

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

BEKNOPT VERSLAG

Commission de la Santé et de l'Égalité des
chances

Commissie voor Gezondheid en Gelijke
Kansen

Mardi

21-03-2023

Après-midi

Dinsdag

21-03-2023

Namiddag

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

Abréviations dans la numérotation des publications :		Afkortingen bij de nummering van de publicaties :	
DOC 55 0000/000	Document parlementaire de la 55 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 55 0000/000	Parlementair stuk van de 55 ^e 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 beigegekleurd papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants	Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Commandes :	Bestellingen :
Place de la Nation 2	Natieplein 2
1008 Bruxelles	1008 Brussel
Tél. : 02/ 549 81 60	Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be	www.dekamer.be
e-mail : publications@lachambre.be	e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Question de Robby De Caluwé à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Collège de Cardiologie" (55034978C)

Orateurs: **Robby De Caluwé, Frank Vandebroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sédation au moyen de gaz hilarant" (55034979C)

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandebroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité de B-FAST" (55035012C)

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandebroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures prises pour éviter les abus dans l'usage du fentanyl" (55035023C)

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

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement de la *task force* shortages de l'AFMPS et l'indisponibilité de médicaments" (55035037C)

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

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi de la campagne de vaccination contre le covid" (55035039C)

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

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport d'expert relatif au nouveau plan de rémunération des médecins généralistes" (55035045C)

INHOUD

Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het College Cardiologie" (55034978C)

Sprekers: **Robby De Caluwé, Frank Vandebroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Lachgassedatie" (55034979C)

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandebroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inzetbaarheid van B-FAST" (55035012C)

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandebroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maatregelen tegen fentanylmisbruik" (55035023C)

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

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van de taskforce shortages van het FAGG en de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen" (55035037C)

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

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de covidvaccinatiecampagne" (55035039C)

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

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het deskundigenverslag over het nieuwe plan voor de vergoeding van de huisartsen" (55035045C)

<i>Orateurs:</i> Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contrôle interne au sein du SPF Santé publique" (55035069C)	8	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De interne controle bij de FOD Volksgezondheid" (55035069C)	8
<i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les drones médicaux d'urgence" (55035081C)	10	Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Drones die ingezet worden voor dringende geneeskundige hulpverlening" (55035081C)	10
<i>Orateurs:</i> Benoît Piedboeuf , président du groupe MR, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Benoît Piedboeuf , voorzitter van de MR-fractie, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'inclusion dans le maximum à facturer de la psychothérapie remboursée pour les jeunes" (55035168C)	11	Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Terugbetaalde psychotherapie voor jongeren in de maximumfactuur" (55035168C)	11
<i>Orateurs:</i> Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le droit à l'oubli dans le cadre de la sclérose en plaques" (55035170C)	12	Vraag van Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "MS-patiënten en het recht om vergeten te worden" (55035170C)	12
<i>Orateurs:</i> Daniel Bacquelaine, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Daniel Bacquelaine, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation budgétaire de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie" (55035171C)	12	Vraag van Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De budgettaire situatie van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie" (55035171C)	12
<i>Orateurs:</i> Daniel Bacquelaine, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Daniel Bacquelaine, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Marianne Verhaert à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le gaz hilarant" (55035108C)	13	Vraag van Marianne Verhaert à Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Lachgas" (55035108C)	13
<i>Orateurs:</i> Marianne Verhaert, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Marianne Verhaert, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le futur Institut des soins de santé" (55035173C)	15	Vraag van Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Toekomstinstituut van de Gezondheidszorg" (55035173C)	15
<i>Orateurs:</i> Dominiek Snelpe, Frank		<i>Sprekers:</i> Dominiek Snelpe, Frank	

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

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

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Strategic Scientific Committee" (55035226C)

16 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Strategic Scientific Committee" (55035226C)

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

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

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité des centrales d'appel de médecine de garde" (55035174C)

17 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De operationaliteit van de oproepcentrales voor de huisartsenwachtdiensten" (55035174C)

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

Sprekers: **Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du méthylphénidate pour les patients adultes souffrant du TDAH" (55035231C)

18 Vraag van Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van methylfenidaat voor volwassen ADHD-patiënten" (55035231C)

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

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

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procédure d'intégration des applications mHealth" (55035240C)

18 Vraag van Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De procedure voor de integratie van mHealth-apps" (55035240C)

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

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

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de la garde en médecine générale" (55035093C)

19 Vraag van Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de huisartsenwachtdiensten" (55035093C)

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

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

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'extension de la gratuité des soins dentaires jusqu'au 19ème anniversaire" (55035095C)

22 Vraag van Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Gratis tandzorg tot de 19de verjaardag" (55035095C)

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

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

Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La suppression de la notice papier pour les médicaments" (55035105C)

22 Vraag van Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afschaffing van de papieren bijsluiter voor geneesmiddelen" (55035105C)

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

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

Questions jointes de	24	Samengevoegde vragen van	24
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres de traitement du cancer du sein non agréés" (55035227C)	24	- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-erkende borstkankercentra" (55035227C)	24
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement du cancer du sein" (55035239C)	24	- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van borstkanker" (55035239C)	24
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fin du remboursement des soins dans les cliniques du sein non agréées" (55035286C)	24	- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het niet langer terugbetalen van borstkankerzorg in niet-erkende borstklinieken" (55035286C)	24
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cliniques du sein" (55035346C)	24	- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De borstklinieken" (55035346C)	24
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fin du remboursement dans les cliniques du sein non agréées" (55035383C)	24	- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het einde van de terugbetaling in niet-erkende borstcentra" (55035383C)	24
<i>Orateurs:</i> Frieda Gijbels, Steven Creyelman, Catherine Fonck , présidente du groupe Les Engagés, Sophie Rohonyi, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Frieda Gijbels, Steven Creyelman, Catherine Fonck , voorzitter van de Les Engagés-fractie, Sophie Rohonyi, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 21 MARS 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 21 MAART 2023

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 06 sous la présidence de Mme Kathleen Depoorter.

Le texte en italiques est un résumé de la question préalablement déposée.

01 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Collège de Cardiologie" (55034978C)

01.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Le Collège de Cardiologie joue un rôle essentiel dans l'élaboration d'une politique efficace en matière de santé et de médecine cardiovasculaires. À cette fin, il faut que le Collège soit composé de manière équilibrée, avec des représentants des différentes disciplines cardiovasculaires, des programmes de soins et des hôpitaux généraux et universitaires.

Le Collège de Cardiologie est-il actuellement pleinement constitué? Quand les mandats seront-ils renouvelés? Le Collège publiera-t-il de nouveau un rapport annuel pour 2022 et les années suivantes, et ce, par discipline? De quelle manière le Collège est-il associé à la politique en matière de santé cardiovasculaire?

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Les Collèges de médecins ont été créés sur la base de l'arrêté royal du 15 février 1999, qui détermine également les tâches qu'ils doivent accomplir. Au fil des ans, ces tâches ont été définies de manière différente en fonction de la discipline en question. Différentes évolutions survenues au cours des 25 dernières années ont également influencé l'éventail de tâches. Ainsi, la répartition des compétences a été modifiée dans le cadre de la sixième réforme de l'État et les tâches initiales des Collèges ont dû être adaptées à la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.06 uur en voorgezeten door mevrouw Kathleen Depoorter.

De cursieve tekst is een samenvatting van de tekst die de vraagsteller vooraf heeft ingediend.

01 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het College Cardiologie" (55034978C)

01.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Het College van Cardiologie speelt een essentiële rol in de vormgeving van een doeltreffend beleid inzake cardiovasculaire gezondheid en geneeskunde. Daartoe dient het College op een evenwichtige manier te zijn samengesteld, met vertegenwoordigers van de verschillende cardiovasculaire disciplines, de zorgprogramma's en de algemene en universitaire ziekenhuizen.

Is het College van Cardiologie momenteel volledig samengesteld? Wanneer worden de mandaten opnieuw vernieuwd? Zal het College voor 2022 en de volgende jaren opnieuw een jaarrapport per discipline uitbrengen? Op welke manier wordt het College betrokken bij het beleid inzake cardiovasculaire gezondheid?

01.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): De colleges van geneesheren zijn opgericht op basis van het KB van 15 februari 1999, dat eveneens bepaalt welke taken zij moeten uitvoeren. In de loop der jaren zijn die taken afhankelijk van de discipline op een uiteenlopende manier ingevuld. Diverse evoluties in de afgelopen 25 jaar hebben het takenpakket ook beïnvloed. Zo is de bevoegdheidsverdeling bij de zesde staatshervorming gewijzigd en moeten de initiële opdrachten van de colleges worden afgestemd op de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

C'est pourquoi nous avons décidé de ne pas renouveler, à ce stade, la composition du Collège de Cardiologie. Nous souhaitons d'abord mener une réflexion approfondie sur son rôle, y compris par rapport à celui des associations scientifiques.

L'incident est clos.

02 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sédation au moyen de gaz hilarant" (55034979C)

02.01 Frieda Gijbels (N-VA): Le ministre a affirmé que le recours à la sédation au protoxyde d'azote dans le cadre de traitements dentaires n'était possible que dans des hôpitaux. Une recherche sur internet montre cependant que ce produit est souvent utilisé chez les dentistes. Alors que des avis ont été formulés il y a plusieurs années, le recours à la sédation au gaz hilarant ne fait encore l'objet d'aucun cadre légal.

Le ministre a-t-il connaissance de traitements réalisés sous ce type de sédation dans des cabinets dentaires? Peut-il indiquer le nombre de cabinets concernés et préciser s'il existe un cadre, si une formation est requise, si celle-ci fait l'objet de contrôles, si un remboursement est prévu et si des accidents ont déjà été recensés avec de telles sédations?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Il est exact qu'il est possible de trouver en ligne des traitements de sédation au moyen de gaz hilarant. J'ai demandé à mon administration d'examiner plus en détail ce phénomène. Le cadre y afférent a été défini par la "loi qualité" de 2019 concernant la sédation et l'anesthésie par anxiolyse. Le respect des exigences de qualité est contrôlé par un comité de surveillance.

Un remboursement n'est possible que pour des prestations spécifiques figurant à l'article 5 de la nomenclature et moyennant des conditions claires: si ces prestations ont été effectuées en milieu hospitalier, si l'anesthésie est pratiquée par un médecin spécialiste agréé en anesthésiologie et à condition que l'état général du patient constitue une indication médicale formelle pour ce mode de traitement.

Ces cinq dernières années, l'on a enregistré huit signalements de traitements sous sédation ayant le gaz hilarant comme principe actif. À l'exception d'un signalement faisant état d'une perte de conscience, les autres signalements ne sont pas considérés comme sérieux.

Om die reden hebben we beslist om de samenstelling van het College van Cardiologie nu niet te vernieuwen. We willen ons eerst grondig bezinnen over zijn rol, ook in verhouding tot die van de wetenschappelijke verenigingen.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Lachgassedatie" (55034979C)

02.01 Frieda Gijbels (N-VA): De minister stelde dat het gebruik van lachgassedatie bij tandheelkundige behandelingen enkel mogelijk is in ziekenhuizen. Een zoekopdracht op internet leert dat dit echter al vaak gebruikt wordt bij tandartsen. Hoewel er een aantal jaren geleden adviezen zijn geformuleerd, bestaat er over het gebruik van lachgassedatie nog geen wettelijk kader.

Is de minister op de hoogte van behandelingen onder lachgassedatie in tandartspraktijken? Kan hij verdere toelichting geven over om hoeveel praktijken het gaat, of er een kader is, of er een opleiding vereist is en of deze gecontroleerd wordt, of er in terugbetaling voorzien wordt en of er hiermee reeds ongelukken zijn gebeurd?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het klopt dat men online behandelingen met lachgassedatie vindt. Ik heb mijn administratie gevraagd verder te onderzoeken of dit wel kan. Het kader dat hierop van toepassing is, is vastgelegd in de kwaliteitswet van 2019 inzake anxiolyse-sedatie en –anesthesie. De naleving van de kwaliteitseisen wordt gecontroleerd door een toezichtscommissie.

Een terugbetaling is maar mogelijk voor specifieke verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur en onder duidelijke voorwaarden: indien deze verstrekkingen werden uitgevoerd in een ziekenhuismilieu, indien de anesthesie wordt verricht door een arts die erkend is als specialist in de anesthesiologie en op voorwaarde dat de algemene toestand van de patiënt een formele medische indicatie vormt voor deze behandelingswijze.

De afgelopen vijf jaar zijn er acht meldingen geregistreerd met lachgas als actief bestanddeel voor behandelingen onder sedatie. Behalve één melding waarbij er sprake was van bewustzijnsverlies, worden de andere meldingen als niet-ernstig beschouwd.

