dat wanneer er chronische pijn optreedt, dit altijd aan de regelgevende instanties gemeld moet worden. De EU-lidstaten werken samen met practitioners en met regelgevende instanties wereldwijd om de volksgezondheid te beschermen.

33.03 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de vos réponses. Si je vous interrogeais, c'est parce qu'à Paris notamment, une enquête a été ouverte à la suite de témoignages de patientes qui ont justement fait état de ces douleurs chroniques et qui ont relaté un manque cruel d'informations relatives à ces risques de complications qui sont parfois irréversibles. Les plaignantes

33.03 **Patrick Prévot** (PS): In Parijs werd er een onderzoek ingesteld nadat patiënten met chronische bekkenpijn getuigden over de weinige informatie die ze kregen. De klaagsters beweren

soutiennent que les laboratoires ont sciemment minimisé, voire dissimulé, les risques que présentaient les dispositifs, notamment l'impossibilité de les enlever. Je souhaitais dès lors vous entendre afin d'avoir un instantané de la situation en Belgique, ce que vous avez fait de manière plus que correcte. Je sais qu'en Australie, ces dispositifs ont été interdits en 2017. Aux États-Unis, ils le sont également depuis 2019.

dat de laboratoria de risico's, met name de onmogelijkheid om die hulpmiddelen te verwijderen, bewust geminimaliseerd hebben.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

33.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik moet even terugkeren en mijn antwoord op de vraag nr. 55030686C van mevrouw Sneppe preciseren. Het was een spontaan antwoord, dat strikt genomen nog niet correct is. Dat verklaart ook waarom ik mijn antwoord op de eerste vraag van mevrouw Sneppe zo heb geformuleerd.

Voorlopig heeft het Europees Geneesmiddelenagentschap de bivalente, aangepaste mRNA-vaccins nog niet goedgekeurd voor primaire vaccinatie. Volgens de reglementering kunnen ze dus niet worden gebruikt voor primaire vaccinatie. Daarvoor is er nog geen goedkeuring van de Europese Unie. Dat is de reden waarom ik in mijn antwoord vermeldde dat het de enige vaccins zijn die wij nu kunnen doneren voor primaire vaccinatie. Naar verluidt zou een goedkeuring van die bivalente aangepaste vaccins voor primaire vaccinatie niet lang meer uitblijven. Ten gronde denkt men die dus ook te zullen gebruiken voor primaire vaccinatie, maar daarvoor is er nog geen formele goedkeuring van het Europees Geneesmiddelenagentschap. Daarom zijn mijn antwoorden wat dubbelzinnig. Ik hoop dat het hierbij uitgeklaard is.

33.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het antwoord dat ik daarnet gaf op de vraag nr. 55030686C van mevrouw Sneppe was een beetje geïmproviseerd. Voorlopig heeft het Europees Geneesmiddelenagentschap de bivalente aangepaste mRNA-vaccins nog niet goedgekeurd voor primaire vaccinatie. De goedkeuring zou niet lang meer uitblijven, daarom zijn mijn antwoorden wat dubbelzinnig.

De **voorzitter**: Dit is dus een deel van het antwoord bij het punt over de herfstvaccinatie.

33.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, als ik me vandaag als niet-gevaccineerde toch wil laten vaccineren, dan krijg ik dus nog een oud vaccin?

33.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Si je veux me faire vacciner aujourd'hui en tant que personne non vaccinée, ce sera donc un ancien vaccin qui me sera inoculé?

33.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, volgens het Europees Geneesmiddelenagentschap moet dat inderdaad de regel zijn. De discussie vind ik echter een klein beetje naast de kwestie, omdat we nog onvoldoende weten over de varianten, de werkzaamheid enzovoort. Waarschijnlijk is het verschil tussen de vaccins niet zeer belangrijk. De timing is vooral belangrijk. Mocht een niet-gevaccineerde zich toch laten vaccineren, zou ik niet aanraden om te wachten, maar om zich nu met het originele vaccin te laten inenten. De timing is veel belangrijker dan het soort vaccin.

33.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Oui, mais la différence entre les vaccins n'est pas si importante. Si une personne non vaccinée souhaite se faire vacciner, à sa place je n'attendrais pas, je me ferais administrer le vaccin original dès que possible. Le moment de la vaccination est beaucoup plus important que le type de vaccin.

33.07 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijn bijkomende vraag was of men als voldoende gevaccineerd wordt beschouwd als men het bivalente vaccin krijgt als eerste vaccin.

33.07 **Dominiek Sneppe** (VB): Sera-t-on considéré comme étant suffisamment vacciné si le vaccin bivalent est le premier vaccin que l'on reçoit?

33.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja, daar ga ik van uit, maar het probleem is dat het antwoord dat ik spontaan aan u gegeven heb, vooruitliep op een formele goedkeuring door het Europees Geneesmiddelenagentschap voor het gebruik van die bivalente vaccins voor primaire vaccinatie. Die goedkeuring is er immers nog niet. Als we die goedkeuring krijgen, en dat verwachten de experts wel, dan zal dat natuurlijk volstaan. Het zou raar zijn mocht dat niet volstaan.

33.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je vous répondrai oui mais en disant cela, j'anticipe un agrément officiel. En cas d'agrément, le vaccin bivalent suffira évidemment.

33.09 **Dominiek Sneppe** (VB): Dan heeft men voldoende met één vaccinatie?

33.09 **Dominiek Sneppe** (VB): On n'aura donc besoin que d'une seule vaccination?

33.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: Neen, dat zijn ook vaccins waarvan men volgens mij ook twee dosissen nodig heeft voor een primaire vaccinatie. Ik denk dat dit niet anders is.

33.10 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Non, avec le vaccin bivalent, il faudra aussi se faire administrer deux doses

33.11 **Dominiek Sneppe** (VB): Maar nu zijn het er drie.

33.11 **Dominiek Sneppe** (VB): Mais aujourd'hui on doit s'en faire administrer trois.

33.12 Minister **Frank Vandenbroucke**: Op dit ogenblik zijn er volgens mij in Europa geen reisregels meer die gewag maken van vaccinatie, dus dat probleem is er nu niet.

33.12 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Actuellement, pour ce qui regarde l'Europe, plus aucune règle n'est d'application pour les voyages.

33.13 **Dominiek Sneppe** (VB): Maar buiten Europa wel.

33.13 **Dominiek Sneppe** (VB): Mais il en va autrement en dehors de l'Europe.

33.14 Minister **Frank Vandenbroucke**: U zult zich herinneren dat in de laatste versies van de reisregels een aantal landen eiste dat men geboosterd was. Persoonlijk vind ik dat terecht, maar die reisregels zijn er nu niet. Dat probleem is er dus ook niet.

Vanuit het oogpunt van de volksgezondheid denk ik dat dit allemaal vaccins zijn waarvan men twee dosissen nodig heeft om het basisprogramma af te ronden.

33.15 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik denk dat er een vervolgvraagje in de maak is.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat we het hierbij laten. Een vervolg is altijd mogelijk.

34 Questions jointes de
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sous-utilisation du budget attribué à la nouvelle convention pour soins psychologiques" (55030847C)
- Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des soins de santé mentale" (55030909C)
34 Samengevoegde vragen van
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onderbenutting van het budget voor de nieuwe psychologen-conventie" (55030847C)
- Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van geestelijke gezondheidszorg" (55030909C)

34.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, in een recent rapport van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid van juli 2022 lazen wij over de nieuwe conventie voor psychologen. Op basis daarvan stellen wij vast dat van januari tot juli 2022 de netwerken maar 23 % van het beschikbare budget van 71 miljoen euro voor die periode hebben kunnen spenderen.

Mijnheer de minister, hoe komt het dat het budget niet volledig gebruikt wordt? Welke redenen hebben psychologen of orthopedagogen om niet in de conventie te stappen? Zijn er verschillen tussen de netwerken, bijvoorbeeld in de uitvoering van de conventie? Zo ja, wat zult u daaraan doen?

34.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): En juillet 2022, l'INAMI et le SPF Santé publique ont publié un rapport sur la nouvelle convention pour soins psychologiques. De janvier à juillet 2022, les réseaux n'auraient pu dépenser que 23 % du budget disponible de 71 millions d'euros.

Quelle en est la raison? Pour quelles raisons les psychologues et les orthopédagogues refusent-ils d'adhérer à la convention? Constate-t-on des différences entre les réseaux, par exemple dans l'exécution de la convention? Que compte entreprendre le ministre pour y remédier?

34.02 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik heb dezelfde vraag als mevrouw Merckx en wil nog wat verder gaan, want vanuit de praktijk hebben we begrepen dat een van de oorzaken zou zijn dat er veel administratie bij te pas komt, maar dat men daarvoor nog niet onmiddellijk klaar was.

Mijnheer de minister, ziet u verbetering, nu men het systeem stilaan begrijpt? Ziet u een versnelling in het aantal mensen dat aansluit?

Hoeveel cliënten hebben de terugbetaling al genoten? Hoe is dat verdeeld over de verschillende vormen, namelijk de acht individuele sessies of de verlenging van specialistische sessies of groepssessies? Hebt u daar cijfers over?

Kunt u ons iets zeggen, ook al is het daarvoor misschien nog vroeg, over het effect van de terugbetaling? Zien wij dat mensen die vroeger geen toegang hadden tot psychotherapie die vandaag wel hebben, of toch meer dan vroeger?

Mijn laatste vraag, over het budget, is misschien enigszins achterhaald. Kunt u garanderen dat u het budget voor de terugbetaling van psychotherapie ook behoudt in de begroting voor 2023?

34.02 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Je vouldrais poser la même question. J'ai entendu dire que cette situation serait due aux multiples formalités administratives. De nombreux psychologues n'étaient pas prêts.

Sont-ils entre-temps plus nombreux à adhérer à la convention? Combien de clients ont déjà bénéficié du remboursement? Comment ces remboursements sont-ils répartis entre les différentes formes de soins, à savoir les huit séances individuelles ou la prolongation de séances spécialisées ou de séances de groupe? Le remboursement a-t-il déjà un effet perceptible? Le budget sera-t-il maintenu dans le budget de 2023?

34.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, mevrouw Pisman, ik zal de vragen beantwoorden in de volgorde waarin ze gesteld zijn. Het kan nuttig zijn om eerst gewoon de cijfers te geven, gevolgd door beschouwingen, maar ik zal toch beginnen met de beschouwingen.

Mevrouw Merckx, uw eerste vraag luidt hoe het komt dat wij niet heel het beschikbare budget gebruiken. Om te beginnen, het budget is zeer omvangrijk. Dat hebben we expliciet zo gewild. Er is 152 miljoen euro beschikbaar voor psychologische eerstelijnszorg om op kruissnelheid in te zetten, maar met een achterliggende visie die echt wel een cultuurverschuiving is in de manier waarop psychologische zorg in de eerste lijn wordt georganiseerd, de noodzakelijke

34.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Si le budget n'a pas été utilisé intégralement, c'est parce qu'il est très vaste. Nous l'avons voulu ainsi afin de pouvoir réaliser un véritable changement culturel quant à la manière dont les soins psychologiques de première ligne sont organisés.

Un tel changement de culture nécessite du temps, et même davantage que nous l'avions

laagdrempeligheid, het outreachend werken, het snel detecteren, het goed toeleiden, enzovoort.

Een dergelijke cultuurverandering vraagt tijd op het terrein. Het vraagt zelfs meer tijd dan we gedacht hadden.

De netwerken hebben om te beginnen vanaf september vorig jaar een zeer grondige analyse gemaakt van de noden van de bevolking via een populatiemanagementtool. Ze hebben nagedacht over de spreiding van het aanbod. Ze hebben overleg georganiseerd met alle actoren en nagedacht over de inkanteling van de oude conventie in het nieuwe systeem en over de nieuwe facturatie. Dat heeft allemaal bijzonder veel tijd gevraagd. We zien pas een uitroldynamiek op het terrein vanaf het begin van dit jaar. We zien vanaf begin 2022 een gestadige toename van het aantal overeenkomsten met klinische psychologen en klinische orthopedagogen en het aantal uren waarvoor zij zich conventioneren.

Niet alle geconventioneerde klinische psychologen en klinische orthopedagogen factureren ook hun prestaties. Er is dus eveneens een facturatieachterstand die maakt dat de budgetten niet volledig worden gebruikt op basis van de cijfers die wij krijgen. Dat is echter niet het belangrijkste punt. Er is ook een zeer belangrijke vraag naar informatie, communicatie en vorming van iedereen die hierbij betrokken is. Ik kom daarop echter dadelijk terug.

Mevrouw Merckx vraagt of er voldoende psychologen en orthopedagogen zijn die in de conventie willen stappen. Dat verschilt eigenlijk van netwerk tot netwerk. Sommige netwerken voor volwassenen hebben zowat de volledige invulling van hun zorgbudget bereikt of benaderen die. Voor de netwerken voor kinderen en jongeren is het echter moeilijker om een voldoende groot aantal klinische psychologen en orthopedagogen te vinden. Het aantal beschikbare kinderpsychologen is sowieso kleiner dan het aantal psychologen die zich richten op volwassenen. Om deze reden hebben we in het begeleidingscomité bij het RIZIV gezegd dat psychologen die zich inzetten in de netwerken voor kinderen en jongeren zich kunnen engageren vanaf een engagement van vier uur, in plaats van acht uur per week.

Mevrouw Merckx gaat dan nog dieper in op de probleemstelling en vraagt wat de redenen zijn die de psychologen en orthopedagogen aangeven om niet in de conventie te stappen. Die zijn echter nogal divers. Ze verschillen ook van netwerk tot netwerk. Algemeen stellen we vast dat er echt nood is aan een goede uitleg en vorming, maar er zijn nog altijd klinische psychologen en orthopedagogen die de nieuwe conventie niet goed kennen. Er is tot nu toe ook terughoudendheid geweest uit bezorgdheid voor een te zware administratieve last, zoals mevrouw Pisman zei.

Er werd nochtans een heel nieuwe facturatietool ontwikkeld door de vzw Intermutualiteiten om de administratielast te verminderen.

Belangrijk en echt ten gronde – het heeft te maken met die cultuurverschuiving – is men niet vertrouwd met modaliteiten die wij belangrijk vinden in de conventie, zoals groepstussenkomsten en outreachend werken in vindplaatsen, bijvoorbeeld scholen. Communicatie, vorming en supervisie blijven dus heel belangrijk.

imaginé.

Les réseaux ont commencé en septembre de l'an passé à réaliser une analyse approfondie des besoins sur la base d'un outil de gestion de la population. Ils se sont concertés avec l'ensemble des acteurs et ont réfléchi à la répartition de l'offre, à l'intégration de l'ancienne convention dans le nouveau système et au nouveau mode de facturation. Cette démarche a duré longtemps et la mise en œuvre n'a réellement commencé qu'au début de cette année. Le nombre de conventions avec des psychologues cliniciens et avec des orthopédagogues augmente progressivement.

Les psychologues cliniciens et orthopédagogues conventionnés ne facturent pas tous leurs prestations. Nous sommes donc confrontés à un arriéré de facturation qui entraîne une utilisation incomplète des budgets sur la base des chiffres que nous recevons.

Quant à la question de savoir si un nombre suffisant de professionnels rejoignent cette convention, la situation diffère d'un réseau à l'autre. Certains réseaux qui s'adressent aux adultes ont complété presque entièrement leur budget de soins. Les réseaux pour enfants et jeunes sont plus mal lotis, le nombre de pédopsychologues disponibles étant inférieur au nombre de psychologues qui s'adressent aux adultes. C'est pourquoi les psychologues qui s'engagent dans les réseaux dédiés aux jeunes et aux enfants peuvent déjà s'inscrire pour quatre heures par semaine au lieu de huit.

Les raisons pour lesquelles les prestataires ne se conventionnent pas sont diverses et diffèrent en fonction du réseau. Quoi qu'il en soit, nous constatons un besoin d'explications et de formations de qualité. Les réticences sont

Er zijn zeer grote verschillen tussen de netwerken. In Brussel en Wallonië is het over het algemeen beter opgeschoten dan in Vlaanderen. In de netwerken voor volwassenen is het ook beter opgeschoten dan in de netwerken voor kinderen en jeugd.

Mevrouw Merckx, dat betekent ook dat de netwerken waar het minder goed vooruitgaat natuurlijk moeten proberen te leren van de netwerken waar het sneller vooruitgaat. U hebt daar een goed punt. Er kunnen ook omgevingsfactoren zijn die dat verschil verklaren. Men kan echter van elkaar leren. De FOD Volksgezondheid rapporteert over de verschillen tussen de individuele netwerken, zowel aan het begeleidingscomité als aan de netwerken zelf, en organiseert ook overlegmomenten om goede praktijken te delen.

Wij hebben gaandeweg gevraagd dat men aanpassingen doet. Wij hebben bijvoorbeeld aan de netwerken gezegd dat ze moesten proberen om hun aanwervingprocedures te vereenvoudigen en te versnellen. Wij kunnen eigenlijk, op basis van de gegevens die we hebben uit de facturatietool van de vzw IM, de evolutie van het aantal overeenkomsten per maand rapporteren sinds maart van dit jaar. In maart van dit jaar telden we 1.192 overeenkomsten in de nieuwe conventie. In september van dit jaar telden we er 2.554. Dat is meer dan een verdubbeling, een stijging met 214 % in een periode van zeven maanden. Dit blijft gestaag toenemen. Dat is dus wel goed nieuws.

Mevrouw Pisman, u vroeg ook naar de verschillende vormen. In de maand september 2022 telden wij 79.897 geïncludeerde patiënten. Van het begin van de telling tot september hebben er 65.868 sessies plaatsgevonden. Daarvan is 68 % psychologische eerstelijnszorg en 32 % gespecialiseerde zorg.

In die conventie zijn er twee onderdelen. We noemen het allemaal eerste lijn, maar een deel is exploratief en een ander deel meteen meer gespecialiseerd. De verhouding is ongeveer een derde tegenover twee derde. Er zijn heel weinig groepsessies, 0,2 % van het totaal. Dat is bijzonder beperkt, wat jammer is. We moeten hier sterk op inzetten en moedigen dat ook aan, vandaar dus ook specifieke opleidingsprogramma's.