La nomenclature est encadrée. Le médicament ne peut être délivré que par la pharmacie hospitalière et utilisé en milieu hospitalier. L'avis de 2018 n'a pas fait l'objet d'un suivi ultérieur, mais j'ai demandé à mon administration de vérifier si une modification de la réglementation est nécessaire.

Er bestaat een kader in de nomenclatuur. Het geneesmiddel mag enkel door de ziekenhuisapothek worden afgeleverd en in een ziekenhuis gebruikt. Het advies van 2018 is niet verder opgevolgd maar ik heb mijn administratie gevraagd na te gaan of een wijziging van de reglementering nodig is.

02.03 Frieda Gijbels (N-VA): Il est souhaitable que les traitements sous sédation au protoxyde d'azote soient possibles en soins ambulatoires, mais toujours dans le cadre légal. Une formation et un contrôle de celle-ci sont essentiels. Une surveillance du dosage correct de protoxyde d'azote et d'oxygène est également nécessaire. Ces questions préoccupent beaucoup les universités flamandes. L'Académie belge de dentisterie pédiatrique demande un arrêté ministériel concrétisant le cadre. Ce cadre est en effet nécessaire pour pouvoir contrôler les traitements et intervenir lorsqu'ils ne sont pas appliqués correctement.

02.03 Frieda Gijbels (N-VA): Het is wenselijk dat behandeling onder lachgassedatie in ambulante praktijken mogelijk is, zij het steeds binnen het wettelijk kader. Een opleiding met een daaraan verbonden controle is essentieel. Ook op de juiste dosering van lachgas en zuurstof is er toezicht nodig. Hiervoor zijn de Vlaamse universiteiten zeer bezorgd. De Belgische Academie voor Pediatrische Tandheelkunde vraagt een ministerieel besluit dat het kader concretiseert. Dit is immers nodig om de behandelingen te kunnen opvolgen en in te grijpen wanneer ze niet correct worden toegepast.

Est-il déjà possible de faire appel au comité de surveillance?

Kan men nu al beroep doen op het toezichtscomité?

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité de B-FAST" (55035012C)

03 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inzetbaarheid van B-FAST" (55035012C)

03.01 Frieda Gijbels (N-VA): L'hôpital de campagne de B-FAST a été remis aux autorités turques. Disposons-nous encore d'un hôpital de campagne désormais? En effet, il a été encore dit récemment que B-FAST se concentrerait sur le déploiement d'un hôpital de campagne et d'installations d'épuration des eaux. L'achat d'un nouvel hôpital de campagne est-il envisagé? Quels sont le budget et le calendrier prévus à cet effet? De quels autres équipements disposons-nous? Le nouvel hôpital de campagne obtiendra-t-il une accréditation de l'Organisation mondiale de la santé? Qu'en est-il de l'installation d'épuration des eaux?

03.01 Frieda Gijbels (N-VA): Het veldhospitaal van B-FAST werd overgedragen aan de Turkse autoriteiten. Beschikken wij dan nog over een ander veldhospitaal? Er werd immers onlangs nog gezegd dat B-FAST zich zou concentreren op het ontplooiën van een veldhospitaal en waterzuiveringsinstallaties. Wordt een aankoop van een nieuw veldhospitaal overwogen? Wat is daarvoor het budget en de tijdlijn? Welke apparatuur bezitten wij alsnog? Zal het nieuwe veldhospitaal een accreditering van de Wereldgezondheidsorganisatie krijgen? Hoe zit het met de waterzuiveringsinstallatie?

L'équipe B-FAST a-t-elle déjà assisté à la réunion de bilan? Quelles leçons devons-nous tirer de cette mission?

Is het B-FAST-team al gedebriefd? Welke lessen moeten we uit deze missie trekken?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): L'ensemble de l'hôpital de campagne de B-FAST a été déployé en Turquie. Le module de l'hôpital de campagne doit être reconstruit avant de pouvoir être redéployé. Avec mon administration, j'étudie les modalités d'achat d'un nouvel hôpital de campagne. Le module d'épuration des eaux est resté en Turquie, mais il pourra être redéployé très prochainement.

03.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het volledige veldhospitaal van B-FAST is ingezet in Turkije. De module veldhospitaal dient opnieuw opgebouwd te worden, alvorens ze weer inzetbaar is. Ik onderzoek samen met mijn administratie de modaliteiten voor de aankoop van een nieuw veldhospitaal. De module waterzuivering is in Turkije gebleven, maar zal op zeer korte termijn opnieuw inzetbaar zijn.

Une grande partie du matériel a été laissée sur place, tandis que des appareils plus onéreux, tels que ceux à rayons X, sont rapatriés en Belgique. Mon administration s'emploie à certifier l'hôpital de campagne. Son fonctionnement a d'ailleurs été très admiré sur le plan international.

Un débriefing de l'équipe qui a été envoyée en Turquie est prévu dans les mois à venir. Il va de soi que les enseignements tirés à cette occasion seront abordés en détails.

03.03 Frieda Gijbels (N-VA): Je comprends tout à fait que l'hôpital de campagne ait été donné étant donné les dégâts subis par les infrastructures hospitalières sur place. Toutefois, nous devons être conscients que d'autres catastrophes peuvent encore survenir et que l'équipe de B-FAST doit pouvoir être mobilisée à tout moment.

L'incident est clos.

04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures prises pour éviter les abus dans l'usage du fentanyl" (55035023C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Le fentanyl est un analgésique délivré uniquement sur ordonnance. Certains toxicomanes récupèrent toutefois les patchs usagés de fentanyl dans les déchets hospitaliers. Le ministre envisage-t-il de nouveau une collecte des patchs usagés?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Je renvoie à ma réponse à la question en tous points identiques, portant le n° 55033966C et posée par Mme Vanpeborgh le 7 mars 2022.

L'incident est clos.

05 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement de la task force shortages de l'AFMPS et l'indisponibilité de médicaments" (55035037C)

05.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Le 7 mars 2023, les ampoules de Ledertrexate n'étaient pas disponibles en raison d'une interruption de la commercialisation. Une indisponibilité critique est évoquée pour les ampoules de Budesonide. Est-il exact qu'une dérogation a été accordée indûment à Pfizer? Quelles suites le ministre réservera-t-il à cette erreur? Va-t-il remédier à cette situation? Dans quel délai?

Les ampoules de Budesonide sont toujours

Een groot deel van het materiaal werd ter plaatse achtergelaten, maar duurdere apparaten, zoals x-stralenapparatuur, worden terug naar België gebracht. Mijn administratie werkt aan de certificatie van het veldhospitaal. Voor diens werking is er internationaal trouwens zeer veel waardering.

Een debriefing van het team dat meeding naar Turkije, wordt in de loop van de volgende maanden ingepland. Uiteraard zullen de *lessons learned* bij die gelegenheid grondig besproken worden.

03.03 Frieda Gijbels (N-VA): Ik heb alle begrip voor de schenking van het veldhospitaal gelet op de schade aan de ziekenhuisinfrastructuur ter plekke. Toch moeten wij er rekening mee houden dat er nog meer rampen kunnen gebeuren en dat het B-FAST-team altijd moet kunnen worden ingezet.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maatregelen tegen fentanylmisbruik" (55035023C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Fentanyl is een pijnstiller die enkel op voorschrift verkrijgbaar is. Sommige verslaafden vissen echter gebruikte fentanylpleisters uit het afval van ziekenhuizen. Overweegt de minister om gebruikte pleisters weer in te zamelen?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik verwijs naar mijn antwoord op de volledig identieke vraag nr. 55033966C van mevrouw Vanpeborgh van 7 maart 2022.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van de taskforce shortages van het FAGG en de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen" (55035037C)

05.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Op 7 maart 2023 waren de ampullen van Ledertrexate door een onderbreking van de commercialisatie niet verkrijgbaar. Bij ampullen Budesonide heeft men het over een kritieke onbeschikbaarheid. Klopt het dat een foutieve derogatie werd toegestaan aan Pfizer? Welke gevolgen zal de minister geven aan deze fout? Komt er een bijsturing en binnen welke tijdsperiode?

De ampullen Budesonide zijn nog altijd

indisponibles. Le fait d'octroyer tout de même une dérogation n'est-il pas dans l'intérêt du patient? Comment le ministre évalue-t-il le fonctionnement de la *task force* Indisponibilités de l'AFMPS sur la base de ces exemples?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Toute notification d'indisponibilité, d'interruption ou d'arrêt de la commercialisation est évaluée en fonction d'un arbre décisionnel.

En mai 2022, la dernière autorisation a été accordée à Pfizer pour le Ledertrexate (12 flacons de 5 mg), qui pouvait être commercialisé jusqu'en octobre 2022. Sur la base des volumes de vente mensuels communiqués, la société Arega aurait été, en juin 2022, juillet 2022 et à partir de début 2023, la seule société possédant un stock disponible de méthotrexate. Il s'est avéré inopinément que le stock disponible sur le marché était tout de même suffisant. Sur le terrain, l'on a entre-temps opté pour un traitement alternatif, de sorte que la demande pour la forme injectable a diminué considérablement et que les volumes de vente historiques n'étaient plus d'actualité.

L'estimation a été effectuée par l'AFMPS, en concertation avec la société, à l'aide des données disponibles à ce moment-là. L'on examine comment réagir à une telle demande plus faible inattendue. La transition vers les médicaments mentionnés n'était pas prévisible. Je laisse à l'AFMPS le soin d'examiner comment le suivi du système des dérogations peut être amélioré.

L'indisponibilité du budésonide a été jugée critique. Il est ressorti de la *task force* comprenant des experts externes que, dans la plupart des cas, ce médicament était inutilement utilisé pour des indications pour lesquelles il ne joue aucun rôle. En outre, quelques réserves circulaient encore et certaines firmes avaient encore prévu quelques livraisons. La *task force* qui a suivi a révélé que dans les soins de première ligne, le budésonide était principalement utilisé pour des indications telles que la bronchite pour lesquelles il n'est pas spécifique et il existe de meilleurs traitements. À l'époque, les stocks étaient encore suffisants pour couvrir les indications prioritaires définies par la *task force*. Dès lors, une dérogation n'a pas été jugée nécessaire.

Une *task force* ad hoc spécifique peut être mise en place pour chaque indisponibilité critique. Les recommandations qu'elle formulera seront alors spécifiques au médicament en question. Dans la mesure de leurs possibilités et en coopération avec les prestataires de soins de santé sur le terrain, les *task forces* font ce qu'elles peuvent pour que les

onbeschikbaar. Is het toch toewijzen van een derogatie dan niet in het belang van de patiënt? Hoe beoordeelt de minister op basis van deze voorbeelden de werking van de taskforce Onbeschikbaarheden van het FAGG?

05.02 **Minister Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Elke melding van onbeschikbaarheid, onderbreking of stopzetting van commercialisatie wordt op basis van een beslissingsboom geëvalueerd.

In mei 2022 werd de laatste toestemming aan Pfizer gegeven voor Ledertrexate, 12 flacons van 5 mg, die dan tot oktober van 2022 op de markt kon worden gebracht. Op basis van de opgegeven maandelijkse verkoopvolumes zou de firma Arega in juni 2022, juli 2022 en vanaf begin 2023 de enige firma met een beschikbare stock voor methotrexaat geweest zijn. Onverwacht bleek er toch een voldoende stock op de markt te zijn. Op het terrein was men intussen op een alternatieve behandeling overgestapt, waardoor de vraag naar de injecteerbare vorm aanzienlijk was gedaald en de historische verkoopvolumes waren achterhaald.

De inschatting gebeurde door het FAGG in overleg met de firma, met de gegevens die op dat ogenblik beschikbaar waren. Er wordt bekeken hoe aan een dergelijke onverwachte lagere vraag kan worden tegemoetgekomen. De overstap naar de vermelde geneesmiddelen was niet op voorhand te voorzien. Ik laat het FAGG onderzoeken hoe de opvolging van het systeem van de derogaties verder kan worden verbeterd.

De onbeschikbaarheid van budesonide werd als kritiek geëvalueerd. Op de taskforce met externe experts bleek dat het voornamelijk onnodig gebruikt wordt voor indicaties waar het geen rol speelt. Bovendien was nog wat voorraad in omloop en stonden bij sommige firma's enkele leveringen gepland. Bij de daaropvolgende taskforce bleek dat het in de eerstelijnszorg voornamelijk gebruikt wordt voor oneigenlijke indicaties, zoals bronchitis, waarvoor er betere alternatieven beschikbaar zijn. Er was op dat ogenblik wel nog voldoende voorraad voor de prioritaire indicaties die de taskforce heeft bepaald. Een derogatie werd dan ook niet noodzakelijk geacht.

Voor elke kritieke onbeschikbaarheid kan er een specifieke ad-hoc taskforce worden opgericht. De aanbevelingen zijn dan telkens specifiek voor dat welbepaalde geneesmiddel. Binnen hun mogelijkheden doen de taskforces wat ze kunnen om kritieke onbeschikbaarheden beheersbaar te houden, in samenwerking met zorgverleners op het

indisponibilités critiques demeurent gérables.

05.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Cette réponse est hallucinante. Le ministre ne doit pas consulter l'AFMPS; il doit intervenir immédiatement. Il s'agit en effet d'une situation illégale!

L'incident est clos.

06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi de la campagne de vaccination contre le covid" (55035039C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Quels accords ont-ils été conclus sur la clé de répartition entre le fédéral et les entités fédérées concernant les campagnes de vaccination et de rappel pour l'automne et l'hiver prochains? Quel est le calendrier pour leur transfert vers les entités fédérées? Comment le ministre envisage-t-il la gestion du stock stratégique de vaccins et du matériel médical y afférent? Quel est le calendrier de la campagne de vaccination? Quand le contrat avec Movianto expire-t-il? Dans quelle mesure le contrat conclu entre le fédéral et Movianto est-il conforme au principe du quatrième moyen, compte tenu du fait que la réadjudication a eu lieu après la phase pandémique fédérale?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le fédéral a remis aux entités fédérées une proposition de financement, dont il a été discuté lors du Comité de concertation du 15 mars 2023. Aucun accord n'a encore été trouvé à ce sujet, bien que les entités fédérées possèdent une compétence importante en la matière.

Depuis le début de l'année 2023, les entités fédérées étaient censées prendre progressivement en charge l'ensemble de l'organisation de la vaccination contre le covid, y compris la définition de la campagne et la gestion des aspects logistiques, tels que les contrats avec le partenaire logistique. L'achat des vaccins étant toujours négocié à l'échelon européen, le SPF Santé publique demeure le seul interlocuteur en Belgique dans le cadre d'une urgence sanitaire.

Depuis janvier, la *task force* vaccination s'est transformée en une sorte de comité d'achat composé de hauts fonctionnaires de chaque entité fédérée et d'experts en vaccination, sous les auspices du président du SPF Santé publique. Elle est chargée d'assurer le lien entre la Commission européenne et la Belgique en ce qui concerne les vaccins contre le Covid-19, de fournir des avis à nos autorités publiques sur les types et les quantités de vaccins à acheter et de fournir des avis sur toute autre question liée à la vaccination contre le Covid-19.

terrein.

05.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Dit antwoord is hallucinant. De minister moet niet overleggen met het FAGG, maar onmiddellijk ingrijpen. Dit is immers een onwettige toestand!

Het incident is gesloten.

06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de covidvaccinatiecampagne" (55035039C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Welke afspraken zijn er gemaakt over de verdeelsleutel tussen de federale overheid en de deelstaten over de vaccinatiecampagne en de boostercampagnes voor de komende herfst en winter? Wat is de timing voor de overheveling naar de deelstaten? Hoe ziet de minister het beheer van de strategische voorraad van vaccins en bijhorend medisch materiaal? Wat is de timing voor de vaccinatiecampagne? Tot wanneer loopt het contract met Movianto? In hoeverre voldoet het contract tussen de federale overheid en Movianto aan het principe van het vierde middel, rekening houdend met het feit dat de heraanbesteding na de federale pandemische fase gebeurde?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De federale overheid heeft een voorstel bezorgd aan de deelstaten over de financiering, zoals besproken op het Overlegcomité van 15 maart 2023. Daar is nog geen akkoord over bereikt, ondanks het feit dat de deelstaten ter zake een belangrijke bevoegdheid hebben.

Sinds begin 2023 zouden de deelstaten progressief de volledige organisatie van de covidvaccinatie op zich nemen, inclusief het bepalen van de campagne en het beheer van de logistieke vraagstukken, zoals de contracten met de logistieke partner. Aangezien de aankoop van vaccins nog altijd Europees wordt onderhandeld, blijft de FOD Volksgezondheid de enige gesprekspartner in België in de context van een gezondheidsurgentie.

Sinds januari evolueerde de taskforce vaccinatie naar een soort *purchase committee* van leidende ambtenaren uit elke deelstaat en van vaccinatie-experten, onder auspiciën van de voorzitter van de FOD Volksgezondheid. Het staat in voor de link tussen de Europese Commissie en België inzake contracten voor covidvaccins, voor advies aan onze overheden over de types en aantallen aan te schaffen vaccins en voor adviezen over elke andere kwestie inzake covidvaccinatie.

Le président du SPF Santé publique demandera l'avis du National Immunization Technical Advisory Group (NITAG) sur la nécessité, les groupes cibles et le calendrier d'une nouvelle campagne de vaccination.

Un contrat a été conclu avec Movianto pour une durée de trois ans, prolongeable de douze mois sous les mêmes conditions, ce qui veut donc dire: jusqu'à début août 2025 et prolongeable jusqu'à début août 2026.

Dans le cadre du recours introduit par Medista, le Conseil d'État ne parle que de trois moyens. J'ignore donc ce qu'est le quatrième moyen.

Nous devons rester vigilants, même si le potentiel pathogène du variant actuel, en combinaison avec le taux d'immunité élevé de notre population, est plus faible. Un nouveau variant plus agressif peut toujours apparaître, auquel cas nous devrions peut-être adapter la stratégie de vaccination actuelle.

06.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Je n'ai pas obtenu de réponse en ce qui concerne le calendrier pour le transfert vers les entités fédérées. Le quatrième moyen est une disposition que le ministre devrait pourtant connaître: si l'État fédéral conclut un contrat, les entités fédérées doivent avoir l'occasion d'évaluer ce contrat si elles sont censées le reprendre, ce qui n'est possible que dans le cadre d'une politique de crise. Sachant que la réadjudication date de l'été 2022, il est selon moi question d'un vide juridique.

L'incident est clos.

07 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport d'expert relatif au nouveau plan de rémunération des médecins généralistes" (55035045C)

07.01 Laurence Zanchetta (PS): La médecine générale fait face à des défis comme la désertification médicale ou la lourdeur administrative de la profession. Un groupe d'experts vient de rendre des recommandations, parmi lesquelles une nouvelle rémunération avec une part forfaitaire plus importante, le financement de personnel de soutien aux aides administratives ou le financement d'un infirmier à tiers temps à partir de 1 000 dossiers médicaux gérés par le cabinet.

Parmi toutes les recommandations, lesquelles vous

De voorzitter van de FOD Volksgezondheid zal aan de National Immunization Technical Advisory Group (NITAG) advies vragen over de noodzaak, de doelgroepen en de timing van een nieuwe vaccinatiecampagne.

Er is een contract met Movianto voor drie jaar, verlengbaar met twaalf maanden onder dezelfde voorwaarden, met andere woorden: tot begin augustus 2025 en verlengbaar tot begin augustus 2026.

Naar aanleiding van het beroep van Medista spreekt de Raad van State over slechts drie middelen. Ik weet dus niet wat het vierde middel is.

We moeten nog steeds waakzaam blijven, al is het ziekmakend vermogen met de huidige variant en door de hoge immunisatiegraad van onze bevolking minder hoog. Een nieuwe, meer agressieve variant kan altijd opduiken en dan moeten we de huidige vaccinatiestrategie misschien aanpassen.

06.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik heb geen antwoord gekregen inzake de timing voor de overheveling. Het vierde middel is een bepaling die de minister nochtans zou moeten kennen: als de federale overheid een contract aangaat, moeten de deelstaten de kans krijgen dat contract te evalueren als zij geacht worden dat over te nemen, wat enkel kan bij crisisbeleid. Aangezien de heraanbesteding dateert van de zomer van 2022, is er mijns inziens sprake van een juridisch vacuüm.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het deskundigenverslag over het nieuwe plan voor de vergoeding van de huisartsen" (55035045C)

07.01 Laurence Zanchetta (PS): De huisartsengeneeskunde staat voor vele uitdagingen, zoals een schrander wordende instroom van huisartsen en de administratieve rompslomp die het beroep met zich meebrengt. Een groep van experts heeft recent aanbevelingen geformuleerd, waaronder ook een nieuwe vergoeding van de huisartsen. Het forfaitaire gedeelte van die vergoeding zou opgetrokken worden en er zou worden voorzien in de financiering van ondersteunend personeel voor de administratieve taken of in de financiering van een verpleegkundige voor één derde van de werktijd zodra de huisartsenpraktijk 1.000 medische dossiers beheert.

Welke van al die aanbevelingen moeten er volgens

semblent devoir être mises en œuvre? Quel est le budget prévu de la *new deal* envisagée?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): Face à une demande de soins en hausse, les médecins généralistes se sentent surchargés ou n'acceptent plus de nouveaux patients. Le système de paiement à l'acte ne rémunère pas suffisamment le travail en-dehors des contacts avec les patients, et ne permet guère aux cabinets de se diversifier. En outre, les jeunes médecins recherchent un nouvel équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Pour soutenir la médecine générale, j'ai proposé de veiller à une meilleure répartition des médecins généralistes, de réduire les formalités administratives, de faciliter l'accès à un généraliste, d'investir dans un modèle d'organisation qui permet au médecin de mieux prendre en charge ses patients en déléguant des tâches et d'élaborer un modèle de financement permettant de mieux tenir compte de la disponibilité, de la coopération interdisciplinaire, de la continuité et de la qualité des soins, de la prévention et de l'autonomisation.

Le nouveau système de financement est un modèle mixte à trois niveaux, dans lequel les médecins généralistes sont rémunérés à la capitation pour chaque patient ayant une relation de traitement fixe analogue au dossier médical global, à la prestation et par le financement de primes. Les généralistes pourront adhérer volontairement à ce système qui coexistera avec l'ancien.

Des investissements sont également nécessaires dans des profils de soutien, principalement des infirmières et des assistants de pratique.

Un groupe de travail se penchera sur l'implémentation. Le nouveau modèle de financement est neutre sur le plan budgétaire pour une pratique moyenne. Un financement supplémentaire est nécessaire pour les infirmières de pratique. Un budget de 23 millions d'euros est prévu pour l'INAMI à partir de 2024 à cette fin.

07.03 Laurence Zanchetta (PS): La situation doit en effet évoluer. Le covid a mis en évidence les difficultés rencontrées par les généralistes, qui se raréfient dans certaines régions. D'où l'importance d'un soutien administratif pour ces derniers.

L'incident est clos.

08 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé

u in praktijk gebracht worden? Welk budget werd er geoormerkt voor deze geplande *new deal*?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): Door de toenemende vraag naar zorg voelen huisartsen zich overvraagd of nemen ze geen nieuwe patiënten meer aan. Met het systeem van de betaling per verstrekking wordt het werk buiten het patiëntencontact onvoldoende beloond. Daarnaast biedt het de praktijken nauwelijks de mogelijkheid om te diversifiëren. Bovendien zijn de jonge artsen op zoek naar een nieuw evenwicht tussen werk en privéleven.

Om de huisartsengeneeskunde te ondersteunen heb ik voorgesteld voor een betere spreiding te zorgen van de huisartsen, de administratieve rompslomp te verminderen, de toegang tot de huisarts te vergemakkelijken, in een organisatiemodel te investeren dat de arts via een delegatie van de taken in staat stelt beter voor zijn patiënten te zorgen en een financieringsmodel te ontwikkelen dat het mogelijk maakt meer rekening te houden met de beschikbaarheid, de interdisciplinaire samenwerking, de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening, preventie en een grotere autonomie.

Het nieuwe financieringssysteem is een hybride model met drie niveaus, waarin de huisartsen via de capitatiefinanciering, voor elke patiënt met een vaste behandelrelatie, vergelijkbaar met het globaal medisch dossier, de prestatiefinanciering en de premiefinanciering vergoed worden. De huisartsen zullen zich vrijwillig bij dit systeem kunnen aansluiten, dat naast het oude zal bestaan.

Er moet ook geïnvesteerd worden in ondersteunende profielen, voornamelijk verpleegkundigen en praktijkassistenten.

Een werkgroep zal zich buigen over de tenuitvoerlegging. Het nieuwe financieringsmodel is budgetneutraal voor een gemiddelde huisartsenpraktijk. Voor de praktijkverpleegkundigen moet er in extra financiering voorzien worden. Daartoe wordt er vanaf 2024 een budget van 23 miljoen euro gealloceerd voor het RIZIV.