Er werden 79.897 mensen geïncludeerd. Ik kan op basis van die gegevens niet meteen antwoorden op uw pertinente vraag betreffende het effect op de globale terugbetalingen en de kostenproblematiek in geestelijke gezondheidszorg. We moeten ons daarvoor wenden tot grondiger wetenschappelijke evaluatiestudies, die we tegen midden volgend jaar verwachten. Een consortium van onderzoekers van de universiteiten van Leuven en Luik werkt hieraan.

Vervolgens vroeg mevrouw Pisman wat mijn voornemen is met betrekking tot de begroting. De begroting 2023 werd op 17 oktober goedgekeurd in de algemene raad van het RIZIV. Daarin hebben we beslist om de huidige budgetten te behouden. We willen dus dat de netwerken in staat zijn om zonder enige remming de voorziene contingenten op maandbasis in te vullen. Aan een aantal netwerken waar het echt traag vordert, heb ik ook uitdrukkelijk gevraagd om een actieplan voor te leggen om het sneller te doen vooruitgaan. Het zou inderdaad jammer zijn als we nu niet alles op alles zetten om die

également liées à la crainte d'une charge administrative importante.

Un outil de facturation a pourtant été mis au point dans le but de réduire les pesanteurs administratives.

On a changé de paradigme culturel et c'est là que réside le principal frein. Les gens ne sont pas familiarisés avec certaines modalités telles que les interventions de groupe et l'*outreaching*. Dès lors, la communication, la formation et la supervision revêtent encore une très grande importance. Bruxelles et la Wallonie ont progressé davantage que la Flandre.

Les réseaux où cela va moins bien devraient s'inspirer des réseaux où les choses se passent bien. Le SPF Santé publique fait rapport, tant au comité de suivi qu'aux réseaux eux-mêmes, au sujet des disparités entre les réseaux individuels, et il organise en outre des moments de concertation afin de partager les bonnes pratiques.

Nous corrigeons le tir là où nous le pouvons. Nous avons incité des réseaux à simplifier et à accélérer les procédures de recrutement. Grâce à l'outil de facturation de l'asbl IM, nous pouvons faire rapport sur l'évolution du nombre de conventions par mois, et ce depuis le mois de mars de cette année. Cela fait apparaître une très nette augmentation.

Au cours du mois de septembre 2022, nous avons recensé 79 897 patients. Entre le début du recensement et septembre, 65 868 sessions ont eu lieu. 68 % d'entre elles ont concerné des soins psychologiques de première ligne et 32 %, des soins spécialisés.

Il y a très peu de séances en groupe, soit 0,2 % du total. C'est dommage. Nous devons beaucoup investir dans ce domaine, d'où les programmes de

beschikbare budgetten volledig te gebruiken, ook al is het een cultuurverschuiving, ook al waren er vele vragen en is veel nog nieuw. Ik hoop echt dat we snel vooruitgaan.

formation spécifiques.

Je n'ai pas encore beaucoup d'informations à communiquer en ce qui concerne le remboursement complet et son coût. Il faudra attendre les évaluations approfondies dont nous devrions disposer au milieu de l'année prochaine.

En 2023, les budgets actuels seront maintenus. Nous souhaitons que les réseaux soient capables d'assumer les contingents mensuels prévus, sans aucun blocage. J'ai également demandé aux réseaux qui ne fonctionnent pas bien de proposer un plan d'action. Il serait très dommage de ne pas utiliser la totalité des budgets.

34.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, uw antwoorden blijven vaag over de netwerken waarin het goed of slecht gaat. Wat mij betreft is er ook gesteld dat er een groot communicatieprobleem is geweest, zowel voor de patiënten als voor de psychologen. Om te weten waar men terechtkan voor een psycholoog moet men op internet gaan surfen. Er is geen globale website waar iedereen terechtkan, waar men ook woont. Dat is werkelijk problematisch.

Sommige mensen getuigen ook dat ze bij het maken van een afspraak dachten dat het 11 euro zou kosten, maar dat dan bleek dat het een niet-geconventioneerde psycholoog was en dat dus toch de volle pot moest worden betaald. Er moet dus vooruitgang worden geboekt in dat systeem. De budgetten mogen zeker niet blijven liggen.

Dit is voor mij ook een pleidooi om de nadruk te leggen op de complexiteit van de gezondheidszorg in ons land, met al die verschillende regio's en netwerken, met een gebrek aan centrale coördinatie als gevolg. We hebben die nochtans echt nodig. Volgens mij zou een herfederalisering van de geestelijke gezondheidszorg te overwegen zijn, zodat men zowel aan preventie als aan behandeling kan doen op één niveau, en dat dit dan lokaal kan worden uitgewerkt.

34.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Le ministre communique de manière vague à propos des réseaux qui fonctionnent bien et de ceux qui fonctionnent mal. J'ai constaté un grave problème de communication, tant chez les psychologues que chez les patients. Il n'existe même pas de site internet central. Certains patients croient consulter un psychologue conventionné mais paient le prix plein. Il faut résoudre ce problème!

Les budgets doivent être utilisés. Il me semble qu'il serait avisé de refédéraliser la santé mentale car notre système est si complexe que plus personne ne sait vers qui se tourner.

La prévention et le traitement doivent dépendre d'un seul et même niveau.

34.05 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden. Het lijkt alsof men stilaan de weg vindt en zal aansluiten. We hopen dat mensen voldoende redenen zien om aan te sluiten en dat hun aantal dus gestaag blijft groeien.

We willen graag nogmaals wijzen op de evaluatie die er is gebeurd ten aanzien van kinderen en jongeren. Bijkomende initiatieven om alles nog meer toegankelijk te maken en mensen beter te motiveren om ook onze kinderen en jongeren, die toch wel vaak kampen met geestelijke gezondheidsproblemen, beter te begeleiden, zouden wij

34.05 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Nos concitoyens trouvent progressivement le chemin à suivre et j'espère que le nombre de psychologues conventionnés continuera d'augmenter. J'applaudis à toute initiative supplémentaire tendant à mieux accompagner les enfants et les jeunes.

alvast toejuichen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

35 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De federale voorraden in het federale testplatform" (55030883C)
35 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les stocks fédéraux de la plateforme de testing fédérale" (55030883C)

35.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb nog maar eens een vraag over het federale testplatform. Het zal zeer binnenkort ophouden te bestaan, waardoor het aantal debatten erover waarschijnlijk zal afnemen.

De federale overheid heeft apparatuur en verbruiksmateriaal aangekocht voor de verschillende laboratoria van het platform. Welke apparatuur en welk verbruiksmateriaal werden aangekocht en wat zijn de voorraden van deze materialen? Zullen de toestellen, materialen en producten tegen betaling worden overgenomen of zullen ze worden teruggegeven aan de overheid? Of blijven ze kosteloos ter beschikking van de laboratoria, de universiteiten en ziekenhuizen in kwestie?

Voor welke platformen en testcentra werden tijdens de covidcrisis nog materialen en producten aangekocht met federale middelen? Werd geregistreerd hoeveel daarvan werd verbruikt en hoeveel er nog in voorraad is? Dienen de ongebruikte producten vanaf een bepaald moment terug te keren naar de centrale strategische stock? Indien ja, wanneer zal dat gebeuren?

35.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): La plateforme fédérale cessera prochainement d'exister.

De quels appareils et de quel matériel de dépistage les autorités avaient-elles fait l'acquisition pour cette plateforme de test et qu'en fera-t-on? Le matériel reviendra-t-il aux pouvoirs publics ou sera-t-il repris par les laboratoires, moyennant paiement ou non?

35.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb twee pagina's vol tabellen om uw eerste vraag te beantwoorden. Ik stel voor deze niet voor te lezen, maar om ze te overhandigen om tijd te besparen, waarbij die als publieke informatie worden beschouwd. De eerste tabel geeft een overzicht van de verschillende toestellen die ter beschikking werden gesteld van de labo's voor een periode van 5 jaar. De tweede tabel geeft een overzicht van de voorraad reagentia in de labo's in september van dit jaar.

Wat uw tweede vraag betreft, zijn de labo's die gebruikmaken van de ter beschikking gestelde toestellen daarvoor een engagement van 5 jaar aangegaan met als einddatum 30 november 2025. Deze toestellen mogen tevens voor andere doeleinden worden gebruikt, zolang dat gebeurt in lijn met goedehuisvaderpraktijken en zolang het primaire gebruik, namelijk het detecteren van SARS-CoV-2, niet wordt verhinderd. De toestellen blijven echter eigendom van de FOD Volksgezondheid, maar worden gedekt door de verzekeringspolissen van de leners, in dit geval de labo's. De labo's zijn verantwoordelijk voor het correcte en tijdige onderhoud van de ontvangen toestellen. De FOD Volksgezondheid kan op elk moment beslissen om de toestellen naar een door hem aangeduide plaats te brengen. In afwachting van een andere bestemming heeft de FOD Volksgezondheid beslist dat de uitgeleende toestellen ter beschikking van de labo's mogen blijven.

Inzake de materialen en producten zal na afloop van de conventies met de verschillende labo's, die tussen 26 oktober en

35.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je transmettrai à la commission les tableaux contenant un aperçu des appareils mis à disposition ainsi que des stocks de réactifs.

Pour l'utilisation des appareils, un contrat de cinq ans avait été conclu avec les laboratoires. Cet engagement court jusqu'au 30 novembre 2025. Les appareils peuvent être utilisés à d'autres fins, pour autant que l'usage qui en est fait n'entrave pas leur fonction première, à savoir la détection du SARS-CoV-2. Les appareils appartiennent au SPF Santé publique mais sont couverts par les polices d'assurance des laboratoires, qui sont responsables de leur maintenance. Le SPF Santé publique peut à tout moment décider de les déplacer. En attendant une nouvelle affectation, les laboratoires peuvent en disposer.

23 november 2022 eindigen, de voorraad opnieuw in kaart worden gebracht en zal worden beslist wat met die voorraad dient te gebeuren, afhankelijk van de hoeveelheid en de houdbaarheid van de voorraad.

U vraagt ook voor welke platformen of centra tijdens de covidcrisis nog materialen werden gekocht. Ik kan antwoorden dat in het kader van het federaal platform materiaal werd aangekocht voor de hiernavolgende doelgroepen: ten eerste, leden van het federaal platform en, ten tweede, staalafnamelocaties die de testen doen met een van de labo's van het federaal platform, testcentra en collectiviteiten op regionaal en federaal niveau.

Via de logistieke partner voor het verdelen van de federale stock werden de volgende data gedeeld: ten eerste, maandelijkse stocklijsten waarin hoeveelheden, vervaldata en andere kunnen worden opgevolgd en, ten tweede, wekelijkse lijsten van uitlevering. Die lijsten geven een zicht op de hoeveelheid en de locatie van uitlevering, met name welke materialen aan welke labo's en welke testcentra werden uitgeleverd en op welk moment.

Aangezien verschillende testcentra hun activiteiten al dan niet met het federaal platformlabo ook buiten de context van het federaal platform zullen voortzetten, werd beslist dat de centra hun huidige stock mogen blijven gebruiken, ook na afloop van de conventies van het federaal platform. Door de voorraad niet terug te vorderen, worden bijkomende kosten, gerelateerd aan transport en een eventuele vernietiging na de vervaldatum, vermeden.

Bovendien worden momenteel verschillende scenario's geëvalueerd om ook de stock die centraal wordt beheerd, een zinvolle bestemming te geven. Mogelijke doelgroepen daarbij zijn onder andere Sciensano, de labo's van het federaal platform en onderzoeksinstellingen. De modaliteiten van een eventuele verdeling dienen nog nader te worden bepaald.

35.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het verbaast mij dat met de laboratoria een engagement van vijf jaar is aangegaan. Dat is opnieuw een mooi cadeau. U stelt wel dat ze eigendom van de overheid blijven, maar ze mogen voor andere doeleinden worden gebruikt.

Een en ander heeft natuurlijk ook een bepaalde waarde, waartoe andere laboratoria, die niet tot het federaal testplatform behoren, geen toegang hebben. Dat is opnieuw een oneerlijke behandeling en een voorkeursbehandeling van bepaalde universitaire centra en ziekenhuizen.

Ik kijk uit naar de lijst. Ik kan mij immers voorstellen dat de lijst materiaal bevat met een grote waarde, die nog eens bij dat bedrag van 65 miljoen euro moet worden opgeteld.

U kent mijn mening daarover. U weet dat er naar mijn mening andere mogelijkheden waren geweest en dat de klinische laboratoria veel sneller hadden kunnen instaan voor een crisistestbeleid.

Après l'expiration des conventions conclues avec différents laboratoires, entre le 26 octobre et le 23 novembre 2022, le stock de matériel et de produits sera de nouveau recensé et il sera décidé ce qu'il en adviendra. Du matériel a été acheté pour les membres de la plateforme fédérale et pour les sites de prélèvement d'échantillons qui effectuent des tests avec l'un des laboratoires de la plateforme, les centres de test et les collectivités aux niveaux régional et fédéral. Le partenaire logistique chargé de la répartition du stock fédéral tient à jour des listes de stock mensuelles ainsi que des listes hebdomadaires de livraison.

Comme les centres de test poursuivront également leurs activités en dehors du cadre de la plateforme fédérale, ils pourront continuer à utiliser leur stock actuel après l'expiration des conventions. Nous examinons actuellement quelles sont les possibilités qui s'offrent à nous en ce qui concerne le stock faisant l'objet d'une gestion centrale. Il pourra éventuellement être destiné à Sciensano, aux laboratoires de la plateforme fédérale et à des institutions de recherche.

35.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Un engagement de cinq ans constitue un beau cadeau. C'est également injuste à l'égard des laboratoires qui ne font pas partie de la plateforme de test fédérale.

U geeft nu ook nog eens aan dat de testcentra die met het federaal testplatform en de collectiviteiten hebben samengewerkt, de materialen mogen behouden die aanwezig zijn. Dat is opnieuw behoorlijk veel geld dat wordt achtergelaten.

Ik kijk uit naar de lijst, maar vrees dat het, na wat ik nu heb vernomen, lang niet bij dat bedrag van 65 miljoen euro zal blijven.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

36 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vorderingen met betrekking tot het SSC en het pandemieplan" (55030896C)
36 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les avancées en ce qui concerne le SSC et le plan pandémie" (55030896C)

36.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, een thema waarover we al vaker gediscussieerd hebben, is de evaluatie van de COVID-19-crisis. Er is een Strategic Scientific Committee opgericht om lessen te trekken uit de pandemie. U weet dat we van mening verschillen over de samenstelling van dat comité. Dat heeft zo goed als dezelfde samenstelling als de GEMS, de experten die advies hebben gegeven voor het coronabeleid. Eerder kondigde u al aan dat het verouderde pandemieplan zou worden aangepast, maar daarvan zien we nog steeds niets.

Als we deze gang van zaken vergelijken met wat er in Nederland gebeurt, dan zijn er grote verschillen op te merken. In Nederland wordt er een onafhankelijke analyse gemaakt van verschillende thema's binnen de samenleving. Er worden echte lessen getrokken en er worden analyses gemaakt van hoe men is omgegaan met de coronacrisis.

Hoe staat het nu met het Strategic Scientific Committee? Hoe vaak is dat comité samengekomen? Ik vind er immers heel weinig informatie over. Waar kunnen we bijvoorbeeld de agenda en de verslagen vinden? Wat is de tijdslijn? Wat is de doelstelling van hun werking? Welke output zullen zij leveren?

Hoe staat het nu met de *lessons learned* en de evaluatie van de aanpak van de pandemie? Wie is daarmee bezig buiten het Strategic Scientific Committee? Welke zijn de vorderingen? Wanneer kunnen we daarover nog bijkomende resultaten verwachten?

Hoe staat het met het nieuwe pandemieplan? Wie is daarmee bezig? Wanneer kunnen we het aangepaste plan verwachten? Zijn we zo klaar als het kan om een nieuwe pandemie te lijf te gaan, als die zich zou aandienen?

36.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Un Strategic Scientific Committee (SSC) a été créé pour tirer des enseignements de la pandémie. La composition du SSC est quasi identique à celle du GEMS, ce qui est déplorable. Contrairement à la Belgique, les Pays-Bas procèdent à une analyse indépendante de la gestion de la crise du Covid-19.

À combien de reprises le SSC s'est-il déjà réuni? Où peut-on consulter les ordres du jour et les rapports? Dans quel but ce comité a-t-il été créé? Y a-t-il d'autres instances chargées d'analyser la gestion de la crise? Qu'en est-il du nouveau plan pandémie qui a été annoncé?

36.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De oprichting van het SSC werd gevalideerd door de IMC van 20 april 2022. Sindsdien is het voorbereidende werk volop aan de gang en worden administratieve formaliteiten in orde gebracht. Dan gaat het over het opstellen en de validatie van het mandaat en het huishoudelijk reglement, het formeel aanduiden van leden, de ondertekening van vertrouwens- en belangenverklaringen en de ondertekening van het desbetreffende protocolakkoord, gevalideerd door de preparatoire van 26 september 2022.

36.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Depuis la création du SSC en date du 20 avril 2022, un travail préparatoire a été effectué, telles que la rédaction du mandat et du règlement d'ordre intérieur, la désignation des membres, la signature de déclarations de confidentialité et d'intérêts et de

Het SSC is nog niet in zijn officiële hoedanigheid samengekomen. Hoewel de definitieve hoedanigheid van het SSC op dat moment nog niet vaststond, formuleerde het in juni en juli 2022 wel reeds een aantal adviezen omtrent de epidemiologische situatie en vooruitzichten en aanbevelingen voor het najaar, gelet op de hoogdringendheid daarvan.

De verslagen zullen worden gepubliceerd op een specifieke website van het SSC die binnenkort online zal komen. Op mijn vraag zal het SSC adviezen verstrekken over de evaluatie van maatregelen, de beheersstrategie en de beleidsvoorbereiding in het kader van de nazorg van de covidgezondheidscrisis en de *pandemic preparedness*. In de verstrekte adviezen zullen de verschillende mogelijke benaderingen uiteengezet worden, net als de concrete impact daarvan.

Momenteel loopt op initiatief van de FOD Volksgezondheid en op basis van de aanbevelingen van de bijzondere commissie belast met het onderzoek naar de aanpak van de COVID-19-epidemie door België een strategische denkoefening rond crisisbeheer. Voor deze opdracht vertaalt zich dat in de ondersteuning van de dienst Crisisbeheer van de FOD Volksgezondheid bij het beheren van risico's voor de volksgezondheid, het bestrijden van een volgende crisis en het zo goed mogelijk voorbereid zijn op een volgende crisis.