07.03 Laurence Zanchetta (PS): De situatie moet inderdaad evolueren. De coronacrisis heeft duidelijk gemaakt met welke moeilijkheden de huisartsen kampen. In bepaalde gebieden worden huisartsen trouwens steeds schaarser. Het is dan ook belangrijk dat er voor de huisartsen in administratieve ondersteuning voorzien wordt.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en

publique) sur "Le contrôle interne au sein du SPF Santé publique" (55035069C)

08.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Il ressort du rapport d'activités de 2021-2022 du Comité d'audit de l'Administration fédérale (CAAF) que depuis quatre ans déjà, le SPF Santé publique ne publie plus de rapport sur son système de contrôle interne. Mon groupe a déjà réclamé à plusieurs reprises un audit externe du SPF. La pandémie de Covid-19 ne peut servir d'excuse. Par ailleurs, cela fait des années déjà que les comptes annuels de l'INAMI n'ont plus été déposés.

Le ministre peut-il fournir des explications à ce sujet? Comment peut-il garantir à nos concitoyens que ces services fonctionnent correctement?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le SPF Santé publique participe activement à l'audit interne fédéral et à l'audit de la Cour des comptes. Le contrôle financier interne n'a pratiquement fait l'objet d'aucune observation de la Cour des comptes ou du CAAF. En 2018, ce dernier organe avait encore qualifié le rapport annuel du SPF de "modèle de bonne pratique".

Pour la période 2019-2020, le SPF s'est concentré sur ses obligations en matière de contrôle de gestion et sur l'organisation d'actions de contrôle interne ciblées. Dès qu'il en a de nouveau eu la possibilité, le SPF a progressivement relancé sa stratégie interne liée à la maîtrise de l'organisation. À partir de juin 2020, il a repris la surveillance formelle de l'exécution de ses missions. À son paroxysme, la crise a eu des répercussions sur un tiers des objectifs en raison du déploiement de personnel pour des missions de crise et en raison de l'incidence de la fermeture sur des missions qui nécessitaient un contact direct.

Au cours de l'année 2021, lors de l'établissement du nouveau plan stratégique, les responsabilités internes ont été précisées. À partir de cette année-là, le SPF a renforcé sa présence dans le groupe de travail transversal du réseau de contrôleurs et d'auditeurs internes et a procédé à une actualisation annuelle des risques stratégiques. Pour l'année 2022, différentes mesures ont été définies et intégrées dans le plan stratégique ainsi que dans le plan opérationnel 2022, sur la base du rapport annuel du CAAF. En avril 2022, une note stratégique a été soumise au comité de direction. Des mouvements de personnel survenus au sein des services du président au cours du second semestre 2022 ont entraîné un retard considérable à cet égard. Le SPF se concentre à l'heure actuelle sur la reconstruction d'une solide équipe transversale, sur ses obligations en matière de rapportage concernant le plan opérationnel et sur

Volksgezondheid) over "De interne controle bij de FOD Volksgezondheid" (55035069C)

08.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Uit het activiteitenverslag van 2021-2022 van het Auditcomité van de federale overheid (ACFO) blijkt dat de FOD Volksgezondheid al vier jaar lang geen verslag uitbrengt van zijn intern controlesysteem. Mijn fractie drong al herhaaldelijk aan op een externe audit van de FOD. De coronapandemie kan geen excuus zijn. Er werden trouwens ook al jaren geen jaarrekeningen van het RIZIV meer ingediend.

Kan de minister dit toelichten? Hoe kan hij de burger garanderen dat die diensten correct werken?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De FOD Volksgezondheid neemt actief deel aan de federale interne audit en de audit van het Rekenhof. De financiële interne controle kreeg weinig of geen opmerkingen van het Rekenhof of het ACFO. In 2018 noemde dat laatste orgaan het jaarverslag van de FOD nog "een model van goede praktijk".

Voor de periode 2019 tot 2020 richtte de FOD zich op zijn verplichtingen inzake beheerscontrole en op het organiseren van gerichte acties op het gebied van interne controle. Zodra het weer mogelijk was, heeft de FOD zijn interne strategie in verband met de organisatiebeheersing geleidelijk aan opnieuw opgestart. Vanaf juni 2020 herstartte de FOD de formele monitoring van de uitvoering van haar missies. Op zijn hoogtepunt had de crisis een weerslag op een derde van de doelstellingen wegens de inzet van personeel voor crisismissies en wegens de impact van de sluiting op missies die een rechtstreeks contact vereisten.

In de loop van het jaar 2021, toen het nieuwe strategisch plan werd opgesteld, werden de interne verantwoordelijkheden verduidelijkt. Vanaf dat jaar heeft de FOD zijn aanwezigheid in de transversale werkgroep Interne Controleurs- en Auditeursnetwerk versterkt en een jaarlijkse actualisering van de strategische risico's uitgevoerd. Voor het jaar 2022 zijn op basis van het jaarverslag van het ACFO verschillende acties gedefinieerd en geïntegreerd in het strategisch plan en het operationeel plan 2022. In april 2022 werd een strategische nota voorgelegd aan het directiecomité. Door personeelsbewegingen in de tweede helft van 2022 binnen de diensten van de voorzitter heeft dit aanzienlijke vertraging opgelopen. Momenteel richt de FOD zich op de wederopbouw van een sterk transversaal team, op zijn rapporteringsverplichtingen betreffende het operationele plan en op de voorstelling van een eerste ontwerp van het artikel-7-verslag.

la présentation d'un premier projet de rapport Article 7.

Il est exact que l'INAMI a accusé un retard important dans la remise de ses comptes annuels, mais l'administrateur général, M. Collin, a expliqué en détail ce retard au cours d'une audition organisée le 31 janvier 2023.

08.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Selon l'Audit interne fédéral (AIF), un rapport qualitatif sur le contrôle interne n'est rien d'autre qu'une bonne pratique. Aujourd'hui, le SPF Santé publique n'est pas contrôlé et le ministre bloque notre demande d'audit externe. Comment peut-il continuer à défendre politiquement le fait qu'il ne contrôle pas le fonctionnement? C'est de la négligence pure et dure!

L'incident est clos.

09 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les drones médicaux d'urgence" (55035081C)

09.01 Benoît Piedboeuf (MR): Avec l'entrée en vigueur du nouveau cadre européen, les États membres sont invités à définir des espaces aériens réservés aux drones.

À Luxembourg, un drone de nouvelle génération sera exposé dans le cadre d'un projet européen consacré aux drones médicaux d'urgence.

Quelle est la position de la Belgique par rapport à ces drones médicaux d'urgence? Sommes-nous partenaires du projet européen? Quelle est votre marge de manœuvre concernant les drones?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): Concernant la marge de manœuvre, nous devons nous plier aux normes et réglementations européennes et du SPF Mobilité belge.

Concernant le projet mentionné, je ne pense pas que des partenaires belges y soient associés. Toutefois, plusieurs projets sont en phase pilote ou en phase d'élaboration.

Nous devons suivre cette évolution dans le monde logistique du transport. Le transport médical urgent (tests, labos, médicaments) pourrait être envisagé, mais sans oublier que ce type de transport demande lui aussi une logistique des drones, des lieux d'atterrissage, du système de *command and control*, du facteur humain et est potentiellement impacté par

Het klopt dat het RIZIV een grote achterstand heeft opgelopen in de indiening van zijn jaarrekeningen, maar de administrateur-generaal, de heer Collin, lichtte dat uitgebreid toe in een hoorzitting op 31 januari 2023.

08.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Volgens de Federale Interne Audit (FIA) is een kwalitatieve rapportering over de interne controle niet minder dan een goede praktijk. De FOD Volksgezondheid wordt vandaag niet gecontroleerd en de minister blokt onze vraag naar een externe doorlichting af. Hoe kan hij het politiek gezien blijven verdedigen dat hij geen controle op de werking uitvoert? Dat is niets minder dan nalatigheid!

Het incident is gesloten.

09 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Drones die ingezet worden voor dringende geneeskundige hulpverlening" (55035081C)

09.01 Benoît Piedboeuf (MR): Met de inwerkingtreding van het nieuwe Europese kader moeten de lidstaten het voor drones gereserveerde luchtruim vaststellen.

In Luxemburg zal een drone van de nieuwe generatie te bezichtigen zijn in het kader van een Europees project rond drones die ingezet worden voor dringende geneeskundige hulpverlening.

Hoe staat België tegenover die drones die ingezet worden voor dringende geneeskundige hulpverlening? Zijn we partners in het Europese project? Welke manoeuvreerruimte hebt u inzake drones?

09.02 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): Wat de manoeuvreerruimte betreft, moeten we ons plooien naar de richtsnoeren en voorschriften van Europa en van de Belgische FOD Mobiliteit.

Ik denk niet dat er Belgische partners betrokken zijn bij het genoemde project. Er zijn evenwel verschillende projecten die zich in de testfase of in fase van uitwerking bevinden.

We moeten die ontwikkeling in de wereld van transport en logistiek volgen. Dringend medisch transport (van tests, labostalen, geneesmiddelen) zou overwogen kunnen worden, maar zonder uit het oog te verliezen dat ook dat soort van transport logistieke vereisten heeft – drones, landingsplaatsen, een *command and control*–

la météo. Les projets pilotes nous en diront plus sur la plus-value réelle.

09.03 Benoît Piedboeuf (MR): Il faut être attentif et ne pas être en retard par rapport aux pays voisins, qui lancent également des projets pilotes.

L'incident est clos.

10 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'inclusion dans le maximum à facturer de la psychothérapie remboursée pour les jeunes" (55035168C)

10.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Dans le nouveau régime de remboursement des séances suivies chez des psychologues et des orthopédagogues conventionnés, tous les tickets modérateurs sont intégrés dans le maximum à facturer (MAF), y compris ceux pour les enfants à charge. Dans certaines situations, il se peut toutefois que des adolescents et des jeunes adultes ne souhaitent pas que leurs parents aient connaissance de leur trajet de soins.

Réfléchira-t-on à des droits d'accès dans le cadre de la poursuite de la numérisation de l'assurance obligatoire? Les enfants auront-ils la possibilité d'empêcher que des informations sensibles concernant leur utilisation des soins soient intégrées dans le MAF familial? Le ministre veillera-t-il à ce que les modalités d'accès au dossier d'affilié soient les mêmes auprès de tous les organismes assureurs?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Les patients ont évidemment droit à la protection de leur vie privée. La loi dispose que si le patient est mineur, ses droits sont exercés par ses parents ou son tuteur. Le patient mineur doit toutefois être associé à l'exercice de ses droits. S'il l'estime judicieux, le prestataire de soins de santé peut également permettre au patient mineur d'exercer ses droits de manière autonome. Le patient peut alors demander qu'une prestation médicale ne soit pas communiquée à ses parents ou à son tuteur et ne soit pas non plus visible pour ses parents sur le compte en ligne créé auprès de la mutualité concernée.

La convention du 6 février 2023 entre l'ASBL IM et les organismes assureurs concernant la plateforme MyCareNet fait mention d'une réflexion sur les portails patients des organismes assureurs et de l'attention à prêter aux droits d'accès à ceux-ci.

système, de l'humain – et peut-être également influencé par les circonstances. Les projets pilotes nous en diront plus sur la plus-value réelle.

09.03 Benoît Piedboeuf (MR): Men moet waakzaam zijn en ervoor zorgen dat we geen vertraging oplopen ten opzichte van onze buurlanden, die ook proefprojecten lanceren.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Terugbetaalde psychotherapie voor jongeren in de maximumfactuur" (55035168C)

10.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): In de nieuwe regeling voor de terugbetaling van geconventioneerde psychologen en orthopedagogen worden alle remgelden opgenomen in de maximumfactuur (MAF), ook die voor de kinderen ten laste. In bepaalde situaties kan het echter gebeuren dat jongeren en jongvolwassenen niet wensen dat hun ouders op de hoogte zijn over hun zorgtraject.

Zal er worden nagedacht over toegangsrechten bij de verdere digitalisering van de verplichte verzekering? Zullen kinderen de mogelijkheid krijgen om te voorkomen dat gevoelige informatie over hun zorggebruik opgenomen wordt in de gezins-MAF? Zal de minister ervoor zorgen dat de modaliteiten voor toegang tot het ledendossier bij alle verzekeringsinstellingen dezelfde zijn?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De patiënt heeft vanzelfsprekend recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer. De wet bepaalt dat de rechten van minderjarige patiënten worden uitgeoefend door de ouders of voogd. De minderjarige patiënt moet evenwel betrokken worden bij de uitoefening van zijn rechten. Als de zorgverlener dit opportunity acht, kan de minderjarige patiënt zijn rechten ook zelfstandig uitoefenen. De patiënt kan dan vragen dat een geneeskundige verstrekking niet wordt meegedeeld aan zijn ouders of voogd en ook niet zichtbaar is voor zijn ouders in het ledenaccount van het betrokken ziekenfonds.

In de overeenkomst van 6 februari 2023 tussen de vzw IM en de verzekeringsinstellingen over het MyCareNet-platform staat een denkoefening over de patiëntenportalen van de verzekeringsinstellingen, met aandacht voor de toegangsrechten.

L'incident est clos.

11 Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le droit à l'oubli dans le cadre de la sclérose en plaques" (55035170C)

11.01 Daniel Bacquelaine (MR): Dans votre dernière note de politique générale, vous dites que le KCE a débuté une évaluation en 2020 pour élaborer des propositions d'adaptation ou d'élargissement de la grille de référence du droit à l'oubli. Un premier rapport sur le cancer du sein a été publié en 2022 et, à présent, c'est le tour des maladies chroniques. Une liste de douze priorités a été élaborée et la sclérose en plaques en fait partie.

Où en est-on? Quand bouclera-t-on l'analyse pour la sclérose en plaques? Quand recevra-t-on l'avis du KCE?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): La mission de recherche du KCE est de proposer tous les deux ans une éventuelle mise à jour des grilles de référence de la loi sur le droit à l'oubli. Dans le cadre de cette mission, le KCE a publié une proposition pour certains types de cancer du sein, et mène une étude sur le diabète de type 1.

Le KCE a organisé une première procédure de sélection en 2021 qui a fixé une liste de douze sujets d'études prioritaires incluant plusieurs maladies chroniques dont la sclérose en plaques, neuvième dans l'ordre des priorités. Avant de formuler des propositions justifiées d'un point de vue médical et du point de vue des assurances, le KCE doit collecter les données, consulter la littérature, instaurer une collaboration externe ou internationale.

Après le diabète de type 1, les études sur le cancer de la thyroïde, le mélanome de type 1 et le VIH seront lancées. On ne peut encore dire quand aura lieu celle sur la sclérose en plaques.

11.03 Daniel Bacquelaine (MR): J'espère que ce sera le plus vite possible. La sclérose en plaques est diagnostiquée chez des personnes de plus en plus jeunes et cela influe sur leur capacité à bénéficier des assurances nécessaires pour accéder à la propriété, par exemple. Il est important qu'elles bénéficient aussi du droit à l'oubli.

L'incident est clos.

12 Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation budgétaire de la

Het incident is gesloten.

11 Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "MS-patiënten en het recht om vergeten te worden" (55035170C)

11.01 Daniel Bacquelaine (MR): In uw jongste beleidsnota stelt u dat het KCE in 2020 een evaluatie aangevat heeft om voorstellen te formuleren met betrekking tot de aanpassing of de uitbreiding van het referentierooster voor het recht om vergeten te worden. In 2022 werd er een eerste verslag over borstkanker gepubliceerd en thans buigt men zich over de chronische ziekten. Er werd een lijst met twaalf prioriteiten opgesteld en multiple sclerose is er één van.

Wat is de stand van zaken? Wanneer zal de analyse inzake multiple sclerose afgerond worden? Wanneer zullen we het advies van het KCE ontvangen?

11.02 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): De onderzoeksoopdracht van het KCE houdt in dat het centrum om de twee jaar een eventuele actualisering van de referentieroosters van de wet betreffende het recht om vergeten te worden voorstelt. In het kader van die opdracht heeft het KCE een voorstel voor bepaalde borstkankers gepubliceerd en voert het een onderzoek uit naar diabetes type 1.

Het KCE heeft in 2021 een eerste selectieprocedure georganiseerd waarbij een lijst van twaalf prioritaire onderzoeksthema's opgesteld werd, waaronder verschillende chronische ziekten, waarvan multiple sclerose de negende prioriteit is. Alvorens voorstellen te formuleren die vanuit medisch en verzekeringsoogpunt gerechtvaardigd zijn, moet het KCE gegevens verzamelen, de literatuur raadplegen en een externe of internationale samenwerking tot stand brengen.

Na diabetes type 1 zullen de studies over schildklierkanker, melanoom type 1 en hiv opgestart worden. Het is nog niet duidelijk wanneer de studie over multiple sclerose zal plaatsvinden.

11.03 Daniel Bacquelaine (MR): Ik hoop dat dat zo snel mogelijk gebeurt. Steeds meer mensen krijgen op jongere leeftijd de diagnose MS en dat heeft gevolgen voor hun mogelijkheden om de verzekeringen af te sluiten die ze nodig hebben om bijvoorbeeld een huis te kopen. Het is belangrijk dat zij ook het recht hebben om vergeten te worden.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De budgettaire situatie

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie" (55035171C)

12.01 Daniel Bacquelaine (MR): Lors de la présentation du rapport de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, j'ai été frappé par les données budgétaires. La commission est assistée d'un secrétariat composé de deux personnes, chargées du travail administratif, de la mise à jour du site, des réponses aux questions des parlementaires, des journalistes, des médecins. Aux Pays-Bas, les commissions régionales comptent environ 25 employés. La rémunération des membres de cette commission est également largement inférieure. Le budget total est de 12 000 euros par an, avec les frais de déplacement et les jetons de présence. Il est de plus en plus difficile de renouveler les mandats. Ce budget est partagé entre la Justice et la Santé publique.

Une augmentation des moyens financiers et humains est-elle prévue? En avez-vous parlé avec le ministre de la Justice?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en français*): La commission m'a fait part de sa situation budgétaire. La charge de travail de ses membres et du secrétariat a évolué depuis le lancement de la loi en 2002. Le nombre d'euthanasies est passé d'environ 200 à presque 3 000 par an. Le cadre administratif et les frais méritent d'être revus pour en tenir compte. Les faibles montants des jetons de présence doivent jouer dans le manque d'attractivité.

J'ai demandé que mes services travaillent sur le cadre administratif et les frais de fonctionnement avec le ministre de la Justice et sur la reconnaissance du travail de la commission avec les membres de la Chambre. Ils sont en contact avec les services de la Justice.

L'incident est clos.

13 Question de Marianne Verhaert à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le gaz hilarant" (55035108C)

13.01 Marianne Verhaert (Open Vld): Le gaz hilarant reste un problème très important qui touche les jeunes conducteurs et en particulier, les jeunes hommes. Il est difficile de contrôler si un conducteur en a consommé étant donné que ce gaz est indétectable dans les tests. Les Pays-Bas ont interdit l'utilisation du protoxyde d'azote en l'incluant dans la loi sur les stupéfiants. La Belgique n'applique pas encore d'interdiction nationale, même s'il existe un

van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie" (55035171C)

12.01 Daniel Bacquelaine (MR): Bij de voorstelling van het verslag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) trok de budgettaire informatie mijn aandacht. De commissie wordt bijgestaan door een secretariaat dat bestaat uit twee personen, die belast zijn met administratieve taken, het updaten van de website en het beantwoorden van vragen van parlementsleden, journalisten en artsen. In Nederland telt het secretariaat van de regionale commissies ongeveer 25 medewerkers. De vergoeding van de leden van de FCEE ligt ook ruim lager dan in Nederland. Het totale budget bedraagt 12.000 euro per jaar voor reiskosten en zitpenningen. Het wordt steeds moeilijker om de mandaten te vernieuwen. Dat budget is een gedeeld budget tussen Justitie en Volksgezondheid.

Is er een verhoging van de financiële en personele middelen gepland? Hebt u dat met de minister van Justitie besproken?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): De commissie heeft me ingelicht over haar budgettaire situatie. De werkdruk voor haar leden en voor het secretariaat is sinds de inwerkingtreding van de wet in 2002 geëvolueerd. Het aantal euthanasiegevallen is toegenomen van ongeveer 200 tot bijna 3.000 per jaar. De personeelsformatie van het administratieve kader en de kosten moeten herzien worden om met die evolutie rekening te houden. De lage zitpenningen spelen wellicht een rol in de geringe aantrekkelijkheid van die functie.

Ik heb mijn diensten gevraagd om zich over het administratieve kader en over de werkingskosten te buigen in samenwerking met de minister van Justitie, alsook over de erkenning van het werk van de evaluatiecommissie in samenwerking met de leden van de Kamer. Ze staan in contact met de diensten van Justitie.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van Marianne Verhaert aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Lachgas" (55035108C)

13.01 Marianne Verhaert (Open Vld): Bij jonge bestuurders blijft het probleem van lachgasgebruik zeer groot, zeker bij jonge mannen. Gezien lachgas niet te detecteren valt met een test is het gebruik moeilijk te controleren. Nederland voerde een verbod op lachgas in door het op te nemen in de zogenaamde Opiumwet. In België is er nog geen nationaal verbod, hoewel er consensus is binnen een denktank rond experimentele drugs om dit ook

consensus au sein d'un groupe de réflexion axé sur les drogues expérimentales pour instaurer une même interdiction dans notre pays. Il est urgent de prendre cette mesure car des fournisseurs professionnels situés à l'étranger et qui ne peuvent plus proposer ces produits aux Pays-Bas s'adressent à présent au marché belge.

Quelle est la position du ministre vis-à-vis de l'idée d'une interdiction du gaz hilarant au volant? Quelles initiatives envisage-t-il en la matière?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): L'usage abusif du gaz hilarant n'est pas sans danger, contrairement à ce que son nom pourrait laisser penser.

L'abus de gaz hilarant au volant compromet non seulement la santé du conducteur, mais également la sécurité des autres. Il en résulte une carence en vitamine B12, qui peut entraîner notamment des troubles de la coordination, des hallucinations et une insensibilité dans les membres. Ce dernier trouble, en particulier, peut provoquer des accidents.

Le gaz hilarant constitue l'une des priorités de la Cellule générale de politique en matière de drogues et les possibilités en matière d'encadrement de la consommation de gaz hilarant sont en cours de discussion. J'estime que nous devons nous attaquer à l'usage impropre de gaz hilarant, donc l'usage qui est uniquement destiné à procurer une sensation d'euphorie, et cela en appliquant une interdiction totale. Il est recommandé d'interdire l'usage impropre de gaz hilarant et d'en réglementer la vente tant dans un souci de sécurité routière que pour une série d'autres raisons, sauf pour un usage médical autorisé et réglementé ou comme moyen technique en cuisine.

13.03 Marianne Verhaert (Open Vld): Le ministre parle des dangers du gaz hilarant, mais ne dit rien de concret concernant la mise en œuvre de l'interdiction. Où en est-elle?

13.04 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Il était important de parvenir d'abord à un large consensus à tous les niveaux de pouvoir. Mes services planchent actuellement sur une législation établissant une distinction entre l'utilisation impropre et les autres formes d'utilisation. La concertation sur la méthode législative exacte est toujours en cours.

13.05 Marianne Verhaert (Open Vld): Aux Pays-Bas, des exceptions ont également été prévues pour l'utilisation professionnelle, technique et médicale et pour l'industrie alimentaire. Nous pourrions en tout cas nous en inspirer.

bij ons in te voeren. Dit is dringend want buitenlandse professionele handelaars die niet langer in Nederland terechtkunnen, vinden nu in ons land een afzetmarkt.

Hoe staat de minister tegen een verbod op lachgas achter het stuur en welke initiatieven wil hij ter zake nemen?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Het oneigenlijke gebruik van lachgas is niet zonder gevaar hoewel de benaming onschuldig klinkt.

Bij overmatig gebruik van lachgas achter het stuur wordt zowel de eigen gezondheid als de veiligheid van anderen in gevaar gebracht. Er ontstaat een tekort aan vitamine B12 wat klachten zoals coördinatiestoornissen, hallucinaties en gevoelloosheid in de ledematen met zich meebrengt. Zeker dit laatste gevolg kan ongevallen veroorzaken.

Lachgas is als een van de prioriteiten uitgekozen binnen de Algemene Cel Drugsbeleid en de mogelijkheden om het gebruik aan te pakken worden momenteel besproken. Ik ben van oordeel dat we het oneigenlijke gebruik, dus alleen bedoeld om een roes te bekomen, moeten aanpakken met een volledig verbod. Het is zowel met het oog op veilig verkeer als om een aantal andere redenen aangewezen om oneigenlijk gebruik van lachgas te verbieden en de verkoop ervan te reglementeren, tenzij voor toegelaten en gereguleerd medisch gebruik of als technisch hulpmiddel in de keuken.