Het is belangrijk om de pandemische paraatheid duurzaam te verankeren, zowel op het vlak van beheersprocessen als van organisatorische aspecten. Het is daarbij uitermate belangrijk om te kunnen bouwen op de continuïteit met en ervaring uit het covidbeheer van de afgelopen periode. Daarnaast is het belangrijk om te kunnen voortbouwen op het begrip en het belang van de structurele samenwerking met het Nationaal Crisiscentrum in het crisisbeheer, alsook ervaringen en aanknopingspunten met de Europese evoluties en meer bepaald de recente oprichting van de HERA, wat ook een aantal ijkpunten zal impliceren waaraan België gevolg zal willen geven.

Dit is allemaal recent in de notificaties van het Overlegcomité aangehaald als opdracht voor het COVID-19 Focal Point.

Voor alle domeinen komt er ook een verdere verankering van de gebruikte methodologie en procedures in de organisatie.

Het doel van de oefening is om binnen de FOD Volksgezondheid te kijken welke lessen we kunnen trekken om ons crisisbeheer verder op punt te stellen. Daarbij zullen onder andere de geleerde lessen van de covidpandemie centraal staan. Hierbij zal worden gekeken naar wat gezondheidscrisisbeheer betekent voor de FOD, hoe dit kan worden georganiseerd en hoe de samenwerking met partners verloopt.

In het kader van deze oefening werden al verschillende initiatieven georganiseerd, waaronder een interne workshop binnen de FOD. De output wordt de komende maanden verwacht. Het Pandemic Preparedness Plan zal deel uitmaken van het Generic Preparedness Plan. Dit wordt momenteel herwerkt om te voldoen aan de huidige noden en technologieën en wordt uitgewerkt door de dienst Crisisbeheer van de FOD Volksgezondheid. De bestaande

protocoles d'accord. Le SSC ne s'est pas encore réuni officiellement. Au cours de l'été 2022, il a toutefois déjà formulé plusieurs avis, prévisions et recommandations pour cet automne.

Les rapports seront publiés sur un site spécifique du SSC qui sera lancé prochainement. Le SSC formulera des avis sur l'évaluation des mesures, la stratégie de gestion, la préparation des politiques dans le cadre des soins de suivi post-covid et la préparation aux pandémies.

Un exercice de réflexion stratégique en matière de gestion de crise est actuellement mené sur la base des recommandations de la commission Corona. La préparation aux pandémies doit être ancrée durablement sur la base des enseignements tirés de la période écoulée, de la coopération avec le Centre de crise national et des expériences européennes. La méthodologie et les procédures utilisées devront également être davantage ancrées. Au sein du SPF Santé publique, nous souhaitons tirer ces enseignements en vue de mettre au point notre gestion de crise.

Le *Pandemic Preparedness Plan* fera partie du *Generic Preparedness Plan*, qui fait actuellement l'objet d'une révision afin de répondre aux besoins actuels.

La plateforme de concertation pour le stock pharmaceutique est chargée de formuler des propositions sur la réserve stratégique. Le *Covid Focal point* a préparé une note pour la CIM, laquelle comporte des propositions sur la vaccination et la prévention à partir de septembre. Il a souligné l'importance d'un financement efficace de la politique de test, d'un système de surveillance, d'un réseau d'informations sur les pandémies, d'une simplification

documenten werden al doorgenomen en een lijst van vaak gebruikte afkortingen en begrippen en definities werd reeds opgesteld en vertaald.

Het voorstel van structuur en verspreiding van het plan werd uitgewerkt. De volgende stappen zijn een internationale vergelijking en het opstarten van expertengroepen.

Via de plannen die ik nu vermeld heb, de strategische oefening en een aantal andere initiatieven, met name het opvolgen en implementeren van de aanbevelingen van de bijzonder parlementaire commissie en ook het overlegplatform voor de farmaceutische stock, dat structureel moet denken en initiatieven moet voorstellen met betrekking tot de inhoud, de methode en het beheer van de strategische stock, ijveren mijn diensten om zo goed mogelijk voorbereid te zijn op een nieuwe pandemie.

Ook stelde het COVID-19 Focal Point een nota rond *preparedness* op voor aanstaande herfst en winter ter attentie van de preparatoire van de interministeriële conferentie. Daarin wordt een aantal interventies op het vlak van *public health* voorgesteld vanaf september, waaronder vaccinatie, maximale preventie in levensstijl, reductie in viruscirculatie en een aantal structurele stappen rond *preparedness.* Inzake *preparedness* onderstreepte het Focal Point het belang van een goede financiering voor het testbeleid, een surveillancesysteem, een *pandemic intelligence network*, administratieve vereenvoudiging en verankering van de nodige regelgeving.

Dit is de stand van zaken op dit moment. Er lopen nog heel wat initiatieven. Wij kijken vooral vooruit. Zijn wij goed voorbereid? Van daaruit wordt steeds een stuk evaluatie gemaakt om te bekijken of er goed werd gepresteerd. Van daaruit probeert men dan de voorbereiding te verbeteren. We moeten op deze lijn voortwerken, mevrouw Gijbels.

Het is echter misschien goed dat ik een en ander op een bepaald moment, maar we zullen dat misschien best overeenkomen, eens globaliseer en samenbreng. Dit is immers een ingewikkeld verhaal. Ik kan aannemen dat u zegt dat u door die bomen het bos niet meer ziet. Dat zou ik goed kunnen begrijpen. Misschien moeten wij, samen, in overleg, eens bekijken wanneer wij dat hier eens op een structurelere manier brengen, op een meer georganiseerde manier. Dan kan ik een antwoord geven op het soort vragen dat u stelt. Dan kunnen wij ook eens bekijken hoe het zit met die *preparedness.* Wij moeten eens nadenken over het moment waarop we dat zullen doen en hoe we het zullen doen.

36.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, sinds de covidcrisis hebben wij hier de gewoonte om af en toe een technische sessie te organiseren. Dat is een ideaal moment om zoiets naar voren te brengen.

36.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat kan die vorm aannemen, maar ik zou graag een overleg hebben over het moment, omdat ik denk dat wij het moeten doen als de experts, de technici, de FOD zeggen dat ze er klaar voor zijn. Dat betekent niet dat ik het wil uitstellen, maar ik wil een moment zoeken waarop u een afgerond beeld kunt krijgen.

administrative et d'un ancrage de la réglementation.

Il s'agit d'un dossier complexe. Nous pourrons peut-être l'exposer plus en détail à un autre moment, lorsque les experts seront prêts.

Ik vind dat u mij daar politiek op mag aanspreken. Er speelt wel degelijk een politiek element mee en het is dus zeker geen louter technische oefening. We moeten bekijken hoe we dat kunnen combineren. De meerderheidsfracties zijn vast en zeker geïnteresseerd en de hele groep moet zich beraden over hoe dit verder kan worden uitgewerkt. Ik ben alvast voorstander, maar wel op een geschikt ogenblik én in de gepaste formule.

36.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik hoop alleen dat dit niet te ver in de toekomst zal zijn. Het verontrust me dat u stelt dat het SSC, het comité dat een betere voorbereidheid moet bewerkstelligen, vooralsnog niet is samengekomen.

36.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Il ne faudrait pas que cela nous mène dans un avenir trop lointain. Le fait que le SSC ne se soit toujours pas réuni formellement me préoccupe.

36.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nog niet formeel, inderdaad. Formele zaken nemen nu eenmaal de nodige tijd in beslag. We hebben het hier over besluiten, en die vragen tijd. Men is wel reeds aan de slag, maar is nog niet samengekomen op basis van formalistische procedures en een aanduiding. Ik meen dat de procedures inmiddels zijn afgehandeld, en dat men dus eerst eerstdaags ook formeel aan de slag moet kunnen.

36.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il est un fait que les initiatives formelles sont chronophages. Le travail est bel et bien déjà entamé mais il n'y a pas encore eu de réunion sur la base de procédures formelles. Je pense que cela pourra être le cas très bientôt.

36.07 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik kijk alvast uit naar de sessie die we daarover zullen organiseren. We mogen dit niet voor ons uit schuiven, of laten aanmodderen en verwateren. De ervaringen die we met zijn allen hebben gehad de afgelopen twee jaar, met behoorlijk veel impact, riskeren anders minder scherp te worden. We riskeren een pak ervaring en opgebouwde expertise te verliezen als we er niet snel mee aan de slag gaan. Ik verwijs nog even naar de Nederlandse Onderzoeksraad voor Veiligheid, die vele pagina's met lessen op zijn website hebben gezet. Het betreft lering die ze hebben gehaald uit de coronacrisis en een boel aanbevelingen over de manier waarop een en ander beter kan worden aangepakt.

Ik vind uw antwoord dus niet echt geruststellend, mijnheer de minister, en zelfs wat warrig. Meestal wijst dat op een gebrek aan veel wil om ermee aan de slag te gaan. Ik hoop binnenkort het tegendeel te zien.

36.07 **Frieda Gijbels** (N-VA): Nous ne pouvons nous permettre aucun cafouillage. Sans cela, le souvenir des expériences que nous avons vécues risque de se dissiper. Le Nederlandse Onderzoeksraad voor Veiligheid a déjà publié des pages et des pages d'enseignements tirés de la crise sur son site internet. La réponse du ministre est confuse, ce qui est révélateur d'un manque de volonté de s'atteler à cette tâche.

36.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het zijn uw woorden die hier warrig zijn. Ik heb gezegd dat ik zou kunnen begrijpen dat u door de bomen het bos niet meer ziet. Volgens mij verloopt alles redelijk goed georganiseerd, maar het is nu eenmaal een complex gegeven.

36.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Ce sont les mots de Mme Gijbels qui sont confus. Je comprends que tout cela est très compliqué mais les choses se déroulent de façon très organisée.

De **voorzitter**: De commissie zal zich hier zeker opnieuw over buigen. Ik reken alvast op collega Gijbels om ons daar attent op te maken. Wat de timing betreft, denk ik dat het realistisch is om dit in januari op te pakken. De komende twee maanden zie ik daar geen kans toe. We kunnen dit immers niet zomaar op een uurtje afhandelen. We gaan ons daarover beraden, en zien dan wel. Hoe dan ook zullen we het opnemen in de werkzaamheden van de commissie.

Le **président**: Je propose d'inscrire à notre agenda, à partir de janvier 2023, une discussion approfondie avec les experts sur le sujet.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

37 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le covid des jeunes de moins de 18 ans" (55030897C)
37 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van de min 18-jarigen tegen het coronavirus" (55030897C)

37.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, la campagne de vaccination automnale a débuté depuis plusieurs semaines. Elle vise prioritairement les personnes les plus fragilisées et exposées. Le reste de la population de 18 ans et plus pourra ensuite se faire vacciner sur base volontaire.

En revanche, on ne fait mention nulle part d'une troisième dose pour les moins de 18 ans. Même si ce public ne fait pas partie, des plus fragilisés, les moins de 18 ans ou leurs parents qui souhaitent faire vacciner leur(s) enfant(s) devraient pouvoir avoir cette possibilité.

Monsieur le ministre, qu'en est-il de la vaccination des moins de 18 ans? Auront-ils la possibilité de se faire vacciner? Si oui, quand et comment cela sera-t-il organisé?

37.01 **Laurence Zanchetta** (PS): De herfstcampagne is in eerste instantie gericht op de kwetsbaarste personen en de personen die het meest blootgesteld zijn aan het virus en in tweede instantie op de 18-plussers. Er wordt echter geen gewag gemaakt van een derde prik voor de min 18-jarigen.

Zal die groep zich kunnen laten vaccineren, wanneer en hoe zal dat georganiseerd worden?

37.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Zanchetta, en concertation avec le Conseil Supérieur de la Santé, la *task force* vaccination a formulé, le 1er juillet dernier, un avis visant à donner la priorité aux personnes de 50 ans et plus et aux personnes immunodéprimées quel que soit leur âge, dans le cadre de la campagne de rappel automnale.

À cette occasion, la question des moins de 18 ans a été évoquée. Il est alors apparu que, pour cette catégorie d'âge, des données scientifiques supplémentaires étaient attendues, et que, dans l'attente de ces données, il n'était pas prévu de rappel pour ces personnes, sauf pour les stagiaires des professions de santé et pour les enfants immunodéprimés.

L'avis de la *task force* a été approuvé par la Conférence interministérielle Santé publique, le 6 juillet. Ce faisant, à ce stade, les moins de 18 ans ne font pas partie des groupes cibles pour la campagne de rappel automnale. Cette position pourrait, bien entendu, être revue à la lumière des données scientifiques disponibles. Mais, à ma connaissance, on n'en est pas encore là. Il s'agit donc d'une question de données scientifiques sur la base desquelles on peut formuler un avis.

37.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: In het advies van de Taskforce Vaccinatie gaat de prioriteit uit naar de 50-plussers en de immuungecompromitteerden. Voor de min 18-jarigen is er, in afwachting van wetenschappelijke gegevens, niet in een boosterprik voorzien, behalve voor stagiairs in zorgberoepen en immuungecompromitteerden.

Op 6 juli heeft de IMC Volksgezondheid groen licht gegeven voor dat advies. Bijgevolg vormen de min 18-jarigen geen doelgroep voor de herfstcampagne. Dat standpunt kan herzien worden op grond van de wetenschappelijke gegevens, maar die zijn niet beschikbaar.

37.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour les précisions que vous m'avez apportées. Je comprends de votre réponse qu'aucune date n'est avancée pour ce qui concerne la réception de données scientifiques.

37.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Ik noteer dat er op dit moment geen wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

38 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La gratuité des contraceptifs" (55030923C)
38 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Gratis anticonceptiva" (55030923C)

38.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, la Belgique est actuellement en tête du classement européen en matière de couverture contraceptive. En effet, depuis le 1er avril 2020, grâce aux initiatives parlementaires de mon groupe, la gratuité de la pilule et d'autres contraceptifs a été étendue aux personnes de moins de 25 ans. De plus, la pilule du lendemain a été rendue gratuite sans limitation d'âge et sans ordonnance.

Cependant, le Luxembourg va bientôt nous dépasser dans le classement européen. Le remboursement à 100 % des contraceptifs – pilules, stérilets et autres patchs – et sans limite d'âge va en effet entrer en vigueur début 2023, après un retard dû au covid. Un modèle que certaines mutualités, comme Partenamut, nous invitent à suivre au plus vite.

Depuis longtemps, mon groupe plaide pour l'élargissement du remboursement de la contraception pour toutes les femmes, sans aucune limite d'âge. En ces temps de crises et d'augmentation du coût de la vie, le prix de la contraception ne peut être un frein pour aucune femme. Une prise en charge de la contraception pour toutes permettrait d'aider financièrement de nombreuses femmes et éviterait à d'autres de tout simplement y renoncer, évitant ainsi des grossesses non désirées.

Monsieur le ministre, une réflexion a-t-elle déjà été menée sur le fait de rendre la pilule et d'autres types de contraceptifs gratuits pour toutes les femmes, quel que soit leur âge? A-t-on une estimation du coût que cela pourrait représenter?

38.01 **Laurence Zanchetta** (PS): België behoort tot de Europese koplopers inzake contraceptie. Dankzij de parlementaire initiatieven van de PS werd de kosteloze terbeschikkingstelling van de pil en andere contraceptiemiddelen sinds 1 april 2020 tot de leeftijd van minstens 25 jaar uitgebreid. Bovendien werd de morning-afterpil gratis zonder leeftijdsbeperking en zonder voorschrift.

Niettemin zal Luxemburg aan het hoofd van het Europese peloton komen. Vanaf begin 2023 zal 100 % van de anticonceptiemiddelen zonder leeftijdsbeperking terugbetaald worden. De ziekenfondsen roepen ons ertoe op om dat model te volgen.

De PS pleit al lang voor de uitbreiding van de terugbetaling van anticonceptiemiddelen tot alle vrouwen, zonder leeftijdsbeperking. In crisistijden mag de prijs geen belemmering vormen. Door contraceptie voor alle vrouwen te onzer laste te nemen kunnen we heel wat vrouwen financieel helpen en ongewenste zwangerschappen voorkomen.

Heeft er al een gedachteoefening over de algemene invoering van gratis anticonceptiemiddelen plaatsgevonden? Heeft men een schatting gemaakt van het kostenplaatje van zo een maatregel?

38.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Zanchetta, afin de rendre les contraceptifs plus accessibles et d'essayer de prévenir le nombre de grossesses non désirées, une intervention supplémentaire est prévue dans le prix des contraceptifs.

L'intervention supplémentaire est une intervention qui s'ajoute au remboursement classique de l'assurance maladie obligatoire. Le remboursement classique est le remboursement auquel les personnes âgées de 25 ans et plus ont également droit, sans intervention majorée, indépendamment de leur âge ou de leur sexe. Grâce à ces interventions supplémentaires, de nombreux contraceptifs de deuxième génération sont totalement gratuits.

Initialement, cette mesure s'appliquait aux femmes de moins de 21 ans. Le groupe-cible a été élargi deux fois en 2020. Depuis

38.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er wordt in een bijkomende tegemoetkoming in de prijs van anticonceptiemiddelen voorzien teneinde deze toegankelijker te maken en het aantal ongewenste zwangerschappen terug te dringen.

Die komt boven op de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering voor de personen die 25 jaar of ouder zijn. Dankzij die bijkomende tegemoetkomingen zijn heel wat

avril 2020, l'intervention spécifique dans la contraception s'applique aux personnes, sans distinction de sexe, de moins de 25 ans. Pour la contraception d'urgence, la mesure a également été étendue à toutes les personnes, quel que soit leur âge. Depuis septembre 2020, la mesure a été étendue à toutes les personnes bénéficiant d'une intervention majorée, quel que soit leur âge.

Depuis cette même date, la contraception d'urgence ne nécessite plus d'ordonnance pour que l'intervention soit accordée. Cet élargissement du groupe-cible au cours de l'année 2020 se reflète dans les chiffres. Les dépenses liées à ces interventions supplémentaires s'élèvent à 15,7 millions d'euros en 2021, contre seulement 6,7 millions en 2019, soit une augmentation du budget d'un facteur 2,3. Le nombre de personnes utilisant cette mesure est passé de 194 500 en 2019 à 449 000 en 2021.

Pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée, j'ai déjà pris la décision d'étendre la mesure à toutes les personnes, quel que soit leur âge. C'est en vigueur depuis septembre 2020. Le coût de cette extension à toutes les personnes âgées de 25 ans et plus, sans intervention majorée, peut être estimé à 27,3 millions d'euros.

Depuis le 15 avril 2022, l'arrêté royal concernant l'intervention supplémentaire a été modifié afin que le mot "patiente" soit remplacé par le mot "bénéficiaire", pour éviter toute référence au genre, étendant l'intervention aux hommes transgenres.

anticonceptiemiddelen van de tweede generatie volledig gratis.

Aanvankelijk gold die maatregel voor vrouwen jonger dan 21 jaar. Sinds april 2020 is de specifieke tegemoetkoming van toepassing op personen die jonger zijn dan 25 jaar. Voor noodanticonceptie werd die maatregel uitgebreid tot iedereen, ongeacht de leeftijd van de betrokkenen. Sinds september 2020 werd die maatregel uitgebreid tot alle personen die een verhoogde tegemoetkoming genieten, ongeacht hun leeftijd.

Sinds september 2020 is er geen voorschrift meer nodig om noodanticonceptie te verkrijgen. Die extra tegemoetkomingen kwamen overeen met een bedrag van 15,7 miljoen euro in 2021, tegenover 6,7 miljoen euro in 2019, oftewel een toename met een factor 2,3. Het aantal personen dat van die maatregel gebruik maakt, is gestegen van 194.500 in 2019 naar 449.000 in 2021.

Voor wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming heb ik beslist de maatregel uit te breiden tot iedereen, ongeacht de leeftijd van de betrokkenen. Het kostenplaatje van die uitbreiding tot iedereen van 25 jaar en ouder, zonder verhoogde tegemoet-koming, wordt op 27,3 miljoen euro geraamd.

Met ingang van 15 april 2022 werd in het koninklijk besluit betreffende de extra tegemoetkoming het woord 'patiënte' gewijzigd in 'begunstigde', om elke verwijzing naar het geslacht te vermijden, waardoor ook transseksuele mannen voor de tegemoetkoming in aanmerking komen.

38.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Merci, monsieur le ministre, pour cette réponse détaillée que je ne manquerai pas de réécouter.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 55030937C en 55031480C van respectievelijk mevrouw Gijbels en mevrouw Farih worden uitgesteld.

39 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van de Toezichtscommissie" (55030939C)
39 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement de la Commission fédérale de contrôle" (55030939C)

39.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, op 1 juni dit jaar werden de Provinciale Geneeskundige Commissies ontbonden. Artikelen 44 tot 63 van de wet van 22 april 2019 betreffende de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg werden recent gewijzigd door de wet van 30 juni 2022 wat betreft de Toezichtscommissie. Vanuit de Orde der artsen worden hierover blijkbaar een aantal vragen gesteld. Zij hebben u een brief geschreven en die ook gepubliceerd op hun website.

Werd de Orde der artsen betrokken bij de definitieve versie van de wet van 30 juli 2022? Werd ze expliciet gecontacteerd? Was er overleg? Wat werd met de feedback gedaan?

Welke andere beroepsorganisaties werden gecontacteerd en met wie werd overlegd over de definitieve versie? Wat werd met de feedback gedaan?

Hebt u kennisgenomen van het schrijven van de Orde? Ik neem aan van wel. Wat was uw reactie?

Er werden een aantal specifieke zaken aangekaart, die ook al ter sprake kwamen tijdens de bespreking van het wetsontwerp in de commissie. Wat hebt u de Orde geantwoord op de verschillende punten? Kunnen bepaalde zaken nog worden geremedieerd? Zullen die worden geremedieerd en zo ja, wanneer en hoe?

Hebben andere beroepsverenigingen of verenigingen u gecontacteerd over de definitieve versie van het wetsontwerp? Wie en met welke vragen? Wat werd daarmee gedaan?

Wanneer zal de Toezichtscommissie zijn samengesteld? Dat is wel belangrijk, omdat de Provinciale Geneeskundige Commissies nu al even hebben opgehouden te bestaan en er een vacuüm is ontstaan.

Wat is er ondertussen gebeurd met de bestaande en de nieuwe dossiers? Over hoeveel actieve dossiers gaat het?

39.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): La loi du 30 juillet 2022 règle le fonctionnement de la nouvelle Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé. L'Ordre des médecins a envoyé un courrier au ministre pour lui poser plusieurs questions à ce sujet.

L'Ordre des médecins a-t-il été impliqué dans la version définitive de la loi du 30 juillet 2022? Avec quelles autres organisation professionnelles une concertation a-t-elle eu lieu? Quelle a été la réaction du ministre face au courrier de l'Ordre des médecins? Certains aspects peuvent-ils encore être adaptés? Quand ces modifications seront-elles apportées? D'autres associations ont-elles pris contact avec le ministre pour évoquer la version définitive de la loi? Quelle suite a-t-il réservée, le cas échéant, à leurs observations?

Quand la Commission de contrôle sera-t-elle en place? Cet élément est important étant donné le vide laissé depuis la dissolution des commissions médicales provinciales le 1er juin. Qu'adviendra-t-il des dossiers actuels et nouveaux?

39.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil er eerst op wijzen dat de wijzigingen van de wet van 2019 door de wet van 30 juli 2022 enkel tot doel hebben de werking van de Federale Toezichtscommissie te vereenvoudigen en te verbeteren en haar bevoegdheden duidelijker te omschrijven. Zo nam de wet van 2019 bijvoorbeeld niet expliciet de bevoegdheden van de Provinciale Geneeskundige Commissies op. Vandaag zijn we duidelijk van mening dat dit zinvol is. De overige bepalingen van de wet, met name die betreffende de kwaliteitscriteria, zijn niet gewijzigd.

Wat nu de wet van 2019 betreft, ga ik ervan uit dat mijn voorganger in de coalitie waarvan uw partij deel uitmaakte, de nodige contacten heeft gehad met alle betrokkenen volgens de principes van goed

39.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Par la loi du 30 juillet 2022 modifiant la loi de 2019, nous avons simplifié et amélioré le fonctionnement de la Commission fédérale de contrôle et nous avons décrit plus clairement ses compétences. D'autres dispositions de la loi initiale de 2019, notamment sur les critères de qualité, n'ont pas été modifiées.

Je pars du principe qu'à l'époque,

bestuur, maar ik kan u daar uiteraard geen details over geven. Er zijn misschien medewerkers van uw partij die daar beter van op de hoogte zijn.

Ik kom tot uw eerste vraag, of de Orde der artsen betrokken werd bij de definitie versie van de wet van 30 juli 2022.

Er was geen raadpleging of rechtstreekse betrokkenheid van de Orde der artsen bij de opstelling van de wet van 30 juni 2022 tot wijziging van de wet van 22 april 2019. De orden, voor de beroepen waarvoor ze bevoegd zijn – artsen en apothekers –, houden zich bezig met deontologie en het tuchtrecht van beroepsbeoefenaren over wie ze bevoegd zijn. De Federale Toezichtscommissie heeft een andere invalshoek, in die zin dat ze de kwaliteit van de beroepsuitoefening van gezondheidswerkers wil controleren en bevorderen, alsmede hun geschiktheid. Zo wil ze de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënten garanderen. Dat zijn verschillende actieterreinen.

Opnieuw, de kwaliteitswet zelf dateert van 2019. Ik weet dus niet wat de regering, waar u toen deel van uitmaakte, heeft gedaan op het vlak van contacten leggen daarover.

Ten tweede vroeg u met welke andere beroepsorganisaties contact werd opgenomen. Alle beroepsorganisaties werden benaderd via de binnen de FOD Volksgezondheid opgerichte adviesraden. Bij goedkeuring in eerste lezing heb ik het ontwerp onmiddellijk doorgestuurd naar de voorzitters van de raden met een begeleidend schrijven erbij. Er werden slechts enkele technische opmerkingen gemaakt, waarmee in het ontwerp rekening is gehouden. Ook aan patiëntenplatforms werd gevraagd zich uit te spreken over de inhoud van het ontwerp. Hier wil ik er nogmaals op wijzen dat de kwaliteitseisen in de wet niet veranderd zijn. Ook het feit dat er een toezichtscommissie kwam, was geen nieuwe informatie voor de zorgverstrekkers. De wet is op 22 april 2019 goedgekeurd, mevrouw Gijbels.

Specifiek wat de wijziging met betrekking tot locoregionale anesthesie betreft, kan ik zeggen dat die er kwam op vraag van, en werd uitgewerkt met, de beroepsvereniging van de oftalmologen.

U vraagt of ik heb kennisgenomen van het schrijven van de Orde van 17 september. Ja, ik heb die brief goed ontvangen. Ik heb hem doorgestuurd naar mijn administratie om een gedetailleerd antwoord op te stellen. Ik stel in het algemeen vast dat de Orde de nadruk legt op een aanzienlijke verbetering van de kwaliteitswet in vergelijking met de vorige versie. Dat is natuurlijk positief.

Andere punten waarop de Orde de nadruk legde, met name de benoeming van deskundigen in procedures betreffende lichamelijke geschiktheid van beroepsbeoefenaars, of de onderzoeksbevoegdheden van de inspecteurs, zullen worden geregeld in de uitvoeringsbesluiten die de Koning nog moet uitvaardigen, met name een besluit dat de procedure voor de Federale Toezichtscommissie regelt. Deze ontwerpen van koninklijk besluit zijn momenteel in voorbereiding. De eerste ervan liggen al voor advies bij de Raad van State.

Een volgende vraag was of andere verenigingen contact met mij

ma devancière a pris les contacts nécessaires avec tous les acteurs impliqués. Certains collaborateurs de la N-VA disposent peut-être de plus d'informations que moi-même à ce sujet.

L'Ordre des médecins n'a pas été consulté lors de l'élaboration de la loi du 30 juillet 2022. En effet, les ordres se penchent sur la déontologie et le droit disciplinaire, tandis que la Commission fédérale de contrôle vise à contrôler et à promouvoir la qualité et la sécurité de la pratique des professionnels des soins de santé. Le point de vue est différent.

L'ensemble des organisations professionnelles ont été approchées par l'intermédiaire des conseils consultatifs au sein du SPF Santé publique. Elles n'ont formulé que quelques observations techniques, dont il a également été tenu compte. Les plateformes de patients ont, elles aussi, été consultées.

La modification spécifique relative à l'anesthésie locorégionale a été apportée à la demande de l'association professionnelle des ophtalmologues.

J'ai reçu le courrier de l'Ordre des médecins et je l'ai transmis à mon administration, qui prépare une réponse détaillée. L'Ordre indique que la version existante de la loi constitue une amélioration considérable. Les autres points cités par l'Ordre seront réglés par les arrêtés d'exécution qui sont en cours d'élaboration. Les premiers arrêtés royaux ont déjà été soumis à l'avis du Conseil d'État.

J'ai également reçu un courrier de l'Ordre des Pharmaciens portant sur la représentation de l'Ordre au sein de la Commission fédérale de contrôle. Mon administration y fournira aussi une réponse détaillée.

L'arrêté fixant la composition des

hebben opgenomen. Enkel de Orde van apothekers heeft me ook een brief gestuurd over de vertegenwoordiging van de Orde binnen de Federale Toezichtscommissie. Ook die brief heb ik doorgestuurd naar mijn administratie, om ook de Orde van apothekers een gedetailleerd antwoord te sturen.

U vraagt wanneer de Toezichtscommissie samengesteld zal zijn. Zodra de wet is gepubliceerd, wordt het besluit tot vaststelling van de samenstelling van de kamers van de Federale Toezichtscommissie waarover de ministerraad moet beraadslagen opgesteld en aan de ministerraad voorgelegd. Dit besluit ligt momenteel voor bij de Raad van State.

Na het advies van de Raad van State en de ondertekening door de Koning kunnen de kandidaten worden opgeroepen, om zo over te gaan tot de samenstelling van de kamers. Mijn doel is om tegen het einde van 2022 een Federale Toezichtscommissie in werking te hebben.

U vraagt of er dan geen vacuüm is. We zitten inderdaad in een overgangsperiode tot we een volwaardige Federale Toezichtscommissie hebben. Ondertussen kunnen de inspectiediensten van de FOD Volksgezondheid ontvangen klachten onderzoeken en dossiers samenstellen. Deze kunnen door de commissie worden onderzocht zodra ze operationeel is.

Ook kunnen de diensten van de FOD Volksgezondheid strafrechtelijke en tuchtrechtelijke feiten melden aan het openbaar ministerie en de Orden. Ter informatie, elke ambtenaar die kennis krijgt van strafrechtelijke feiten is wettelijk gehouden deze te melden bij het parket. In geval van ernstig gevaar voor de volksgezondheid of patiënten kan bovendien de praktijkvergunning van de betrokken beroepsbeoefenaar worden geschorst.

Maar het spreekt voor zich dat het essentieel is dat de Toezichtscommissie met de volledigheid van haar mogelijkheden aan de slag kan. Herinner u dat deze fijnmazig zijn. Een visum kan bijvoorbeeld onder voorwaarden worden geplaatst. Een verbetertraject kan worden gestart. Daarbij verwijs ik naar een debat dat we hebben gehad over de aanpassende wetgeving.

39.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden. Afgaande op de bezorgdheden die de Orde heeft geuit, denk ik dat het toch verstandig was geweest om de wetgeving verder te verfijnen en af te stemmen. Ik hoop dus dat er wel degelijk rekening wordt gehouden met hun opmerkingen. Het gaat inderdaad om de hoedanigheid en de rol van de inspecteurs bijvoorbeeld. Ik denk dat de bezorgdheden die zij te kennen hebben gegeven heel terecht zijn.

U geeft zelf ook aan dat we eigenlijk in een soort vacuüm zitten. Dat is volgens mij absoluut niet wenselijk. Verschillende zorgverstrekkers uit verschillende disciplines hebben mij hierover aangesproken. Ik heb dan ook gemerkt dat er heel wat ongerustheid is. Hoe sneller we hiervoor opnieuw een orgaan hebben dat kan optreden, hoe beter, lijkt mij.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

chambres de la Commission fédérale de contrôle est actuellement examiné par le Conseil d'État. Après son avis et la signature du Roi, un appel aux candidats pourra être lancé. Je souhaite que la Commission de contrôle soit opérationnelle d'ici la fin de l'année.

Dans l'intervalle, nous nous trouvons effectivement dans une période de transition. Les services d'inspection du SPF Santé publique peuvent déjà examiner les plaintes et constituer des dossiers. Une fois que la Commission de contrôle sera opérationnelle, elle pourra poursuivre l'examen de ces dossiers. Les services du SPF peuvent également signaler les infractions pénales et disciplinaires au ministère public ainsi qu'aux ordres. D'ailleurs, tout fonctionnaire qui a connaissance de faits punissables est légalement tenu de les signaler au parquet. En cas de grave danger pour la santé publique ou pour les patients, le professionnel peut voir son autorisation d'exercer suspendue.

La Commission de contrôle pourra toutefois agir de manière beaucoup plus ciblée, notamment par le biais de trajets d'amélioration ou d'un visa conditionnel. C'est pourquoi il est important qu'elle soit rapidement opérationnelle.

39.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Il aurait été plus judicieux d'affiner la législation en concertation avec l'Ordre. Osons espérer que le ministre tiendra néanmoins compte des observations.

Les prestataires de soins sont très préoccupés par le vide qui s'est créé. C'est pourquoi la Commission doit pouvoir entamer ses travaux dans les plus brefs délais.

40 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget 2023 des soins de santé" (55030947C)
40 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gezondheidszorgbegroting 2023" (55030947C)

40.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik verontschuldig mij voor de herhaling. De vraag die ik al indiende voor er een akkoord was bereikt over de gezondheidszorgbegroting, werd immers spijtig genoeg niet opgepikt door de diensten. De kwestie werd ook al tijdens de plenaire vergadering besproken, maar bleef hier hangen.

Sinds ik mijn vraag heb ingediend, zijn er twee belangrijke zaken gebeurd. Het budget gezondheidszorg voor 2023 is goedgekeurd. Ook de begroting voor het land is goedgekeurd. In dat kader werden ook een aantal zaken voor gezondheidszorg beslist.

Ik zal mijn vraag dus enigszins aanpassen.

Inzake het globale gezondheidszorgbudget hebben wij het daarnet al gehad over de maximumfactuur en over de gratis tandzorg tot negentien jaar. Dat hoeft dus niet te worden herhaald. Er is ook 80 miljoen euro ingeschreven voor de energiefactuur van de ziekenhuizen. Er is ook voorzien in een betere terugbetaling van brilglazen en hoofddeksels. Ook is 100 miljoen euro uitgetrokken om de geconventioneerde zorgverleners te compenseren voor hun energiefacturen. De zorgverleners moeten zelf 20 miljoen euro zoeken in 2023 en 80 miljoen euro in 2024 voor doelmatige zorg. Voor 2023 is er ruimte voor 175 miljoen euro voor nieuwe initiatieven.

Er werd positief gereageerd op die gezondheidszorgbegroting, onder andere door de ziekenfondsen. De artsen reageerden gemengd. Ze zijn positief over de vooruitgang voor de patiënten en zorgverleners, maar kijken met een kritische blik naar de groeinorm. Alles loopt immers door elkaar. Er wordt ook kritisch gekeken naar de besparingen in de gezondheidszorg, die u geen besparingen noemt, maar lagere budgetten. Ook is er kritiek en zijn er vragen in verband met het bedrag van 100 miljoen euro voor enkel de geconventioneerde zorgverleners en het bedrag van 20 miljoen euro voor doelmatige zorg.

Kunt u opnieuw uitleggen hoe u het bedrag van 175 miljoen euro voor nieuwe initiatieven hebt berekend en hoe dat bedrag concreet zal worden ingevuld?

In welke mate is de beslissing van belang dat de groeinorm voor 2024 niet 2,5 %, maar slechts 2 % bedraagt? Daardoor zullen we in 2024 immers minder geld zien voor bijvoorbeeld nieuwe initiatieven.

Hebt u al enig idee wat de doelstelling van *appropriate care*, zijnde 20 miljoen euro voor 2023, concreet zal inhouden? Ik heb immers begrepen dat de zorgverleners zelf met voorstellen moeten komen. Ik veronderstel echter dat u zelf ook al enig idee hebt van de richting die ze moeten uitgaan.