13.03 Marianne Verhaert (Open Vld): De minister heeft het over de gevaren van lachgas, maar zegt niets concreets over de uitwerking van het verbod. Hoever staat het daarmee?

13.04 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Het was belangrijk om eerst een brede consensus te bereiken op alle beleidsniveaus. Mijn diensten werken momenteel een wetgeving uit die een onderscheid maakt tussen oneigenlijk en ander gebruik. Het overleg over de precieze wetgevende methode is nog gaande.

13.05 Marianne Verhaert (Open Vld): In Nederland maakt men ook uitzonderingen voor professioneel technisch en medisch gebruik en voor de voedingsindustrie. We kunnen daaraan alvast een voorbeeld nemen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le futur Institut des soins de santé" (55035173C)

14 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Toekomstinstituut van de Gezondheidszorg" (55035173C)

14.01 Dominiek Sneppe (VB): Il est précisé dans l'accord de gouvernement que le futur Institut des soins de santé sera chargé de formuler une vision commune et prospective et de définir une politique de santé durable. Le ministre peut-il faire le point sur ce dossier?

14.01 Dominiek Sneppe (VB): In het regeerakkoord werd aangekondigd dat het Toekomstinstituut van de Gezondheidszorg de taak zal krijgen om een gemeenschappelijke en toekomstgerichte visie te formuleren en een duurzaam gezondheidsbeleid te definiëren. Kan de minister de stand van zaken in dit dossier schetsen?

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): La santé est une question multidimensionnelle, en particulier en Belgique, où plusieurs autorités sont compétentes pour différents aspects de la politique. En outre, des facteurs démographiques, écologiques et socioéconomiques ont également une incidence sur la santé publique.

14.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Gezondheid is een meerdimensionaal gegeven, zeker in België, waar meerdere overheden bevoegd zijn voor verschillende aspecten van het beleid. Bovendien hebben ook demografische, ecologische en sociaal-economische factoren een impact op de volksgezondheid.

En collaboration avec les organes de concertation et les parties prenantes, ainsi qu'avec un groupe de pilotage scientifique, l'INAMI souhaite élaborer une politique de santé davantage axée sur des objectifs scientifiques. Un processus en trois étapes est envisagé, avec des objectifs de santé interfédéraux à long terme, des objectifs stratégiques fédéraux à moyen terme en matière de soins de santé et des initiatives politiques opérationnelles à court terme.

Het RIZIV wil samen met de geijkte overlegorganen en stakeholders en een wetenschappelijke stuurgroep een gezondheidsbeleid uitwerken dat meer is geënt op wetenschappelijk gebaseerde doelstellingen. Daarbij wordt gedacht aan een drietrapsproces, met interfederale gezondheidsdoelstellingen op lange termijn, strategische federale gezondheidszorgdoelstellingen op middellange termijn en operationele beleidsinitiatieven op korte termijn.

Fin mars, le Comité de l'assurance discutera d'un projet de loi par lequel nous entendons créer une commission d'objectifs de soins de santé au sein de l'INAMI. Cette commission pourrait, d'un point de vue scientifique et en concertation avec les entités fédérées, fixer des objectifs en matière de soins de santé pour la législature à venir. Elle pourra ensuite suivre et actualiser les choix opérés dans la perspective des budgets annuels des soins de santé.

Eind maart zal het Verzekeringscomité een wetsontwerp bespreken waarmee we binnen het RIZIV een commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen willen oprichten. Die commissie zou, vanuit wetenschappelijk oogpunt en in overleg met de deelstaten, gezondheidszorgdoelstellingen voor de komende legislatuur kunnen uitstippelen. Vervolgens kan ze de gemaakte keuzes bewaken en actualiseren in de aanloop naar de jaarlijkse gezondheidszorgbegrotingen.

Des objectifs interfédéraux en matière de santé doivent en outre être définis par-delà les divers niveaux de pouvoir. Ces éléments devront bien évidemment être évoqués avec les entités fédérées et les acteurs des soins de santé. Nous avons l'ambition de lancer le processus de détermination des objectifs en matière de santé avant la fin de la législature. Conformément à l'accord de gouvernement, nous examinerons la question de savoir si le futur Institut des soins de santé pourra être concrétisé dans ce cadre.

Daarnaast moeten ook interfederale gezondheidsdoelstellingen worden bepaald, die de verschillende bevoegdheidsniveaus overstijgen. Een en ander zal uiteraard moeten worden besproken met de deelstaten en de zorgactoren. De ambitie is om het proces ter bepaling van de gezondheidsdoelstellingen nog voor het einde van de legislatuur op te starten. Conform het regeerakkoord zullen we onderzoeken of het Toekomstinstituut van de Gezondheidszorg in dat kader een concrete invulling kan krijgen.

Dans l'attente de la formulation des objectifs

In afwachting van de formulering van interfederale

interfédéraux en matière de santé, les principes énoncés dans l'accord de gouvernement restent déterminants, à savoir: réduire les inégalités de santé, réduire le taux de mortalité évitable et garantir une bonne accessibilité et une bonne couverture.

Une concertation interfédérale s'impose dans divers domaines, et en particulier pour la planification de l'offre médicale.

[14.03] Dominiek Sneye (VB): Je doute fortement que ce projet puisse encore voir le jour avant la fin de la législature. Très peu d'avancées ont été observées sur ce plan au cours des deux dernières années.

L'incident est clos.

[15] Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Strategic Scientific Committee" (55035226C)

[15.01] Frieda Gijbels (N-VA): En octobre 2022, le ministre a déclaré que le Strategic Scientific Committee (SSC) recevrait rapidement un cadre et qu'un site web contenant les rapports serait également créé.

Ce site existe-t-il entre-temps, où peut-on le trouver et que contient-il? Quelle est la composition du SSC? S'est-il déjà réuni officiellement? Quelle est la suite du programme?

[15.02] Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Les rapports du SSC sont publiés sur le site du SPF Santé publique sous la rubrique "Rapports du Risk Management Group" (RMG). Le mandat définitif et la composition du comité n'ont pas encore été finalisés, mais nous comptons le faire rapidement. Entre-temps, les membres prospectifs du comité se sont déjà réunis pour formuler des avis, notamment sur la situation épidémiologique du SARS-CoV-2 en Chine et sur les masques buccaux dans le secteur des soins. Les membres présents sont mentionnés dans les rapports publiés sur le site.

[15.03] Frieda Gijbels (N-VA): Le site sous cette rubrique RMG n'est pas du tout clair. Il est inacceptable qu'il ne soit pas facilement intelligible. Apparemment, aucune mesure concrète n'a encore été prise en ce qui concerne le règlement d'ordre intérieur, la mission et la déclaration de confiance et d'intérêts. Il est nécessaire d'évaluer la gestion de la pandémie. Tous les autres pays ont déjà procédé à cette évaluation. En Belgique, nous ne sommes encore nulle part.

L'incident est clos.

gezondheidsdoelstellingen, zijn de uitgangspunten uit het regeerakkoord richtinggevend: de gezondheidskloof tussen mensen verminderen, het aantal vermijdbare sterfgevallen doen afnemen en een goede toegankelijkheid en dekking waarborgen.

Interfederaal overleg is op verschillende domeinen nodig, onder meer voor de planning van het medische aanbod.

[14.03] Dominiek Sneye (VB): Ik betwijfel sterk of dit project nog voor het einde van de legislatuur zal kunnen worden afgerond. De voorbije twee jaar is er op dat vlak nog maar heel weinig gerealiseerd.

Het incident is gesloten.

[15] Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Strategic Scientific Committee" (55035226C)

[15.01] Frieda Gijbels (N-VA): In oktober 2022 zei de minister dat het Strategic Scientific Committee (SSC) snel een kader zou krijgen en dat er ook een website zou komen met daarop de verslagen.

Bestaat de website inmiddels, waar is die te vinden en wat staat daar op? Wat is de samenstelling van het SSC? Is het al officieel samengekomen? Wat zijn de verdere plannen?

[15.02] Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De verslagen van het SSC worden gepubliceerd op de website van de FOD Volksgezondheid onder de rubriek 'Verslagen van de Risk Management Group' (RMG). Het definitieve mandaat en de samenstelling van het comité werden nog niet afgerond, maar dat willen we snel doen. Intussen zijn de prospectieve leden van het comité al samengekomen om adviezen te formuleren, onder meer over de epidemiologische situatie van SARS-CoV-2 in China en mondkapen in de zorgsector. De aanwezige leden zijn opgenomen in de verslagen die op de website worden gepubliceerd.

[15.03] Frieda Gijbels (N-VA): De website onder die rubriek RMG is helemaal niet duidelijk. Het is onaanvaardbaar dat die niet laagdrempelig is. Voor het huishoudelijk reglement, de opdracht en de vertrouwens- en de belangenverklaring zijn er blijkbaar nog geen concrete stappen gezet. Er is nood aan een evaluatie van de aanpak van de pandemie. Alle andere landen hebben die al uitgevoerd. In ons land is er nog niets.

Het incident is gesloten.

16 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité des centrales d'appel de médecine de garde" (55035174C)

16.01 Laurence Zanchetta (PS): Vous tentez de combler les manques d'effectifs des centrales de médecine de garde wallonnes, particulièrement dans le Luxembourg, et voulez remplir les 23 postes vacants pour leur fonctionnement optimal. Or, en février, le système *overflow* aurait renvoyé deux fois des appels vers le 112.

La technologie *overflow* a-t-elle bien renvoyé des appels vers les centrales 112? Avez-vous discuté avec la ministre de l'Intérieur du renforcement d'effectifs? Où en sont les recrutements pour rendre le service de médecine de garde opérationnel, en particulier en province de Luxembourg? Avez-vous des solutions de financement supplémentaires?

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): Le 1733 et le 112 relèvent de la demande de soins non planifiables. Les deux types d'appels sont gérés par le même protocole et le même personnel. C'est le citoyen qui choisit la garde de médecine générale ou l'aide médicale urgente. Pour 5 % des appels au 1733, il faudra recourir à l'aide médicale urgente. La gestion commune des appels permet d'assurer le passage sans perdre de temps.

En cas de manque de personnel, on peut activer l'*overflow* pour dévier les appels vers l'opérateur d'une autre centrale qui peut se connecter à la centrale défaillante. On ne peut activer le système que si les autres centrales ont assez de personnel.

Je me suis entretenu avec la ministre de l'Intérieur sur la gestion des ressources humaines dans les centres de secours, et mon cabinet est en contact avec les administrations. Douze nouveaux opérateurs 112 ont terminé la formation théorique et travaillent dans une centrale. Pour plus de détails, je vous renvoie vers la ministre Verlinden.

Le financement des centres de secours relève de l'Intérieur. J'ai libéré un budget complémentaire d'un million d'euros en 2023 pour le 1733, et à partir de

16 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De operationaliteit van de oproepcentrales voor de huisartsenwachtdiensten" (55035174C)

16.01 Laurence Zanchetta (PS): U probeert de personeelstekorten bij de Waalse noodcentrales voor de huisartsenwachtdiensten, in het bijzonder in Luxemburg, weg te werken en u wilt de 23 vacatures vervullen om de werking van die centrales te optimaliseren. In de maand februari zouden de oproepen echter twee keer via het overflowsysteem doorgeschakeld zijn naar de 112-centrale.

Werden de oproepen effectief via de overflowtechnologie naar de 112-centrales doorgeschakeld? Hebt u met de minister van Binnenlandse Zaken overleg gepleegd over de versterking van het personeelsbestand? Hoe staat het met de aanwervingen om de huisartsenwachtdienst operationeel te maken, in het bijzonder in de provincie Luxemburg? Hebt u oplossingen om in extra financiering te voorzien?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): Oproepen naar de 1733- en 112-centrales betreffen aanvragen voor niet-planbare zorg. Beide categorieën van oproepen worden via hetzelfde protocol en door hetzelfde personeel afgehandeld. Het is de burger die kiest tussen de huisartsenwachtdienst of de dringende geneeskundige hulpverlening. Voor 5 % van de oproepen naar de 1733-centrale moet er een beroep gedaan worden op de dringende geneeskundige hulpverlening. Dankzij het gemeenschappelijke beheer van de oproepen kan er tussen beide vormen van zorg geswitcht worden zonder dat er tijd verloren gaat.

Wanneer er een personeelstekort is, kan men de *overflow* activeren om de oproepen door te schakelen naar de calltaker van een andere centrale die kan inloggen op de centrale waar er te weinig personeel beschikbaar is. Het systeem kan enkel geactiveerd worden wanneer er genoeg personeel bij de andere centrales is.

Ik heb het hr-management in de noodcentrales met de minister van Binnenlandse Zaken besproken, en mijn kabinet staat in contact met de besturen. Twaalf nieuwe 112-calltakers hebben de theoretische opleiding afgerond en werken in een centrale. Voor nadere informatie verwijs ik u naar minister Verlinden.

De financiering van de noodcentrales valt onder Binnenlandse Zaken. Ik heb in 2023 een bijkomend budget van een miljoen euro uitgetrokken voor het

2024 j'augmente structurellement ce budget de 3,290 millions pour atteindre 6,7 millions d'euros annuels.

Nous renforçons la garde des généralistes en semaine et le week-end, en ciblant les investissements dans l'intérêt des patients et des médecins, et en concertation. La plate-forme d'accompagnement réfléchit à la réforme des postes de garde des généralistes.

L'incident est clos.

17 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du méthylphénidate pour les patients adultes souffrant du TDAH" (55035231C)

17.01 Dominiek Sneppe (VB): Après une évaluation, le ministre devait prendre, en 2022, une décision concernant le remboursement du méthylphénidate pour les adultes. À ma connaissance, cette décision n'a pas encore été prise. Quel est l'état d'avancement de ce dossier?

17.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): La Commission de remboursement des médicaments a rendu un avis négatif, fondé notamment sur le refus de l'AFMPS en 2013 de procéder à une extension d'indication à la population adulte pour la rilatine. J'ai suivi cet avis négatif et n'ai pas supprimé la restriction d'âge. J'ai pris cette décision en avril 2022.

17.03 Dominiek Sneppe (VB): Cette décision me surprend, car il apparaît que ce médicament aide bel et bien les patients.

L'incident est clos.

18 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procédure d'intégration des applications mHealth" (55035240C)

18.01 Frieda Gijbels (N-VA): L'INAMI devrait élaborer d'ici l'été une proposition relative au remboursement d'applications médicales numériques. Plusieurs applications, comme AirView, CardioCare, FibriCheck et RemeCare, seraient intégrées dans le système de soins de santé.

Quel est le calendrier de cette intégration? Quelle est la signification concrète d'"intégration dans le système de soins"? Quand peut-on qualifier la mission de réussite? Comment mesurera-t-on cette réussite?

nummer 1733 et vanaf 2024 verhoog ik dat budget structureel met 3,290 miljoen euro, teneinde uit te komen op een budget van 6,7 miljoen euro per jaar.

We versterken de huisartsenwachtdienst doordeweeks en in het weekend door gerichte investeringen te doen die in het belang van de patiënten en de artsen zijn, en dat gebeurt in overleg. Het begeleidingsplatform buigt zich over de hervorming van de huisartsenwachtposten.

Het incident is gesloten.

17 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van methylfenidaat voor volwassen ADHD-patiënten" (55035231C)

17.01 Dominiek Sneppe (VB): Na een evaluatie zou de minister in 2022 een beslissing nemen over de terugbetaling van methylfenidaat voor volwassenen. Bij mijn weten is die beslissing er nog niet. Hoever staat het met dit dossier?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen heeft een negatief advies gegeven, dat onder meer voortbouwt op de weigering van het FAGG in 2013 om een indicatie-uitbreiding naar de volwassen populatie te doen voor rilatine. Ik heb het negatief advies voor de schrapping van de leeftijdsbeperking gevolgd. Ik nam deze beslissing in april 2022.

17.03 Dominiek Sneppe (VB): Die beslissing bevreemdt mij, want patiënten blijken met dit medicijn wel degelijk geholpen te zijn.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De procedure voor de integratie van mHealth-apps" (55035240C)

18.01 Frieda Gijbels (N-VA): Het RIZIV zou tegen de zomer een voorstel uitwerken over de terugbetaling van digitale medische toepassingen. Verschillende applicaties, zoals AirView, CardioCare, FibriCheck en RemeCare zouden in het gezondheidszorgsysteem worden geïntegreerd.

Wat is de tijdlijn van deze integratie? Wat is de concrete betekenis van 'integratie in het zorgsysteem'? Wanneer is de missie geslaagd? Hoe zal een en ander worden gemeten?

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Une application médicale numérique est intégrée dans le système de soins lorsque chaque prestataire de soins pertinent peut utiliser l'application moyennant le consentement du patient. Pour les applications ayant fait l'objet d'un avis positif, le processus de soins est adapté ou un nouveau processus de soins est créé. Pour RemeCare, un parcours de soins en oncologie est en cours d'actualisation. Le nouveau contrat prévoira la possibilité de télésurveillance grâce à des applications comme AirView. Le Conseil technique médical a, en concertation avec la Belgian Heart Rhythm Association, procédé à la révision de la nomenclature Holter, qui fait également intervenir l'utilisation d'applications comme FibriCheck et CardioCare.

L'objectif n'est pas de rembourser l'application en tant que telle, mais l'on examine le processus de soins dans lequel l'utilisation de l'application peut être intégrée. Le système actuellement en vigueur dans notre pays est principalement axé sur le remboursement de prestations spécifiques, non sur le remboursement d'un processus de soins. La transition nécessite du temps, ce qui entraîne un manque de clarté pour les fabricants et les prestataires de soins. Dans le cadre de la révision de la procédure, l'accélération de celle-ci constitue, en tout état de cause, une priorité.

18.03 Frieda Gijbels (N-VA): Je fais allusion à la pratique intéressante et utile mise en place en Allemagne, où les développeurs se voient offrir la possibilité de démontrer une plus-value pour le patient dans le processus de soins. En Belgique également, il s'agirait d'une grande avancée pour les développeurs s'ils pouvaient prouver qu'ils peuvent être un véritable élément positif pour le patient.

L'incident est clos.

19 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de la garde en médecine générale" (55035093C)

19.01 Catherine Fonck (Les Engagés): La réforme de la garde est importante pour les médecins généralistes et les patients, mais elle doit être viable sur le long terme et réalisée correctement. Conditions de travail, pérennité du métier et qualité des soins importent dans ce domaine. La circulaire concernant le 1733 a été émise dans un contexte sanitaire difficile et est entrée en vigueur après trois mois. Les acteurs de terrain se demandent si celle-ci ne menace pas l'existence du service d'appel pour l'aide non urgente.

18.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Een digitale medische toepassing is geïntegreerd in het zorgsysteem als elke relevante zorgverstrekker gebruik kan maken van de toepassing indien de patiënt daarmee instemt. Voor de applicaties die een positief advies hebben gekregen, wordt het zorgproces aangepast of wordt er een nieuw zorgproces gecreëerd. Voor RemeCare wordt momenteel een zorgpad oncologie geactualiseerd. In de nieuwe overeenkomst zal de mogelijkheid tot telemonitoring via applicaties zoals AirView opgenomen worden. Binnen de Technisch Geneeskundige Raad is in samenspraak met de Belgian Heart Rhythm Association de holternomenclatuur herzien, waarbij ook het gebruik van applicaties zoals FibriCheck en CardioCare at Home aan bod komt.

Het is niet de bedoeling om de applicatie zelf terug te betalen, maar er wordt wel gekeken naar het zorgproces waarin het gebruik van de applicatie kan worden geïntegreerd. Het huidige systeem in ons land is vooral gericht op het terugbetalen van specifieke verstrekkingen en niet op terugbetaling van een zorgproces. De omschakeling vergt tijd en dat leidt tot onduidelijkheid bij fabrikanten en zorgverstrekkers. Bij de herziening van de procedure is een versnelling ervan alleszins een prioriteit.

18.03 Frieda Gijbels (N-VA): Ik verwijs naar de interessante en nuttige praktijk in Duitsland waar ontwikkelaars de kans krijgen een meerwaarde voor de patiënt in het zorgproces aan te tonen. Het zou voor de ontwikkelaars een grote stap vooruit zijn, mochten ze ook hier de kans krijgen om te bewijzen dat ze echt iets voor de patiënt kunnen betekenen.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de huisartsenwachtdiensten" (55035093C)

19.01 Catherine Fonck (Les Engagés): De hervorming van de huisartsenwachtdiensten is belangrijk voor de huisartsen en de patiënten, maar ze moet op lange termijn houdbaar zijn en correct uitgevoerd worden. Arbeidsvoorwaarden, duurzaamheid van het beroep en kwaliteit van de zorg zijn op dat gebied belangrijk. De omzendbrief over het oproepnummer 1733 werd in een moeilijke gezondheidscontext uitgevaardigd en is drie maanden later in werking getreden. De actoren in het veld vragen zich af of die omzendbrief geen bedreiging vormt voor het voortbestaan van de dienst waarnaar men kan bellen voor niet-dringende

hulp.

Cette circulaire a-t-elle fait l'objet d'une concertation préalable avec les médecins généralistes? La Fédération des Associations de Médecins Généralistes de la région Wallonne (FAGW) vous a contacté au sujet de ce dossier, de même que les médecins généralistes de Wallonie picarde qui craignent pour la sécurité des médecins à la suite de la suppression du tri "nuit noire". Dans le cadre des gardes "de niveau 7", cette suppression est incompréhensible.

Par ailleurs, que répondez-vous aux remarques des médecins sur le temps d'adaptation, la concertation et le budget pour une harmonisation pertinente, l'imposition d'un secrétariat dans chaque poste médical de garde, la concertation SPF Santé publique/INAMI sur le budget nécessaire à la mise en œuvre des décisions du SPF et, enfin, sur la modification des logiciels médicaux des PMG?

19.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en français*): Nous investissons des moyens supplémentaires pour renforcer les postes de garde des médecins généralistes, et nous organisons une concertation pour que ces investissements soient les plus ciblés possible. Afin d'organiser au mieux les gardes, les dossiers relatifs au protocole de triage et au fonctionnement du 112 et du 1733 sont examinés au sein du groupe de travail relatif au manuel belge de la régulation médicale. Les représentants des généralistes sont invités dans ce cadre. La circulaire relative au 1733 a été diffusée en novembre et devait entrer en vigueur en février 2023.

Concernant le 1733, le processus-clé implique le tri téléphonique de l'appel et l'évaluation de son niveau d'urgence. Pour les niveaux d'urgence de 1 à 5, la réponse consiste en l'envoi d'un moyen d'aide médicale urgent; pour le niveau 6, en l'envoi vers le médecin généraliste avec une réponse dans les deux heures; pour le niveau 7, idem avec une réponse dans les 12 heures et avant la fin de la garde; pour le niveau 8, le report de soins et l'envoi vers le médecin généraliste en dehors de la garde.

Si l'opérateur conclut au degré d'urgence 7 ou 6, il doit pouvoir transférer les données nécessaires au poste de garde. Cela suppose que quelqu'un doit être disponible pour lire le dossier dans les quinze minutes et avertir le généraliste qu'un patient requiert une consultation ou une visite à domicile.

Werd er over die omzendbrief vooraf overleg gepleegd met de huisartsen? Werd u over dit dossier gecontacteerd door de Waalse federatie van huisartsenverenigingen FAGW en door de huisartsen van Picardisch Wallonië, die vrezen voor de veiligheid van de artsen als gevolg van de afschaffing van de triage in de diepe nacht? In het kader van de wachtdiensten van "niveau 7" is die afschaffing onbegrijpelijk.

Wat is voorts uw antwoord op de opmerkingen van de artsen over de aanpassingstermijn, het overleg en het budget voor een relevante harmonisatie, de verplichting om in elke huisartsenwachtpost een secretariaat te hebben, het overleg tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV over het benodigde budget voor de implementatie van de beslissingen van de FOD en, tot slot, de aanpassing van de medische software van de huisartsenwachtposten?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Frans*): We investeren bijkomende middelen om de huisartsenwachtposten te versterken en we organiseren overleg om die investeringen zo gericht mogelijk te doen. Teneinde de wachtdiensten zo goed mogelijk te organiseren, worden de dossiers in verband met het triageprotocol en de werking van de nummers 112 en 1733 besproken in de werkgroep over de Belgische handleiding voor de medische regulatie. De vertegenwoordigers van de huisartsen worden in dat verband uitgenodigd. De omzendbrief met betrekking tot het nummer 1733 werd in november verspreid en moest in februari 2023 in werking treden.

Wat het nummer 1733 betreft, heeft het kernproces betrekking op de telefonische triage van de oproepen en de evaluatie van het urgentieniveau ervan. Voor de ernstniveaus 1 tot 5 bestaat het antwoord erin een middel voor dringende medische hulpverlening te sturen; voor niveau 6 is dat het doorsturen naar de huisarts met een antwoord binnen de twee uur; voor niveau 7 hetzelfde, maar met een antwoord binnen de 12 uur en voor het einde van de wachtdienst; voor niveau 8 is dat zorguitstel en de doorverwijzing naar de huisarts buiten de wachtdienst.