Vervolgens is er 100 miljoen euro om de zorgverleners te overtuigen zich te conventioneren. Denkt u dat dit voldoende is? Er is wel wat

40.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Depuis le dépôt de cette question, le budget a été déposé. Il prévoit pour 2023 la libération de 175 millions d'euros pour de nouvelles initiatives dans le secteur des soins. Comment ce montant a-t-il été calculé et que contient-il exactement? Un budget moins important sera-t-il dégagé en 2024, notamment pour de nouvelles initiatives, étant donné que la norme de croissance passera alors de 2,5 à 2 %? Qu'impliquera concrètement l'objectif de soins appropriés représentant 20 millions d'euros?

Les 100 millions d'euros dégagés afin de convaincre les prestataires de soins à se conventionner suffiront-ils? À quoi est destiné le budget de 25 millions d'euros pour la revalorisation des soins de kinésithérapie? Que couvre exactement le poste "conseils, visites et avis" auquel sont alloués 6 millions d'euros? Comment les 16 millions d'euros pour le prix de la journée d'hospitalisation seront-ils utilisés? Le montant de 80 millions pour les frais d'énergie des établissements de soins sera-t-il suffisant?

Dans le cadre de la confection du budget, il a été question d'une sous-utilisation de 120 millions d'euros en 2023 et de 125 millions en 2024. D'où ces montants proviennent-ils?

kritiek op. Ik denk bijvoorbeeld ook aan de kinesitherapeuten en logopedisten, die hard aan de alarmbel trekken omdat hun tarieven niet werkbaar zijn. U trekt 25 miljoen euro uit voor de herwaardering van de kinesitherapeutische zorg. Waarvoor dient dat budget dan al?

Er gaat ook 6 miljoen euro naar de post 'raadgevingen, bezoeken en adviezen'. Wat betekent dat concreet? Hetzelfde vraag ik me af over de 16 miljoen euro voor de verpleegdagprijs.

Dan is er 80 miljoen euro voor de zorginstellingen om tegemoet te komen aan de hogere energiefacturen. Denkt u dat dat bedrag zal volstaan? Als we de verhalen horen, bijvoorbeeld van Zorgnet-Icuro, gaat het over veel hogere bedragen.

In het kader van de begrotingsopmaak was er sprake van een onderbenutting van 120 miljoen euro in 2023 en 125 miljoen euro in 2024. Hoe komt u aan die cijfers?

40.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, u begon met te zeggen dat het vervelend is dat die vraag nu komt, maar als u een vraag wilt omzetten, moet u dat zelf doen. Bij mijn weten doen de diensten van het Parlement dat niet automatisch. Een vraag omzetten in een actualiteitsvraag of een vraag intrekken, moet u zelf doen.

Hier is sprake van een heel deel herhaling, en u zult begrijpen dat ik niet alle informatie uit alle debatten hier zal navertellen. Ik zie hier trouwens op mijn lijst dat er nog een vraag van u komt waarin u nog maar eens terugkomt op hetzelfde. "Wat is die onderbenutting? Hoe zit het met de verlaging van de groeinorm?" In de vraag die nog moet komen, begint u weer over een compleet verzonnen besparing van 320 miljoen euro. Ik wil dat allemaal best nog eens uitleggen, maar we zijn nu wel erg veel aan het herhalen.

Laat me in elk geval dit zeggen: er is allereerst een technisch proces. Dat houdt in dat het RIZIV een raming maakt van de verwachte uitgaven. Dat wordt dan vergeleken met wat men kan doen als men boven op de indexmassa 2,5 % reële groei toelaat. Die technische raming is een technische oefening. In feite zou men dat constant beleid kunnen noemen. 'Wat gebeurt er als men niets doet?' De groeinorm is dan wat er aan budgettaire inspanning mogelijk is. Het verschil tussen de groeinorm en de technische raming heeft men becijferd op 175 miljoen euro, in prijzen van 2023. Dat is wat in het Verzekeringscomité en de Algemene Raad voorlag, maar ik ga er meteen aan toevoegen dat het RIZIV het feit dat we de MAF-plafonds bevroren hebben, in feite al in de technische raming verrekend had.

Dat gaat over 50 miljoen, die men er eigenlijk moet bijtellen. Als men zich afvraagt welke inspanning of niet-besparing we doen, is het dat we de MAF-plafonds echt plafonneren. Als we dat niet zouden doen, zouden we 50 miljoen euro besparen. Dat doen we niet. Dat stond al in de technische raming.

Het echt bevriezen van die MAF-plafonds en de marge zorgen samen voor 175 miljoen euro plus 50 miljoen euro, dus 225 miljoen aan beslissingen.

We vragen ook aan alle verstrekkers om te zoeken naar wat niet doelmatig is in de huidige verstrekkingen en om dat te proberen

40.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Nous avons déjà beaucoup débattu de ces questions. Mme Merckx va de nouveau m'interroger sur la sous-utilisation, l'abaissement de la norme de croissance et une économie, inventée de toutes pièces, de 320 millions d'euros. Je vais – encore – répéter ce qu'il en est.

L'INAMI procède à un exercice technique comparant l'estimation des dépenses prévisionnelles et la situation potentielle si l'on autorise une croissance réelle de 2,5 %. La question posée est de savoir quelle est la situation à politique constante. La norme de croissance consiste à prévoir ce qui est possible d'un point de vue budgétaire. La différence entre la norme de croissance et l'estimation technique s'élève à 175 millions d'euros pour 2023.

L'INAMI avait déjà inclus le gel des plafonds du MAF dans l'estimation technique. Il s'agit d'un montant de 50 millions d'euros qui doit être comptabilisé en plus. En l'absence de plafonnement, nous économiserions 50 millions d'euros. Le gel des plafonds du MAF et la marge représentent un montant de 225 millions d'euros en matière de décisions.

Nous demandons à tous les prestataires d'identifier les aspects

rationaliseren en verbeteren, waardoor men een budgettair effect van zeker 20 miljoen euro in de begroting van 2023 krijgt.

Vermits men die initiatieven tot rationalisatie en meer doelmatigheid, en het opkuisen van de nomenclatuur, pas in de loop van 2023 doet, is er een uitloopeffect, een kruissnelheideffect dat 80 miljoen euro in de begroting van 2024 zou moeten kunnen bedragen.

Die 20 miljoen euro impact aan doelmatigheidsinitiatieven in 2023 kan men bij de marge tellen. Daarom heb ik in de plenaire vergadering gezegd dat het eigenlijk ging om 175 miljoen euro plus 20 miljoen euro, dat is 195 miljoen euro. Daar moet men eigenlijk die 50 miljoen euro bij tellen die we niet besparen door het feit dat we de plafonds van de MAF echt bevriezen, waarvoor we de wet gaan veranderen. Dat is toch een grote inspanning. Zeggen dat we een besparingsbegroting doen, is dus compleet van de pot gerukt.

Hetzelfde geldt voor 2024, waar we de groeinorm op 2 % zetten. Ik ga ervan uit dat er dan opnieuw een marge zal zijn, boven op de spontane ontwikkeling. Als de spontane ontwikkeling zo zou zijn dat de uitgaven meer stijgen dan die groeinorm van 2 %, wat mij zeer zou verbazen, dan zouden we moeten besparen, maar ik denk echt niet dat dit zo zal zijn.

Die 0,5 % die we niet spenderen in het CIF-budget vul ik in met andere initiatieven, ten dele met een uitloper die ik nu al door deze regering voor 2025 wil laten vastleggen. In 2024 is er inderdaad een positief saldo van 75 miljoen euro, dat we echt uitsparen, zoals in de begrotingsbespreking is gezegd. Het is minder groei en niet echt een besparing. In 2025 vul ik dat al volledig in.

Ik zal die hele uitleg niet opnieuw doen, maar dit gaat echt om een groeibudget.

Hoe we de *apprioprate care* moeten bekijken? Ik zou daar liever niet op vooruitlopen. De verstrekkers moeten gebruikmaken van hun autonomie en van het overleg om daaraan te werken. Er zijn in feite twee inspiratiebronnen. Een inspiratiebron is dat er een hele reeks fiches is gemaakt in 2021 met betrekking tot *appropriate care*, die bottom-up gemaakt zijn, met mogelijke verstrekkingen die verouderd, niet doelmatig en dergelijke zijn. Die kunnen zeker opnieuw bekeken worden. Ik weet niet of men daar voldoende inspiratie in zal vinden. Dat was een oefening die gemaakt is in het kader van het zogenaamde meerjarentraject van de RIZIV-begroting. Daarnaast is er onze Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie. Daar is nieuwe wetgeving in tot stand gekomen, die hier heeft voorgelegen, waarbij op basis van indicatoren ook doelmatigheidsacties ondernomen kunnen worden. Dat kan ook wel een inspiratie zijn, waarbij de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie een rol zal spelen. Meer wil ik daarover niet zeggen, niet omdat het mij niet interesseert of omdat ik het niet belangrijk vind, maar ik wil het veld nog wat open laten aan de verstrekkers.

U vroeg of we nu wel genoeg doen voor de sector. Boven op wat ik nu al allemaal heb gezegd, geef ik nog eens 390 miljoen zuurstof door de patronale bijdragen te verminderen, waarvan de helft definitief verworven en de helft terug te betalen in 2025. Boven op dit allemaal komt nog eens 80 miljoen energiecompensatie voor de eerste helft

inefficaces de leur pratique et de rationaliser et d'améliorer ces prestations. Nous estimons l'effet de cette politique à 20 millions d'euros en 2023. Étant donné que ces initiatives, ainsi que la rationalisation de la nomenclature, seront essentiellement concrétisées en 2023, nous tablons sur un montant de 80 millions d'euros dans le budget 2024. Ces 20 millions d'euros en 2023 peuvent être ajoutés à la marge. Il est tout à fait incongru de prétendre que nous chercherions à serrer la vis.

Nous fixons la norme de croissance à 2 % pour 2024. Je suppose qu'il y aura à nouveau une marge. Si les dépenses augmentent davantage que la norme de croissance de 2 %, nous devrons réaliser des économies, mais je ne pense pas que tel sera le cas. Je comble la part de 0,5 % de non-affectation du budget de l'assurance maladie invalidité avec d'autres initiatives et en tenant compte d'une incidence que je voudrais déjà fixer pour 2025.

Les prestataires de soins ont un rôle important à jouer dans la définition de la notion de soins appropriés (*appropriate care*). D'une part, on peut s'inspirer des fiches qui ont été établies en 2021 dans le cadre de la trajectoire pluriannuelle du budget INAMI. Par ailleurs, on peut se référer à la législation qui a été élaborée au sein du Conseil national de promotion de la qualité.

Des efforts importants ont été fournis en faveur du secteur. Je songe par exemple à la réduction des cotisations patronales et à la compensation énergétique. La pratique nous montrera si le montant – non négligeable – de 100 millions d'euros suffira. La question est de savoir si tout le monde utilisera ce montant de la meilleure manière possible en tenant compte de l'intérêt général.

van 2023. Dat zijn enorme inspanningen. Ik ga ervan uit dat die voor de sector toch echt een draagvlak zouden moeten creëren om mee te gaan in het beschermen van de patiënt en in het nadenken over hervormingen.

Het is ook aan de sector om zichzelf te bewijzen. Zal die 100 miljoen boven op de indexmassa voor geconventioneerden binnen die 175 miljoen genoeg zijn? Het is wel redelijk veel. Ik durf niet zeggen dat dat genoeg zal zijn. De vraag is vooral of iedereen het algemeen belang voor ogen zal hebben en op basis van het algemene belang het beschikbare geld, dat toch niet weinig is, zo goed mogelijk zal gebruiken. Die 100 miljoen moet nog verdeeld worden over de sectoren. Er moet worden afgesproken binnen de sectoren hoe dat omgezet wordt in een relevante kostencompensatie, structureel vanaf 2023 voor geconventioneerden. The proof of the pudding is in the eating, ook in dit geval.

Men moet dat nu in het Verzekeringscomité goed aanpakken. Ik zou graag hebben dat men het ook snel aanpakt.

U vraagt hoe de sectoren, die in de vorige oefening ontevreden waren over het aandeel dat ze kregen van het Verzekeringscomité, nu gaan reageren. Ik denk aan de logopedisten en de kinesitherapeuten. Wij creëren voor de kine heel belangrijke mogelijkheden: 25 miljoen extra boven op de index, een voorstel om voor 9 miljoen een oefening in *appropriate care* te doen. Dat geld mogen zij volledig gebruiken en structureel blijven gebruiken voor bijkomende nieuwe initiatieven. Dat is al 34 miljoen. De indexmassa voor de kine, die traditioneel ook wordt gebruikt om zekere beleidskeuzes te maken, bedraagt 99 miljoen euro supplementair. Van die 100 miljoen extra kostencompensatie is er ook een stuk voor de kine. Dat zijn zeer belangrijke bedragen. Ik zal niet zeggen dat het paradijs in aantocht is. Dat is niet zo, maar het zijn toch zeer belangrijke bedragen voor de kine.

Met betrekking tot de logopedie wil ik twee dingen herhalen. De voorzitter van de belangrijkste logovereniging heeft in 2022 het budget goedgekeurd in het Verzekeringscomité om daarna verzet ertegen te organiseren. Dat is vreemd, maar dat heeft hij gedaan. Dat heeft mijn vertrouwen niet vergroot. De sector van de logo heeft in de jaren ervoor een zeer belangrijke budgetverhoging gekregen. De mensen zijn echter een beetje kort van geheugen.

Wil dat zeggen dat de situatie van de logopedisten is waar wij moeten zijn? Wil dat zeggen dat het allemaal fantastisch is? Dat is niet wat ik zeg. Zelfgenoegzaamheid is een heel slechte raadgever. Een kort geheugen is echter ook een slechte raadgever. Er is geen enkele sector die de voorbije vijf jaar even substantiële verhogingen heeft gehad als de sector van de logopedie. Men moet dat ook eens erkennen.

Daarnaast zijn er belangrijke afspraken gemaakt binnen de sector van de logopedie om inderdaad in de nomenclatuur te werken. Er zijn daarover vragen van uw collega Rigot. Ze zijn niet aan de orde geweest vanmiddag. In de sector van de logopedie moet inderdaad ook de nomenclatuur bekeken worden. Er moeten dingen opgefrist en gemoderniseerd worden. Dat is allemaal aan de orde. Dat staat op de agenda. Naast het feit dat er geld is, moet dat ook aangepakt worden.

Pour la kinésithérapie, 25 millions d'euros supplémentaires sont libérés en plus de l'indexation, plus 9 millions d'euros pour l'exercice en matière de soins appropriés. La masse d'indexation pour la kinésithérapie s'élève à 99 millions d'euros supplémentaires. Une partie des 100 millions d'euros de compensation supplémentaire des coûts est, en outre, affectée à la kinésithérapie.

Aucun secteur n'a bénéficié d'augmentations aussi substantielles que celui de la logopédie au cours des cinq dernières années. La nomenclature doit également être abordée.

Des efforts importants sont consentis pour renforcer les soins de santé en période de récession économique.

La proposition du conseil général prévoit en effet un montant de 6,4 millions d'euros pour les soins de santé somatiques dans les hôpitaux psychiatriques.

Les autres montants s'inscrivent également dans le cadre de la confection technique du budget, mais offrent des possibilités aux hôpitaux pour faire face aux coûts opérationnels.

Nogmaals, ik ben daar niet zelfgenoegzaam over, maar dat zijn enorme inspanningen, in een economie die in recessie is, in een economie die gaat stilstaan. Het zijn enorme inspanningen om bijkomend te investeren in de gezondheidszorg.

Ik hoop dat de verantwoordelijken van de sectoren dat ernstig oppikken, zorgen voor goed werk op *appropriate care* en voor conventionering, om samen de bevolking te helpen qua toegankelijkheid tot een optimaal georganiseerde gezondheidszorg.

U stelde nog een specifieke vraag over de 6 miljoen euro. Er is inderdaad een budget uitgetrokken in het voorstel van de algemene raad, overigens ook al opgenomen in het voorstel van het Verzekeringscomité, van 6,444 miljoen euro voor somatische zorg in psychiatrische ziekenhuizen. Een budget van 15 miljoen euro is vastgelegd voor cybersecurity, afgerond 6,5 miljoen euro voor niet-dringend interhospitaalvervoer, samen 21,5 miljoen euro. Daarvan is 16,6 miljoen euro ingeschreven op de verpleegdagprijs binnen de begrotingsdoelstelling en afgerond 4,9 miljoen in de rubriek wet ziekenhuizen buiten de begrotingsdoelstelling. Het gaat om technische aspecten van de begrotingsopmaak, maar daarachter zitten interessante mogelijkheden, ook voor de ziekenhuizen, met name om met de operationele kosten aan de slag te gaan, om de cybersecurity op peil te brengen.

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

Vooreerst, wat de vragen betreft, had ik dat inderdaad pas laat in de plenaire vergadering gezien. De diensten hebben zich er gedeeltelijk voor geëxcuseerd omdat zij mijn vraag er zelf niet uitgehaald hadden.

Op bijna alle vragen heb ik een antwoord gekregen, maar toch nog niet op alle. Daarom wil ik ook de volgende geagendeerde vraag aanhouden.

Aangaande de onderbenutting van de 120 en de 125 miljoen heb ik nog geen antwoord op mijn vraag wat u daarvan in de begroting hebt ingeschreven.

Inzake uw uitleg over de groeinorm is het interessant te vernemen hoe u komt tot het vrijmaken van extra middelen, de 165 miljoen. U geeft aan dat er sowieso groei is op basis van de technische ramingen, gemaakt door uw diensten. Daar staat tegenover dat er onvervulde zorgnood bestaat op het terrein, waardoor er nieuwe initiatieven nodig zijn. Vroeger bedroeg de groeinorm zelfs 4 %. U kunt stellen dat de evolutie van 2,5 % naar 2 % geen besparing is, maar ik stel voor dat u eens aan de Socialistische Mutualiteiten vraagt wat zij ervan vinden. In het algemeen denk ik dat het feit dat u opnieuw op de groeinorm beknibbelt, echt slecht onthaald wordt. De berekening, zoals u ook uitlegt, komt erop neer dat er volgend jaar minder geld vrij zal zijn voor nieuwe initiatieven voor 2024.

Wat betreft de 80 miljoen euro voor de energiefactuur van de ziekenhuizen, zegt u dat er nog 390 miljoen euro bij komt in de vorm van uitstel van patronale bijdragen. Het ene heeft normaal gezien niets met het andere te maken. Het is wel een hulp, maar het was

40.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Quel montant afférent à la sous-utilisation de 120 et de 125 millions d'euros a été inscrit au budget?

La décision du ministre de rogner à nouveau sur la norme de croissance est mal accueillie, et signifie que l'année prochaine, on pourra dégager moins d'argent pour de nouvelles initiatives pour 2024.

La Belgique n'est d'ailleurs pas encore entrée en récession.

beter geweest om een specifieke hulp voor de energiekosten te organiseren in plaats van een algemene vermindering van de patronale bijdragen, waarmee u niet alleen ziekenhuizen, maar ook – soms erg winstgevende – zorginstellingen een cadeau doet. Ze hebben dat echter niet allemaal nodig.

U zegt dat er een recessie is. Ik wil echter benadrukken dat er een recessie in het vooruitzicht is, maar dat er voorlopig nog geen recessie in België is. We hebben trouwens gisteren nog het heugelijke nieuws gekregen dat onze Belgische bedrijven het zeer goed doen en ongeziene winsten hebben gemaakt op de beurs in het tweede kwartaal van dit jaar.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

41 Questions jointes de
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture de services 112" (55030949C)
- Nicolas Parent à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les missions d'intervention d'urgence à Ampsin et Libramont" (55031250C)
41 Samengevoegde vragen van
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van 112-centra" (55030949C)
- Nicolas Parent aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De spoedeisende hulp door het Rode Kruis vanuit Ampsin en Libramont" (55031250C)

41.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): *Monsieur le Ministre, la décision de fermer deux centres 112 de la Croix-Rouge le 31 décembre prochain, à Libramont et Ampsin, a été prise par le conseil d'administration et ils annoncent que d'autres centres en Wallonie pourraient fermer faute de financement suffisant de la part du SPF santé publique.*

Le sous-financement des services médicaux d'urgence a déjà été soulevé lors de la crise Covid, le problème était préexistant mais ne fait que s'aggraver. La décision de fermer des services santé «non rentables» pose sévèrement question en termes de droit à la santé, d'accessibilité, de marchandisation de la santé. Au-delà de ces considérations, c'est toute une population qui est victime de cette décision.

Quels contacts avez-vous pris avec la Croix-Rouge et quelle solution structurelle peut-elle se dessiner?

41.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): *De 112-centra van het Rode Kruis in Libramont en Ampsin sluiten de deuren op 31 december. Andere Waalse centra zouden kunnen volgen bij gebrek aan een toereikende financiering door de FOD Volksgezondheid.*

De onderfinanciering van de hulpdiensten is nog verergerd door de coronacrisis. Het sluiten van niet-rendabele diensten werpt de vraag op van het recht op gezondheid en de mercantilisering van de gezondheid.

Welke contacten hebt u hierover gehad met het Rode Kruis, en is er een structurele oplossing in zicht?

41.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, avant tout, je crois qu'il faut savoir que la Croix-rouge s'est accordée sur la mise en place d'un moratoire d'un an afin de maintenir les activités du 112 de Libramont et d'Ampsin jusqu'à la fin de 2023.

Je peux également vous confirmer que, lors du conclave budgétaire, j'ai pu débloquer des budgets importants pour une opération de sauvetage de l'aide médicale urgente. Il s'agit d'une fonction essentielle des pouvoirs publics, qui est sous-financée de façon

41.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het Rode Kruis heeft een moratorium afgekondigd om de activiteiten van de noodcentrale 112 van Libramont en Ampsin in stand te houden tot eind 2023. Tijdens het begrotings-conclaaf heb ik budgetten uitgetrokken om de dringende

catastrophique, comme l'a également montré une analyse étoffée de mon administration.

Très concrètement, en 2023, un surplus ponctuel de 14,2 millions d'euros sera ajouté au budget de l'aide médicale urgente. Cet ajout portera l'enveloppe totale pour 2023 à 91,19 millions d'euros. Le but de cette première augmentation est de compenser la forte inflation et la hausse du nombre d'interventions.

De cette manière, nous voulons garantir la valeur du point de permanence; et donc aussi la subvention de permanence des services d'ambulance.

En 2024, le budget de l'aide médicale urgente connaîtra une augmentation structurelle de 69,18 millions d'euros. Cette augmentation du budget sera liée à la publication d'un arrêté royal d'agrément qui sera élaboré sur la base d'une note conceptuelle examinée au sein du Conseil national des secours médicaux d'urgence. Le refinancement de l'aide médicale urgente est donc associé à un renforcement de la qualité de la prestation de service.

À partir de 2024, l'enveloppe annuelle totale de l'aide médicale urgente s'élèvera à 146,17 millions d'euros. De plus, en 2024, l'administration va adapter le mécanisme de financement de l'aide médicale urgente. La subvention d'activation sera calculée sur la base d'un prix fixe par kilomètre, et non plus sur la base d'une distance moyenne annuelle par trajet. Cela me semble beaucoup plus équitable et efficace.

En 2025, le budget augmentera une deuxième fois, moyennant l'adoption d'un arrêté royal sur l'agrément du PIT (*paramedical intervention team*). Cette deuxième revalorisation du budget ajoutera 93,5 millions d'euros, ce qui portera l'enveloppe annuelle totale de l'aide médicale urgente en 2025 à 239,67 millions d'euros.

Cette augmentation du budget est également assortie de conditions, à savoir un ancrage structurel et un arrêté d'agrément pour le PIT.

Je chargerai également le Conseil national de rédiger un plan d'action global, dans le cadre d'un déploiement et d'une planification optimaux des services EMS, SMUR, PIT, ambulances et *first medical responders*, et ce, conformément au *Manuel belge de la régulation médicale*.

C'est un vaste plan de garantie de qualité, y compris des conditions de travail, de financement et d'organisation. Comme je l'ai déjà expliqué, on s'approche doucement des élections et je veux que ceci soit bien réglé et soudé avant les élections. Ainsi, même s'il y a une longue période de négociation et d'affaires courantes - espérons que ce ne soit pas le cas mais sait-on jamais -, le secteur sera vraiment mis sur pied de façon robuste pour les années à venir.

geneeskundige hulpverlening (DGH) te redden. De financiering van die essentiële dienst was totaal ondermaats.

In 2023 wordt er een bijkomend budget van 14,2 miljoen euro uitgetrokken voor de DGH, wat de totale enveloppe op 91.190.000 euro brengt. Zo moeten de inflatie en het gestegen aantal interventies ondervangen worden. We willen de waardevolle permanentie veiligstellen, net als de subsidie voor de permanentie van de ambulancediensten.

In 2024 zal het budget structureel stijgen met 69.180.000 euro. Er zal een erkennings-KB opgesteld worden op basis van een conceptnota die in de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening wordt besproken. De herfinanciering wordt dus gekoppeld aan een grotere kwaliteit van de prestatie. De jaarlijkse enveloppe zal 146.170.000 euro bedragen. De administratie zal het financieringsmechanisme aanpassen: de activeringssubsidie zal berekend worden op basis van een vaste prijs per kilometer en niet langer op basis van een gemiddelde jaarlijkse afstand per traject.

In 2025 zal het budget nog eens met 93,5 miljoen euro stijgen na de goedkeuring van een koninklijk besluit tot erkenning van het Paramedical intervention team (PIT). De jaarlijkse enveloppe zal dan 239.670.000 euro bedragen. Die stijging is gekoppeld aan voorwaarden: een structurele verankering en een erkennings-KB voor het PIT.

Ik zal de Nationale Raad de opdracht geven om een alomvattend actieplan uit te werken voor de uitrol en planning van de DGH-diensten, in overeenstemming met de *Belgische handleiding voor de medische regulatie.*

Dit grootschalige plan van aanpak moet ook de kwaliteit van de arbeids-, financierings- en organisatievoorwaarden waarborgen. Ik wil dat alles vóór de verkiezingen geregeld is zodat de sector een stevige basis heeft voor de komende jaren.

41.03 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse qui est vraiment engageante à tous niveaux, à la fois d'un point de vue budgétaire et organisationnel. C'est quelque chose qu'on attendait. Je trouve aussi remarquable que, de manière concertée, on ait une politique fédérale qui vienne aussi renforcer des besoins aux niveaux régionaux dans des situations qui sont vraiment critiques car cela participe de la politique de santé publique en général. Je pense que nous aurons encore l'occasion d'en discuter lors de la présentation de votre note de politique générale.

41.03 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Dat is een bemoedigend antwoord. Het is opmerkelijk dat het federale beleid er middels overleg in slaagt om in kritieke situaties tegemoet te komen aan de noden op gewestelijk vlak. Dat maakt onlosmakelijk deel uit van een beleid inzake volksgezondheid.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

42 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cancer du sein et l'exposition aux polluants de l'air" (55030956C)
42 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Borstkanker en de blootstelling aan luchtvervuiling" (55030956C)

42.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, selon une étude de chercheurs du centre de lutte contre le cancer Léon-Bérard à Lyon, 1 à 7 % des cancers du sein auraient pu être évités si les patientes n'avaient pas été exposées à des polluants environnementaux. Il s'agit d'une étude de plus qui souligne à nouveau le coût d'un mauvais environnement sur la santé*
.
Les chercheurs ont pu établir un lien entre l'exposition chronique – à faible dose – aux polluants atmosphériques et le risque du cancer du sein. Sur les huit polluants de l'air étudiés, six d'entre eux sont classés comme cancérogènes pour l'homme par le Centre international de recherche su le cancer (Circ), cinq sont mis en cause dans l'augmentation du risque de la maladie.

Par exemple le NO2 ou dioxyde d'azote, principalement émis par le trafic routier, augmente le risque de cancer du sein d'environ 9 % chez les femmes les plus exposées aux polluants. Les particules (PM10) et les particules fines (PM2.5) issues des secteurs des chantiers et de l'industrie manufacturière augmentent, elles, de 13 % le risque.
La qualité de l'air reste donc un levier majeur pour contribuer à une meilleure santé pour tous.

Monsieur le ministre, ces recherches fournissent des outils aux autorités publiques et politiques en charge de la santé et de l'environnement, quelles mesures sont proposées afin de réduire ce risque pour les personnes qui sont le plus exposées à ces polluants?

42.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): *Volgens een in Lyon uitgevoerde studie zou 1 tot 7 % van de borstkankers voorkomen kunnen worden door de patiëntes niet bloot te stellen aan luchtvervuiling. Zes van de acht onderzochte luchtverontreinigende stoffen zijn carcinogeen en vijf ervan zouden het risico op de ziekte verhogen.*

Het stikstofdioxide afkomstig van het wegverkeer verhoogt het risico op borstkanker met 9 % en de fijne deeltjes (PM10) en het fijnstof (PM2,5) afkomstig van bouwplaatsen en van de verwerkende nijverheid verhogen het risico met 13 %.

De luchtkwaliteit is dus een hefboom om de gezondheid te verbeteren.

Welke maatregelen worden er voorgesteld om het risico dat de meest aan die luchtverontreinigende stoffen blootgestelde personen lopen, te

42.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Hennuy, permettez-moi, tout d'abord, de présenter brièvement les derniers éléments du plan cancer européen, initié par la Commission européenne en février 2021.

C'est une initiative phare et multisectorielle. Tous les départements de la Commission européenne ont contribué à son élaboration. Il contient un ensemble d'actions et de mesures législatives à mettre en place ou à approuver avant la fin de la législature, vers 2024, au niveau européen. La Commission travaille en collaboration avec les États membres pour sa mise en œuvre.

Parmi les initiatives prévues dans le cadre du plan cancer, l'une concerne particulièrement la qualité de l'air dans le but d'avoir un alignement entre les seuils européens et les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en la matière (*WHO Global Air Quality Guidelines*). Cette initiative sera publiée en 2023. La Belgique veillera à ce que les enjeux de la santé publique soient dûment pris en considération et guident les négociations.

En outre, dans le cadre du plan cancer européen, la Commission européenne est en train de préparer l'amendement de la directive sur les carcinogènes et mutagènes prévu vers 2025.

La réduction des polluants à la source est cruciale pour réduire le volume des polluants dans l'air et leur impact sur la santé. Les résultats de l'étude XENAIR à laquelle vous faites référence suggère que la réduction des concentrations des polluants de l'air a le potentiel de contribuer à la prévention du cancer du sein.

De plus, l'effet perturbateur endocrinien potentiel de ces polluants devrait être mieux pris en compte. Des mesures de diminution de l'exposition de la population belge aux perturbateurs endocriniens sont envisagées dans le Plan d'action national sur les perturbateurs endocriniens (NAPED) adopté en juin par tous les ministres belges de la Santé et de l'Environnement. Il propose notamment des actions de sensibilisation et d'information à destination des autorités et du grand public mais aussi des possibilités de recherches scientifiques complémentaires du même type que celles menées en France.

Il est également important de pouvoir identifier les zones et les populations les plus exposées à ce danger et de se fixer des objectifs de réduction qui tiennent compte de ces disparités. Le projet ELLIS financé par BELSPO et développé par un consortium réunissant Sciensano et plusieurs universités est très intéressant car il cartographie les inégalités sur la base d'un index de déprivation incluant à la fois la santé et l'environnement.

Enfin, outre les politiques européennes en Belgique, les politiques publiques portées par ma collègue Zakia Khattabi, la ministre fédérale de l'Environnement et du Climat, mais aussi par mon collègue, Georges Gilkinet, ministre de la Mobilité, ainsi que par les ministres régionaux concernés par ces matières oeuvrent à réduire la pollution de l'air.

Je vous invite éventuellement à contacter mes collègues afin de

verminderen?

42.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het Europees kankerbestrijdingsplan, dat door alle departementen van de Commissie werd uitgewerkt, bevat acties en wetgevende maatregelen die goedgekeurd moeten worden voor het einde van de legislatuur, tegen 2024. De Commissie werkt hier samen met de lidstaten aan.

Een van de initiatieven strekt ertoe de Europese drempelwaarden en de aanbevelingen van de WHO voor de luchtkwaliteit te harmoniseren. België zal erop toezien dat die uitdagingen op het stuk van de volksgezondheid de leidraad zullen vormen voor de onderhandelingen.

De Commissie zal de richtlijn inzake de carcinogene of mutagene agentia amenderen.

De aanpak van de emissie van verontreinigende stoffen bij de bron is cruciaal voor de gezondheid. Volgens de XENAIR-studie draagt de vermindering van de concentraties van lucht-verontreinigende stoffen bij aan de preventie van borstkanker. Er zou meer rekening moeten worden gehouden met hormoon-verstorende effect van die stoffen.

Het nationaal actieplan hormoon-verstoorders (NAPED) strekt ertoe onze blootstelling aan hormoon-verstoorders terug te schroeven. In dat plan wordt er voorgesteld om de autoriteiten en het grote publiek te sensibiliseren en te informeren en onderzoeken zoals die in Frankrijk te laten uitvoeren.

De meest blootgestelde zones en bevolkingsgroepen moeten geïdentificeerd worden en men moet reductiedoelstellingen bepalen. Het ELLIS-project brengt de ongelijkheden in kaart op basis van een index waarin gezondheid en milieu opgenomen zijn.

prendre connaissance des dernières mesures en la matière.

Last but not least is het beleid van de federale en de gewestministers voor Leefmilieu en Mobiliteit erop gericht de luchtvervuiling terug te dringen.

Ik nodig u uit om daarover contact op te nemen met mijn collega's.

42.03 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse exhaustive.

Nous arrivons à la fin de la campagne "Octobre rose", et le cancer du sein reste la première cause de cancer dans le monde. On parle souvent de détection précoce, de dépistage, de recherches sur le traitement, et c'est bien évidemment indispensable. Néanmoins, il faut surtout travailler sur les mesures préventives, celles qui font en sorte qu'on ne tombe pas malade et qui réduisent réellement le risque de cancer.

Parmi ces mesures, vous avez notamment évoqué la qualité de l'air et les perturbateurs endocriniens. Cela nous amène à être plus ambitieux et à nous fixer des objectifs de santé publique qui doivent nous permettre d'engager plusieurs secteurs dans la politique de la santé. Par ailleurs, ces mesures doivent nous permettre d'orienter nos recherches non seulement sur les traitements, mais aussi sur les causes, et d'avoir un dialogue plus objectif qui nous permette de nous engager dans des réformes beaucoup plus dures, notamment en matière d'interdiction de substances nocives, afin de pouvoir aborder le cancer différemment.

42.03 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Borstkanker blijft wereldwijd de meest voorkomende vorm van kanker. Vroegtijdige opsporing, screening en onderzoek zijn van essentieel belang, maar er moet vooral werk gemaakt worden van preventieve maatregelen.

Er moeten ambitieuzere doelen nagestreefd worden op het vlak van volksgezondheid, waardoor verschillende sectoren bij het gezondheidsbeleid betrokken worden.

We moeten ons onderzoek toespitsen op de oorzaken en we moeten strenge hervormingen doorvoeren waardoor schadelijke stoffen verboden worden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

43 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hoogpathogene vogelgriep" (55030976C)
43 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La grippe aviaire hautement pathogène" (55030976C)

43.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, vogelgriep circuleert volop bij wilde vogels, maar ook bij meerdere pluimveehouderijen. Het zou daarbij gaan om een hoogpathogeen vogelgriepvirus. Bovendien zou het tot heden de grootste uitbraak in Europa zijn, waarbij er meer dan 2.400 uitbraken zijn vastgesteld, verspreid over 37 Europese landen.

Op de website van het FAVV vinden we informatie en richtlijnen over het vogelgriepvirus. Er is ook een infolijn actief waarop burgers dode vogels kunnen melden. Wanneer we die informatie evenwel vergelijken met de website van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) of van het ECDC, dan valt op dat de informatie op de website van het FAVV nogal karig is, vooral met betrekking tot het risico van zoönosen.

Op de website van het ECDC wordt specifiek gewezen op het belang van pandemieplannen en van training en simulatieoefeningen voor het geval er overdracht zou optreden van dier op mens. Op de website

43.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Aujourd'hui, nous sommes confrontés à ce qui est peut-être le plus grand foyer de grippe aviaire que nous ayons connu. Le virus hautement pathogène touche non seulement les oiseaux sauvages mais aussi plusieurs exploitations avicoles. Il est frappant de constater combien les informations et directives sur le virus sont rares, surtout en ce qui concerne le risque de zoonoses, alors que les Pays-Bas mettent l'accent sur l'importance des plans de pandémie, de la formation et des exercices de simulation pour le cas où le virus se transmettrait de

van Sciensano is er helemaal geen geüpdatete versie te vinden van de recente vogelgriepuitbraken en het potentiële risico van zoönosen.

Op welke manier zijn wij voorbereid op zoönosen? Is er een pandemieplan klaar of zijn er meerdere plannen? Worden er simulatieoefeningen en trainingen ingepland? Zo ja, wie wordt daarbij betrokken en wanneer?

Hoe komt het dat noch het FAVV, noch Sciensano op hun website duidelijke richtlijnen geeft om zoönosen te voorkomen?

Wordt er systematisch gescreend op de overdracht van vogelgriep van dier op mens? Op welke manier wordt dat aangepakt?

43.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, binnen mijn bevoegdheid kan ik u alleen de informatie van Sciensano geven. U hebt ook vragen voor het FAVV, dat onder de bevoegdheid van minister Clarinval valt. U zult zich daarvoor dus tot hem moeten richten.

Preventie en controle van infectieziekten vormen bovendien een bevoegdheid van de regionale overheden. Influenza van dierlijke oorsprong is in de drie gewesten een verplicht aan te geven infectieziekte. De richtlijnen van de regionale overheden omvatten uitgebreide algemene maatregelen om de overdracht van vogelgriep naar risicogroepen, bijvoorbeeld in pluimveebedrijven of laboratoria, te vermijden, en specifieke maatregelen die genomen moeten worden bij een persoon met een mogelijke infectie.

Daarnaast volgt de Risk Assessment Group van Sciensano voortdurend mogelijke bedreigingen voor de volksgezondheid op en maakt ze regelmatig een risico-inschatting als er signalen zijn dat de volksgezondheid mogelijk bedreigd wordt.

Deze risico-inschattingen worden telkens opgesteld in samenwerking met externe experts en de betrokken overheden en de aanbevelingen worden overgemaakt aan de Risk Management Group. In de periode 2013-2022 werd zes keer een risico-inschatting opgesteld voor griep van dierlijke oorsprong, meestal naar aanleiding van signalen uit het buitenland.

Sciensano omvat het Nationaal Referentielaboratorium voor aviaire influenza, het Nationaal Referentiecentrum influenza en de diensten veterinaire epidemiologie en epidemiologie van infectieziekten. Sciensano staat in voor de capaciteit om een diagnose te stellen bij mens en dier en voor de actieve en passieve bewaking van de Belgische fokkerijen, en sinds 2022 ook voor het opzetten van een actieve surveillance bij asymptomatische personen met verhoogd risico.

U vraagt waarom noch het FAVV, noch Sciensano duidelijke richtlijnen geeft. Wel, het zijn de regionale agentschappen voor infectieziektecontrole die de richtlijnen opstellen en beslissen over de te nemen maatregelen. De richtlijnen voor Vlaanderen zijn te vinden op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid. De website van het Nationaal Referentielaboratorium voor aviaire influenza van Sciensano beschrijft het aantal recente besmettingen van dieren in de pluimveesector. Dat vindt u ook terug op de website van Sciensano.

l'animal à l'homme. Dans quelle mesure sommes-nous préparés à cette éventualité?

43.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mes compétences se limitent à Sciensano. Pour toute information de l'AFSCA, je renvoie au ministre Clarinval. La prévention et le contrôle des maladies infectieuses relèvent, en outre, de la compétence des autorités régionales.

Les directives des autorités régionales comportent des mesures générales étendues pour éviter la transmission de la grippe aviaire, ainsi que des mesures spécifiquement destinées aux personnes potentiellement infectées. C'est également la raison pour laquelle l'AFSCA et Sciensano ne donnent pas de directives claires. Entre 2013 et 2022, le Risk Management Group (RMG) de Sciensano a reçu six estimations de risque de grippe d'origine animale, la plupart du temps à la suite de notifications en provenance de l'étranger.

Le RMG a formulé un certain nombre de recommandations, dont le suivi systématique des personnes en contact avec des foyers de grippe aviaire dans le cadre de leur activité professionnelle. Les autorités régionales étaient d'accord avec ces principes et sont en train de déterminer leurs priorités et leurs méthodes de travail.

Dans le cadre de la surveillance de la grippe aviaire, les virus isolés sur des volailles et sur des animaux en liberté sont soumis à

U vraagt of er systematisch gescreend wordt op de overdracht van vogelgriep van dier op mens. In februari 2020 werd door Sciensano een *risk assessment* van H5N1 aviaire influenza in zoogdieren voorgesteld aan de Risk Management Group. Een van de aanbevelingen betrof het opzetten van een systematische opvolging van personen die beroepsmatig betrokken zijn bij aviaire influenzahaarden zoals de veehouder, zijn familie, personen die werken op het bedrijf, de dierenarts, inspecteurs en ruimingsploegen. De regionale overheden gingen akkoord met de principes van de surveillance en bepalen momenteel hun prioriteiten en werkwijzen onder de coördinatie van Sciensano, dat op basis daarvan het protocol van de opvolging opstelt.

In het kader van de bewaking van aviaire influenza door het NRLAI worden de bij pluimvee en in het wild levende dieren geïsoleerde virussen vanuit genomisch oogpunt gekarakteriseerd. Een studie van gekende moleculaire markers die verband houden met een verhoogd risico van zoönotische overdracht wordt uitgevoerd op een aantal gerichte virussen, zoals deze die uit vossen werden geïsoleerd.

In samenwerking met het NRC influenza en het Europees referentielaboratorium aviaire influenza wordt het zoönotisch potentieel van deze stammen geëvalueerd door kweek op menselijke gevoelige cellen.

Ziedaar de antwoorden die ik kan geven binnen mijn in dezen enigszins gelimiteerde bevoegdheden.

une caractérisation génomique. Le potentiel zoonotique de ces souches est évalué par le biais de cultures sur des cellules humaines sensibles.

43.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de bevoegdheidskwesties helpen zelden om duidelijkheid te scheppen in zulke zaken. De zoönose an sich zit volgens mij echt op het niveau van het FAVV en Sciensano. Ze hebben daar op zijn minst een rol te spelen. Het verbaasde me dat er zo weinig informatie te vinden is over de mogelijke overdracht van dieren op mensen. Ik ben van mening dat hoe meer er daarover geïnformeerd wordt en hoe meer mensen zich daarvan bewust zijn, hoe kleiner de kans is dat er iets misloopt.

U weet wellicht ook dat België eigenlijk een hoogrisicoregio is voor het ontstaan van zoönose omdat er een grote bevolkingsdichtheid is in combinatie met een grote veestapel. Dat kan overdracht in de hand werken.

Het moet dus goed gescreend worden, zowel door de regio's als door de federale overheid. Het is niet juist om het af te schuiven op een bevoegdheidsverdelingskwestie. Vlaanderen zal zijn rol daarin spelen, net als de andere regio's, maar het kan geen kwaad om zulke informatie ook op te nemen in de websites van zowel het FAVV als Sciensano.

43.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Selon moi, les maladies zoonotiques entrent clairement dans le champ de compétence de l'AFSCA et de Sciensano. Je suis étonnée que l'on trouve si peu d'informations sur la transmission de l'animal à l'homme. Il me paraît pourtant important que des informations circulent à ce sujet. La Belgique est une région à haut risque d'émergence de maladies zoonotiques en raison de la forte densité de population combinée à un cheptel important. Les régions et l'État fédéral doivent y être attentifs. Les régions joueront leur rôle, mais les informations doivent également figurer sur les sites de Sciensano et de l'AFSCA.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

44 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028" (55030982C)
44 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie interfédérale en matière de consommation nocive d'alcool 2023-2028" (55030982C)

44.01 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, in 2021 heeft de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid opnieuw de opdracht toevertrouwd aan de Algemene Cel Drugsbeleid om een interfederale strategie inzake het schadelijk gebruik van alcohol uit te werken. Het doel is daarbij om in overleg een gemeenschappelijke strategie uit te werken tegen het schadelijk gebruik van alcohol.

In de ontwerpversie van 23 maart 2022 staat er een duidelijk tijdpad. Dit gaat over het valideren van de beleidsdoelstellingen, hoofdlijnen en prioritaire domeinen. Er komt een hoorzitting van deskundigen. Er komt een elektronische bevraging van de federaties en koepelorganisaties. Ten slotte zal de interfederale strategie worden gevalideerd.

Kunt u een stand van zaken geven van het tijdpad? Denkt u nog steeds de interfederale strategie te kunnen valideren in november of december van dit jaar, zoals oorspronkelijk gepland?

Welke federaties en koepelorganisaties werden geconsulteerd? Wat zijn de tussentijdse conclusies van deze raadplegingen?

In de ontwerptekst staat te lezen dat de strategie zich zal wijden aan het voorkomen van de eerste consumptie van alcohol of minstens aan uitstel van de leeftijd waarop die eerste consumptie plaatsvindt. Uit een Ipsosstudie bleek dat zeven Belgen op tien voorstander zouden zijn van het verhogen van de leeftijd voor alcoholconsumptie. Bent u van plan die minimumleeftijd te harmoniseren of te verhogen? Waarom wel of niet?

44.01 **Mieke Claes** (N-VA): Quel est l'état d'avancement de la stratégie interfédérale en matière de consommation nocive d'alcool? Pourra-t-elle encore être validée en novembre ou décembre 2022? Quelles fédérations et organisations faîtières ont-elles été consultées? Quelles sont les conclusions intermédiaires? Le ministre a-t-il l'intention de modifier l'âge minimum pour la consommation d'alcool?

44.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Claes, de werkgroep Alcohol binnen de Algemene Cel Drugsbeleid is reeds goed gevorderd met de opmaak van een interfederale strategie. Enkele laatste elementen moeten nog bediscussieerd worden. Het gaat dan over de alcoholmarketing, de verkoopplaatsen en dergelijke meer. Er is natuurlijk ook nog discussie over de leeftijdsgrens en wat daarmee moet gebeuren.

Veel elementen zijn een federale bevoegdheid. Het is dus belangrijk dat ik binnen de federale regering ook een duidelijk mandaat heb. Ik hoop dat eerstdaags te kunnen krijgen.

Indien de Algemene Cel Drugsbeleid het ontwerp van strategie kan goedkeuren op 8 november, wordt daarna de tekst bezorgd aan de federaties en koepelorganisaties voor input en review. Het is aan de geïnteresseerde kabinetten om de federaties en koepelorganisaties aan te duiden die geconsulteerd zullen worden. Voor mij gaat het in elk geval om de koepelorganisaties in de zorg voor personen met een alcoholprobleem.

De bedoeling is nog steeds om de tekst voor te leggen aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid tegen het einde van het jaar, want wij willen dat de strategie ingaat in 2023.

Vermits we op de valreep staan van het moment waarop we echt knopen moeten doorhakken, federaal en interfederaal, ga ik nu liever niet in op de inhoudelijke issues die u aanhaalde. Ik hoop echter dat we toch zullen kunnen uitpakken met een consistent en realistisch

44.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le groupe de travail Alcool au sein de la Cellule générale de Politique en matière de Drogues (CGPD) a bien avancé en ce qui concerne la stratégie interfédérale. Le marketing en matière d'alcool, les points de vente et l'âge minimum doivent notamment encore être abordés. De nombreux aspects relevant du fédéral, j'espère recevoir prochainement un mandat clair du gouvernement. Si la CGPD adopte le projet de stratégie le 8 novembre, le texte sera ensuite soumis aux fédérations et organisations faîtières pour suggestion et révision. L'objectif est toujours de pouvoir présenter le texte à la Réunion Thématique Drogues d'ici fin 2022, car nous souhaitons que la stratégie prenne effet en 2023. Étant donné que plusieurs problèmes doivent encore être réglés, je préfère ne pas m'attarder sur le contenu

plan tegen overdreven en schadelijk gebruik van alcohol, om dat vervolgens begin 2023 te kunnen implementeren.

aujourd'hui.

44.03 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, als ik het vergelijk met het vooropgestelde tijdpad, zie ik toch een serieuze vertraging. Dan stel ik me de vraag of het meningsverschil binnen Vivaldi over het al dan niet optrekken van de leeftijdsgrens daar misschien mee te maken heeft. Het zou bijzonder jammer zijn als het plan daardoor op de lange baan geschoven zou worden. U haalt aan dat begin 2023 haalbaar is, maar als ik het vooropgestelde tijdschema bekijk, heb ik daar mijn twijfels bij. Ik hoop het plan snel te kunnen zien. Dank u wel.

44.03 **Mieke Claes** (N-VA): Je constate néanmoins un sérieux retard. Celui-ci est-il dû aux divergences de vues au sein de la Vivaldi à propos de l'âge limite? Il me semble peu réaliste de réaliser les choses pour début 2023. J'espère que le plan sera présenté sous peu.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

45 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De voedselconsumptiepeiling 2022" (55030983C)
45 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'enquête de consommation alimentaire 2022" (55030983C)

45.01 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan is zoals we weten opgebouwd rond vijf strategische krachtlijnen. De vierde krachtlijn gaat over de monitoring en de voedselconsumptiepeilingen.

Zo stond er voor 2022 een voedingsenquête op de agenda, in samenwerking met Sciensano en de deelgebieden. Wij begrijpen dat het veldwerk tot midden 2023 zal plaatsvinden. De eerste rapporten kunnen dan eind 2023 of in de loop van 2024 verwacht worden volgens Sciensano.

Zoals eerder gezegd loopt het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan van 2021 tot 2030. Het werd nog niet formeel gevalideerd. Hoe zult u rekening houden met de resultaten van de enquête en het nieuwe plan, die pas eind 2023 verwacht worden?

In welke mate kan er achteraf nog bijgestuurd worden aan de hand van de resultaten van de enquête?

45.01 **Mieke Claes** (N-VA): Le Plan Fédéral Nutrition Santé, qui court de 2021 à 2030, s'articule autour de cinq axes stratégiques, dont le quatrième concerne le contrôle et les enquêtes de consommation alimentaire. Ainsi, une enquête alimentaire était prévue en 2022. Le Plan n'a pas encore été validé formellement.

Comment le ministre tiendra-t-il compte des résultats de l'enquête, eu égard au fait qu'ils ne sont attendus que fin 2023? Dans quelle mesure sera-t-il encore possible de rectifier le tir a posteriori à l'aide de ces résultats?

45.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De voedselconsumptiepeiling voor 2022, die momenteel door Sciensano wordt uitgevoerd, is van cruciaal belang voor ons voedingsbeleid, zowel federaal als op het niveau van de gefedereerde entiteiten.

Daar de jongste enquête van 2014 dateert, was het nodig opnieuw een representatieve bevraging van de bevolking te doen. Mijn administratie is betrokken bij de begeleidingscommissie en de wetenschappelijke commissie van de Sciensano-enquête 2022-2025. Ik ben dus heel benieuwd naar de eerste resultaten die dit onderzoek zal opleveren, ook voor mijn beleid.

Het is duidelijk dat men een Federaal Voedings- en Gezondheidsplan moet opstellen, rekening houdend met alle elementen. De resultaten van de voedselconsumptiepeiling zijn daar een heel belangrijk onderdeel van. Ze zullen zeker een invloed hebben op hoe wij onze prioriteiten bepalen.

45.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'enquête de consommation alimentaire 2022, que Sciensano est en train de réaliser, est cruciale pour notre politique alimentaire, tant sur le plan fédéral qu'au niveau des entités fédérées. La dernière enquête remonte à 2014, et c'est pourquoi une nouvelle consultation représentative de la population était nécessaire. Je suis particulièrement intéressé de connaître les premiers résultats, également dans la perspective de ma politique. Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire sont essentiels pour un

Ik meen dat het belangrijk is dat wij zo goed mogelijk aan de behoeften van de bevolking voldoen om een goede bijdrage te kunnen leveren aan de verbetering van de eetgewoonten. Ik spreek natuurlijk binnen het kader van de federale bevoegdheden: de herformulering van voedsel, de etikettering, de marketing, de belastingen enzovoort.

Plan Fédéral Nutrition Santé et auront certainement une influence sur la fixation de nos priorités dans le cadre de nos compétences fédérales.

45.03 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, eigenlijk bevestigt u de opmerking dat het een beetje vreemd is dat er al aan het plan gewerkt wordt terwijl we nog een hele tijd moeten wachten op de resultaten van de enquête.

45.03 **Mieke Claes** (N-VA): Il est tout de même un peu étrange de déjà élaborer le Plan alors que les résultats de l'enquête se feront attendre pendant un certain temps encore.

45.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik meen dat wij het parallel moeten zien. Zo'n plan vertrekt vanuit grote strategische assen. Dan wordt het verder geconcretiseerd. Ik meen dat we niet moeten wachten met het updaten van onze strategische assen.

Ik denk dat we zo snel mogelijk de resultaten van de voedsel-consumptiepeiling moeten gebruiken. Indien ik zou zeggen dat ik zal wachten, dan zou u nog ongelukkiger zijn.

45.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il convient de considérer cela en parallèle. Un tel Plan s'appuie sur de grands axes stratégiques et est concrétisé plus avant par la suite. Nous ne devons pas attendre la finalisation de ces axes mais exploiter le plus rapidement possible les résultats de l'enquête de consommation alimentaire.

45.05 **Mieke Claes** (N-VA): Dat klopt, maar ik heb daarmee nog geen antwoord gekregen op mijn tweede vraag over hoe het plan eventueel bijgestuurd zal worden eens de resultaten bekend zijn.

45.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is steeds hetzelfde. U mag een regering ondervragen over haar intenties, maar ze moet daar helemaal niet op antwoorden. Ik kan u daar nog geen antwoord op geven. Wij spreken daarover, interfederaal en federaal. Ik kan er niet op vooruitlopen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

46 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onderbenutting van het budget voor de terugbetaling van diëtiekverstrekkingen" (55030984C)
46 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sous-utilisation du budget relatif au remboursement des prestations de diététique" (55030984C)

46.01 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, vorige week lazen wij nog in de media dat een kleuter op de vier, een kind op de zes en een tiener op de negen met overgewicht of obesitas kampen.

Sinds 1 april 2020 bestaat de regelgeving waardoor de behandeling door een diëtist van kinderen met overgewicht of obesitas wordt terugbetaald. In uw beleidsnota voor 2022 verklaarde u bovendien prioritaire aandacht te zullen geven aan een zorgtraject voor kinderen met obesitas.

Mevrouw Van Camp heeft voor de zomer cijfermateriaal opgevraagd. Daaruit bleek dat slechts 5,8 % van het budget van 5 miljoen euro voor die laagdrempelige trajecten werd gebruikt sinds de invoering ervan in 2020. Dat is in mijn ogen een grote gemiste kans, aangezien

46.01 **Mieke Claes** (N-VA): De plus en plus d'enfants en bas âge, d'enfants et d'adolescents sont en surpoids. Depuis 2020, les soins diététiques sont remboursés pour les enfants en surpoids, mais seulement 5,8 % du budget ont été utilisés.

Comment ce budget a-t-il été établi? Pourquoi a-t-il été sous-utilisé? Des mesures seront-elles prises pour mieux faire connaître le remboursement aux médecins

de trajecten bijzonder veel potentieel hebben.

Het is heel belangrijk dat kinderen en jongeren voldoende info over en kennis van gezonde en gevarieerde voeding hebben. De ouders dragen daarbij uiteraard de grootste verantwoordelijkheid. Ook de diëtist kan echter een cruciale rol spelen.

Het begeleidingstraject van maximaal twee jaar is erg laagdrempelig, aangezien de patiënt slechts een klein deel van de kosten moet betalen. Het traject kan de basiskennis verhogen, de gewichts-toename stabiliseren en gezondheidsproblemen, zowel fysiek als mentaal, op latere leeftijd voorkomen.

Ik begrijp natuurlijk dat nieuwe maatregelen het eerste jaar wel vaker worden onderbenut. Uiteraard zijn ook consultaties uitgesteld door de coronapandemie. Echter, een benutting van 5,8 % is wel erg laag, zeker aangezien u in uw beleidsnota voor 2022 prioritaire aandacht gaf aan een zorgtraject voor kinderen met obesitas.

Waarop baseert het RIZIV zich om het initiële budget op 5 miljoen euro te begroten?

Wat kunnen, gezien de erg lage benutting, andere redenen zijn dan het effect van de coronapandemie en het feit dat nieuwe maatregelen het eerste jaar vaak onderbenut worden?

Onderneemt u acties om de terugbetalingstrajecten bekender te maken bij bijvoorbeeld huisartsen of het grote publiek? Indien ja, welke acties zijn dat dan?

Welke lessen trekt u uit het feit dat Vlaanderen 72 % van de verstrekkingen voor zijn rekening neemt, hoewel het slechts 60 % van de bevolking vertegenwoordigt?

Neemt het aantal terugbetaalde verstrekkingen nu wel toe sinds 1 januari 2022? Zo ja, met hoeveel nemen ze toe?

généralistes et au grand public?

46.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Claes, het budget van 5 miljoen euro voor dieetbegeleiding van kinderen en jongeren is destijds bepaald vanuit de redenering dat er ongeveer 1,7 miljoen kinderen in de leeftijdsklasse van 6 tot 17 jaar zijn en dat een vijfde daarvan, dus 340.000 kinderen, met overgewicht of obesitas kampt. Er werd ook rekening mee gehouden dat niet alle betrokken kinderen tegelijkertijd een dieetbegeleidingstraject zouden starten.

Met het budget kunnen jaarlijks 28.824 kinderen of 8,48 % van de doelgroep een dieetbegeleidingstraject starten en kunnen nog eens 28.824 kinderen in hetzelfde jaar het tweede jaar van het tweejarige dieetbegeleidingstraject volgen.

De onderbenutting is in het algemeen te wijten – u moet dit niet als een excuus opvatten – aan de tijd die nodig is voor nieuwe maatregelen om bekend en ingeburgerd te raken bij voorschrijvers en patiënten. Wat de dieetbegeleiding van kinderen en jongeren betreft, moeten de verstrekkingen worden voorgeschreven door huisartsen en pediaters. Voordat de ziekteverzekering tussenkwam in deze dieetbegeleiding, werd dergelijke dieetbegeleiding door huisartsen en

46.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: À l'époque, le budget a été déterminé en fonction du nombre d'enfants en surpoids. Il a été tenu compte de la possibilité que tout le monde n'accepte pas l'offre. Le budget permet à 8,48 % du groupe cible d'entamer un parcours d'accompagnement diététique chaque année et au même nombre, de suivre une deuxième année du parcours de deux ans.

La sous-utilisation du budget est due au temps dont les prescripteurs et les patients ont besoin pour prendre connaissance des nouvelles mesures. Les médecins généralistes n'ont pas l'habitude de prescrire un

pediaters vermoedelijk weinig voorgeschreven wegens de kosten voor de patiënt en diens ouders. Daardoor hadden huisartsen en pediaters vermoedelijk niet de gewoonte om dergelijke dieetbegeleiding voor de kinderen en jongeren die ze opvolgen, te overwegen en voor te schrijven.

Ook bij de kinderen en ouders is dieetbegeleiding momenteel niet ingeburgerd. Als huisartsen en pediaters deze dieetverstrekkingen willen voorschrijven, zullen ze dikwijls in de praktijk patiënten en ouders moeten motiveren om die te volgen. Vermoedelijk zijn patiënten en hun ouders niet altijd gemotiveerd voor dergelijke begeleiding, misschien uit vrees voor verandering in hun levensstijl, die de begeleiding van het hele gezin vraagt. Mogelijk zullen voorschrijvers hun patiënten en hun ouders maar frequenter motiveren voor het volgen van een dergelijke begeleiding nadat ze hebben gemerkt dat deze maatregelen bij bepaalde patiënten die ze opvolgen, tot goede resultaten hebben geleid.

Men kan dus veronderstellen dat het meerdere jaren duurt vooraleer dieetbegeleiding voor kinderen met overgewicht of obesitas ingeburgerd raakt en dergelijke maatregel op kruissnelheid komt. Het feit dat de maatregel van kracht is geworden tijdens de COVID-19-crisisperiode, toen niet-dringende zorg massaal werd uitgesteld, heeft zeker ook niet bijgedragen tot snel succes.

Op dit ogenblik zijn er geen acties gepland om de maatregel inzake dieetbegeleiding voor kinderen en jongeren meer bekendheid te geven bij huisartsen, pediaters en het brede publiek. Binnen het RIZIV werkt een transversale werkgroep momenteel wel rond het uitbouwen van een globaal zorgtraject voor kinderen met obesitas, dat meer omvat dan de huidige dieetbegeleiding. Voor het uitbouwen van het globaal zorgtraject voor kinderen met obesitas is nogmaals een budget van 5 miljoen euro uitgetrokken. Mogelijk zal het uitbouwen van dat globaal zorgtraject, waarvan de krachtlijnen nog niet vastliggen, impulsen geven om ook meer gebruik te maken van de mogelijkheden inzake dieetbegeleiding.

Dat Vlaanderen 72 % van de verstrekkingen vertegenwoordigt, kan erop wijzen dat dit sneller wordt opgepikt in Vlaanderen dan in Franstalig België. Ik meen echter dat wij ook in Vlaanderen nog met een onderbenutting zitten.

Op basis van de uitgaven in de eerste zeven maanden van 2022 blijft het aantal dieetbegeleidingsverstrekkingen voor kinderen en jongeren ongeveer gelijk. In de eerste zeven maanden van 2021 waren er 6.076 dieetbegeleidingsverstrekkingen voor kinderen en jongeren met overgewicht. Die zijn geboekt door de verzekeringsinstellingen. In de eerste zeven maanden van 2022 waren er 6.072 verstrekkingen.

Ik meen dat een echte doorbraak er moet komen door het globaal zorgtraject voor kinderen met obesitas, waaraan nu gewerkt wordt. Ik meen dat er gewoon wat tijd nodig is om dit tot een succes te brengen.

46.03 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u bezig bent met een globaal zorgtraject. Ik meen dat dit echt wel wenselijk is, gelet op de problematiek. Ik kijk daar heel erg naar uit en zal het ook heel goed opvolgen.

accompagnement diététique et les patients et leurs parents doivent être encouragés à changer leur mode de vie. Il est possible qu'il faille plusieurs années avant que cette mesure n'atteigne sa vitesse de croisière. Le fait que la mesure soit entrée en vigueur pendant la crise du Covid-19 n'a certainement pas contribué à un succès rapide.

Pour les enfants souffrant d'obésité, l'INAMI planche sur un trajet global de soins comprenant des mesures plus larges que l'actuel accompagnement diététique. Un budget supplémentaire de 5 millions d'euros a été dégagé à cet effet.

46.03 **Mieke Claes** (N-VA): Un trajet de soins global est souhaitable. En attendant la mise en œuvre d'un trajet global, le suivi

Intussen moeten wij het natuurlijk doen met het traject dat nu voorhanden is. Ik wil er toch nog voor pleiten dat u initiatieven neemt om de bekendheid een beetje op te krikken.

U had het over de motivatie bij de patiënten, bij de kinderen, bij de ouders. Mijn ervaring leert mij dat binnen dat traject de motivatie heel groot is. De ouders zijn heel dankbaar als zij weten dat zij in aanmerking komen voor een traject en dat de kostprijs zeer beperkt is. De meeste ouders en kinderen zijn daar heel dankbaar voor. Het traject heeft echt zijn nut al bewezen.

Ik wil dus toch opperen dat u tot het zorgtraject bestaat meer initiatief neemt voor de bekendmaking van het huidige traject.

diététique est l'option qui s'offre aux patients. Je voudrais néanmoins insister pour que des initiatives visant à promouvoir cette option soient prises. Généralement, la motivation des parents est grande lorsqu'ils apprennent qu'ils peuvent bénéficier d'un trajet qui ne leur coûte presque rien.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter heeft ons moeten verlaten voor een andere vergadering. Ook andere leden hebben gevraagd hun vragen uit te stellen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

47 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van het Rekenhof over Sciensano" (55031000C)
47 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport de la Cour des comptes concernant Sciensano" (55031000C)

47.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, verleden jaar stelde ik u vragen over het rapport van het Rekenhof dat vernietigend was voor de boekhouding van Sciensano voor het jaar 2020. U gaf toen aan dat er een verbetertraject zou worden opgestart.

In het nieuwe rapport worden er opnieuw veel problemen vastgesteld. De bedrijfsrevisor heeft een oordeelonthouding geformuleerd omdat er niet kon worden nagegaan of de correcties in de rekeningen volledig waren en of de afgrenzing van sommige rubrieken klopte. De raad van bestuur heeft de jaarrekening ook niet formeel goedgekeurd.

Met een aantal correcties ten opzichte van vorige boekjaren is er geen verlies, maar zonder die correcties zou er een verlies zijn van meer dan 5 miljoen euro, waarbij de activiteiten die aan de basis liggen van dat verlies niet kunnen worden geïdentificeerd. Er is ook geen interne auditdienst, terwijl dat wel zou moeten.

Sciensano is een vrij recente instelling, waardoor er wellicht nog een aantal kinderziektes zijn, maar het aantal bemerkingen, problemen en aanbevelingen die door het Rekenhof worden geformuleerd, is toch bijzonder hoog.

Is er volgens u voldoende verbetering geboekt ten opzichte van het vorige rapport? Indien niet, wat hebt u ondernomen of zult u nog ondernemen om de zaken ten goede te keren? Is er een tijdslijn afgesproken met Sciensano om de problemen aan te pakken? Kunt u dat toelichten?

Er zijn twee toezichthoudende ministers, u en minister Clarinval. Hebt

47.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): L'an dernier, la Cour des comptes a remis un rapport accablant quant à la comptabilité de Sciensano pour l'année 2020. Dans son nouveau rapport, la Cour constate à nouveau de nombreux problèmes.

Le ministre estime-t-il que des progrès suffisants ont été faits depuis le rapport précédent? Dans la négative, qu'entreprendra-t-il pour rectifier le tir? S'est-il concerté avec l'autre ministre de tutelle, M. Clarinval et quel a été le résultat de cette concertation? Est-il bien opportun que cette tutelle soit confiée à deux ministres?

Le ministre fera-t-il procéder à un audit thématique afin d'analyser le fonctionnement de Sciensano durant la crise du coronavirus?

u overlegd met uw collega over deze problematiek? Wat is de conclusie van dat overleg? Vindt u het opportuun dat er twee bevoegde ministers zijn?

Ten slotte, eerder vroeg ik u al om een thematische audit uit te voeren van de werking van Sciensano tijdens de covidcrisis. Gezien de centrale rol die de instelling speelt tijdens een pandemie is het van belang om deze eerste testcase goed te analyseren, zodat lessen kunnen worden getrokken en sterktes en zwaktes kunnen worden geduid. Zult u die opdracht geven?

47.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de opmerkingen van het Rekenhof dienen te worden bekeken in een specifieke context.

U hebt zelf ook gezegd dat Sciensano een recent opgericht instituut is, het resultaat van een fusie tussen twee zeer oude instellingen, elk met hun eigen gewoontes met betrekking tot hun eigen beheer. Sciensano heeft slechts anderhalf jaar de tijd gehad voor de pandemie uitbrak, om die fusie te realiseren.

De financiële en budgettaire aspecten zijn slechts enkele van de vele aspecten die in rekening dienden te worden gebracht tijdens de fusie. Ik denk dat de werking van Sciensano gedurende de crisis wel heeft getoond dat de fusie qua slagkracht een succes is.

Samen met mijn beleidscel neem ik het rapport van het Rekenhof heel ernstig, maar een financieel deskundige blik toont dat er geen disfunctionering is in het instituut op het boekhoudkundige vlak.

Mijn beleidscel staat permanent in contact met Sciensano om de evolutie van het financieel en budgettair beheer te analyseren.

Ik denk dat Sciensano ondanks de crisis een aantal projecten heeft kunnen opzetten die binnenkort zullen eindigen en die een voorbeeld van efficiënt beheer zijn. Er is bijvoorbeeld een monitoring van de personeelskosten gerealiseerd, evenals de implementatie van een PMO-tool en een project van *activity-based costing,* dat ons in staat zal stellen om een gedetailleerde analytische boekhouding op te stellen.

Bijkomend is Sciensano ook gestart met een project over de prioritering van alle activiteiten en projecten. Dat zijn er ongeveer 750. Dat is dus een gigantische opdracht. Dat wordt allemaal gerealiseerd met opvolging door mijn beleidscel. Ik meen dat dit wel aantoont welke inspanningen het instituut moet leveren, terwijl het niet eenvoudig is om financieel deskundige experts voor een publieke instelling aan te werven. Dat heeft met verloning te maken.

Wanneer al deze projecten gerealiseerd zullen zijn, laten we zeggen midden 2023, zullen de meeste opmerkingen van het Rekenhof afgehandeld zijn. Een gedeelte van deze opmerkingen wordt ook al specifiek behandeld, onder meer in samenspraak met de FOD BOSA. De twee bevoegde kabinetten staan voortdurend in contact en volgen de evolutie van Sciensano, wat wij gezamenlijk ondersteunen in verschillende dossiers. De dubbele voogdij komt ook perfect overeen met de missies die door de wet aan Sciensano zijn toevertrouwd.

47.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les remarques de la Cour des comptes doivent être resituées leur contexte spécifique. La création de Sciensano est d'ailleurs récente et résulte de la fusion de deux très vieilles institutions, dont chacune avait ses propres habitudes en matière de gestion. Sciensano n'a disposé que d'un an et demi pour réaliser cette fusion, après quoi la pandémie s'est déclarée. Durant la crise, il s'est d'ailleurs avéré que cette fusion était positive en termes de capacité d'action.

Je prends le rapport de la Cour des comptes très au sérieux mais il n'est pas question de dysfonctionnements au niveau de la comptabilité.

Malgré la crise, Sciensano a pu lancer un certain nombre de projets qui sont des illustrations d'une gestion efficace. Ainsi, un monitoring des coûts du personnel est prévu et une méthode d'*activity-based costing* nous permettra d'établir une comptabilité analytique détaillée. Sciensano va également prioriser systématiquement l'ensemble de ses 750 activités et projets.

L'institut doit fournir des efforts considérables, alors qu'il n'est pas facile de recruter des experts financiers pour une institution publique.

Lorsque tous les projets seront réalisés, à la mi-2023, la plupart des observations de la Cour des comptes auront été traitées. Un certain nombre de commentaires

Overigens evalueert Sciensano op dit moment ook de eigen rol in de crisis. Dat is een evaluatie die zowel intern als extern door een onafhankelijke firma wordt gemaakt.

ont déjà été traités en concertation avec le SPF BOSA.

Les deux cabinets compétents entretiennent des contacts permanents et assurent un suivi de l'évolution de Sciensano. La double tutelle à laquelle Sciensano est soumise s'inscrit parfaitement dans le cadre des différentes missions confiées à l'institut par la loi.

À la demande de Sciensano, le rôle de l'institut dans la crise fait actuellement l'objet d'une évaluation par une société indépendante.

47.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik heb zeker begrip voor het feit dat het een moeilijke periode is geweest, dat het een nog jonge instelling is en dat de fusie niet gemakkelijk is geweest. Er zijn zeker verzachtende omstandigheden. Het is echter wel belangrijk dat er vooruitgang wordt geboekt over de opmerkingen die vorig jaar werden gemaakt. Ik begrijp dat dit het geval is. Ik kijk uit naar de afronding van de lopende projecten halverwege 2023. Ik zal hier dan zeker op terugkomen.

Ik heb niet gehoord of er ook een interne auditdienst zal worden ingesteld. Ik hoor dat er wel een evaluatie bezig is van de rol die zij in de crisis hebben gespeeld. Kunt u mij nog zeggen wanneer we daarvan een verslag mogen verwachten?

47.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Il existe certainement des circonstances atténuantes, mais des progrès doivent être réalisés.

Un service d'audit interne sera-t-il également mis en place? Quand pourrions-nous obtenir un rapport d'évaluation?

47.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Als u wilt, kan ik u daarover eventueel een mail laten sturen, als men mij daarop een antwoord kan geven. Ik zal het navragen.

47.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je vais me renseigner et je vous répondrai par courriel.

47.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dan houd ik het mee in de gaten, dank u.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55031003C van mevrouw Gijbels en vraag nr. 55031075C van mevrouw Gijbels worden ingetrokken.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.39 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18 h 39.