Als de operator tot de conclusie komt dat de noodoproep een ernstniveau 7 of 6 heeft, moet hij de noodzakelijke gegevens aan de wachtpost kunnen doorgeven. Dat houdt in dat er iemand beschikbaar moet zijn om het dossier binnen de vijftien minuten te lezen en de huisarts te waarschuwen dat een patiënt een consultatie of huisbezoek nodig heeft.

Dans certaines régions, le 1733 assurait cette fonction de secrétariat et contactait les généralistes par téléphone mais ce n'était pas la règle générale. En outre, le manuel belge de la régulation médicale était appliqué différemment en nuit profonde côté francophone: le généraliste était seulement disponible pour les résidents des maisons de repos, les patients en soins palliatifs, les patients alités ou pour constater un décès.

Désormais, la circulaire précise que le 1733 est responsable du triage mais pas du travail de secrétariat, et que le manuel belge de la régulation médicale sera suivi. Cependant, on a prévu une période de transition de trois mois et les postes de garde peuvent demander un financement INAMI pour un collaborateur accueil qui assume cette fonction de secrétariat.

Les postes de garde des médecins généralistes wallons n'ont pas vraiment mis à profit la période de transition. Ma cellule politique a programmé une concertation d'urgence avec les représentants des généralistes concernés. On a convenu que les postes de garde peuvent recourir à des télésecrétariats capables de lire les dossiers XML du 1733 et d'informer les généralistes. J'ai aussi discuté avec la ministre de l'Intérieur des problèmes liés à la mise au rouge du 1733 dans certaines régions. L'entrée en vigueur de la circulaire a été reportée au 1^{er} mars 2023.

19.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Il subsiste manifestement des difficultés et de l'incompréhension de part et d'autre. Ne faudrait-il pas faire de cette circulaire l'objet d'une concertation réelle plutôt que sélective?

La loi de 2015 qui définit la nuit profonde est née de l'agression de plusieurs médecins pendant leur garde. Le niveau 7 oblige à intervenir dans un délai de douze heures. Qu'est-ce qui empêche de reporter au lendemain matin dans le cas d'une garde de 23 heures à 8 heures? Systématiser le niveau 7 en pleine nuit va entraîner pour les médecins plus de réveils, plus de déplacements, plus d'insécurité, et pour les patients une possible baisse de qualité de la prise en charge.

Pourquoi pas un médecin de nuit véhiculé, protégé et rétribué correctement? Pourquoi pas un médecin régulateur au tri, sous la responsabilité de l'État,

In sommige streken werd die secretariaatsfunctie waargenomen door de operatoren die het 1733-nummer bemannen en zij namen telefonisch contact met de huisartsen op, maar dat was niet de algemene regel. Bovendien werd de Belgische handleiding voor de medische regulatie langs Franstalige zijde 's nachts anders toegepast: de huisarts was er alleen beschikbaar voor bewoners van woonzorgcentra, palliatieve patiënten en bedlegerige patiënten of om een overlijden vast te stellen.

De omzendbrief verduidelijkt voortaan dat de 1733-operatoren verantwoordelijk zijn voor de triage maar niet voor het secretariaatswerk, en dat de Belgische handleiding voor de medische regulatie gevolgd zal worden. Er werd evenwel een overgangperiode van drie maanden gepland en de wachtposten kunnen een financiering door het RIZIV aanvragen voor een onthaalmedewerker die de secretariaatsfunctie op zich neemt.

De Waalse huisartsenwachtposten hebben de overgangperiode niet echt benut. Mijn beleidscel heeft een dringend overleg ingepland met vertegenwoordigers van de betrokken huisartsen. Er werd overeenkomen dat de huisartsenwachtposten een beroep mogen doen op een telesecretariaat dat de XML-dossiers van het noodnummer 1733 kan lezen en de huisartsen kan inlichten. Ik heb ook met de minister van Binnenlandse Zaken gesproken over de problemen in verband met de onbereikbaarheid van het noodnummer 1733 in bepaalde regio's. De inwerkingtreding van de omzendbrief werd uitgesteld tot 1 maart 2023.

19.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Het is duidelijk dat er nog moeilijkheden zijn en dat er sprake is van wederzijds onbegrip. Moet er over die omzendbrief geen reëel in plaats van selectief overleg gepleegd worden?

De wet van 2015, waarin 'het holst van de nacht' gedefinieerd wordt, is ontstaan nadat verscheidene artsen tijdens hun wachtdienst het slachtoffer werden van agressie. Niveau 7 bepaalt dat er binnen een termijn van 12 uur een medische inschatting gebeurt. Wat weerhoudt ons ervan om die inschatting in het geval van een wachtdienst die loopt van 23 uur tot 8 uur uit te stellen tot de volgende ochtend? De systematische toepassing van niveau 7 in het holst van de nacht zal ertoe leiden dat de artsen vaker gewekt worden en zich vaker moeten verplaatsen, dat de onveiligheid toeneemt en dat de kwaliteit van de zorgverlening voor de patiënten er mogelijk anderszins op achteruitgaat.

Waarom geen nachtarzt die vervoerd, beschermd en correct vergoed wordt? Waarom geen triagearts die onder de verantwoordelijkheid van de Staat valt, de

avec la possibilité de consultation téléphonique et la garantie d'un rendez-vous avec un généraliste le lendemain matin s'il n'y pas lieu de le faire au milieu de la nuit? La garde est un point central pour la qualité de prise en charge et pour éviter que des médecins ne quittent le métier ou n'aillent travailler à l'hôpital. J'insiste pour que vous teniez davantage compte des réalités du quotidien.

L'incident est clos.

20 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'extension de la gratuité des soins dentaires jusqu'au 19ème anniversaire" (55035095C)

20.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *La gratuité pour les soins dentaires est prévue pour l'instant jusqu'au dix-huitième anniversaire du patient. Cependant, vous avez annoncé des mesures en faveur de soins dentaires abordables: la limite d'âge pour bénéficier de soins dentaires gratuits passerait de 18 à 19 ans.*

Qu'est-ce qui retarde l'adoption de cette mesure? Quand entrera-t-elle en vigueur?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): La mesure est en cours d'exécution. Comme pour chaque adaptation de la nomenclature, le Conseil technique dentaire a élaboré une proposition de modification des textes, qu'il a fallu revoir dans son ensemble. Le projet d'arrêté royal a été soumis à la Commission nationale dento-mutualiste et approuvé par le Comité d'assurance. La publication devrait avoir lieu cet été.

20.03 Catherine Fonck (Les Engagés): J'y resterai attentive, en espérant des mesures complémentaires en matière de soins buccodentaires chez les adultes ou les personnes âgées. Le report de soins coûte en effet beaucoup plus cher par la suite à l'INAMI.

L'incident est clos.

21 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La suppression de la notice papier pour les médicaments" (55035105C)

21.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *La Commission européenne, sous la pression de l'industrie pharmaceutique, envisage de supprimer la notice papier des médicaments et de la remplacer par un*

possibilité de consultation téléphonique et la garantie d'un rendez-vous avec un généraliste le lendemain matin s'il n'y pas lieu de le faire au milieu de la nuit? La garde est un point central pour la qualité de prise en charge et pour éviter que des médecins ne quittent le métier ou n'aillent travailler à l'hôpital. J'insiste pour que vous teniez davantage compte des réalités du quotidien.

Het incident is gesloten.

20 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Gratis tandzorg tot de 19de verjaardag" (55035095C)

20.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Momenteel is tandzorg gratis tot het 18de levensjaar. U hebt maatregelen aangekondigd om tandzorg betaalbaar te maken, en de leeftijdsgrens voor gratis gebitszorg zou daarbij opgetrokken worden van 18 naar 19 jaar.*

Hoe komt het dat die maatregel nog niet werd goedgekeurd? Wanneer zal de maatregel ingaan?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): De maatregel wordt thans uitgevoerd. Net zoals voor elke aanpassing van de nomenclatuur heeft de Technisch Tandheelkundige Raad een voorstel van wijziging van de teksten uitgewerkt dat in zijn geheel moest worden herzien. Het ontwerp van koninklijk besluit werd voorgelegd aan de Nationale Commissie Tandartsen-Ziekenfondsen en goedgekeurd door het Verzekeringscomité. Het zou deze zomer gepubliceerd moeten worden.

20.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Ik zal daar alert op blijven, in de hoop dat er bijkomende maatregelen op het stuk van mond- en tandzorg voor volwassenen en bejaarden zullen worden genomen. Het uitstellen van zorg brengt achteraf veel hogere kosten mee voor het RIZIV.

Het incident is gesloten.

21 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afschaffing van de papieren bijsluiter voor geneesmiddelen" (55035105C)

21.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Onder druk van de farmaceutische industrie overweegt de Europese Commissie om de papieren bijsluiter voor geneesmiddelen af te schaffen en te vervangen door*

code QR consultable sur smartphones. Selon une enquête de Testachats, huit consommateurs sur dix souhaitent conserver la version papier et qu'elle soit plus compréhensible.

En dépit des économies, une telle obligation risquerait d'accroître la fracture numérique et de priver de nombreux citoyens, notamment les personnes âgées, d'informations essentielles pour leur santé. Il serait plus raisonnable d'utiliser le code QR comme complément à la notice papier, qui reste un droit fondamental pour les patients et doit rester facilement accessible et compréhensible.

Où en est le projet de la Commission? Le gouvernement a-t-il pris position?

21.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): La proposition de nouvelle législation pharmaceutique européenne pour les médicaments à usage humain devrait être publiée prochainement. Ensuite, elles sera discutée au Parlement européen et au Conseil de l'UE. Je ne peux pas me prononcer à ce stade.

La législation impose que chaque médicament soit accompagné d'une notice dans les trois langues nationales. Depuis 2018, un projet pilote est en cours en Belgique et au Luxembourg pour supprimer les notices des médicaments utilisés uniquement dans les hôpitaux. Son objectif est de démontrer qu'une version électronique de la notice fournit autant d'informations aux patients et aux professionnels.

La version électronique a l'avantage de donner les informations les plus récentes. Selon l'enquête intermédiaire, 98 % des pharmaciens hospitaliers estiment que la notice peut être retirée des médicaments destinés à un usage hospitalier. Pour les patients ambulatoires, je partage votre préoccupation sur la fracture numérique. Je n'accepterai pas que l'information sur les notices ne soit plus accessible à la partie de la population qui n'utilise pas de smartphone.

21.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Nous pourrions nous diriger vers une réglementation différente en fonction de l'usage, hospitalier ou non, des médicaments. Un simple code QR exclurait les personnes âgées, qui prennent davantage de médicaments et ont une santé plus fragile. Il reste beaucoup de questions sur la manière de distinguer pratiquement la réglementation selon le public et l'usage. Nous serons vigilants lorsque la proposition

een QR-code om de bijsluiter op een smartphone te kunnen raadplegen. Volgens een enquête van Testaankoop willen acht op de tien consumenten de papieren versie behouden en zijn ze vragende partij voor een bijsluiter die beter te begrijpen is.

Ook al zou een dergelijke verplichting geld besparen, ze dreigt de digitale kloof nog te vergroten en vele burgers, en met name de bejaarden, de toegang tot essentiële informatie over hun gezondheid te ontfangen. Het zou verstandiger zijn om de QR-code als een aanvulling op de papieren bijsluiter te beschouwen. De papieren bijsluiter blijft een fundamenteel recht voor de patiënten en moet gemakkelijk te raadplegen en te begrijpen zijn.

Hoe staat het met de plannen van de Europese Commissie? Heeft de regering ter zake een standpunt ingenomen?

21.02 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): Het voorstel van nieuwe Europese farmaceutische wetgeving betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik zou binnenkort gepubliceerd moeten worden. Daarna zal dat in het Europees Parlement en in de Raad van de Europese Unie besproken worden. Ik kan me daar op dit moment niet over uitspreken.

Het is bij wet verplicht dat elk geneesmiddel vergezeld gaat van een bijsluiter in de drie nationale talen. Sinds 2018 loopt er in België en in Luxemburg een pilootproject om de bijsluiters van de geneesmiddelen die alleen in de ziekenhuizen gebruikt worden af te schaffen. Men wil daarmee aantonen dat er met een elektronische bijsluiter evenveel informatie verstrekt wordt aan de patiënten en aan de beroepsbeoefenaars.

De elektronische versie heeft het voordeel dat daarin de meest recente informatie verstrekt wordt. Volgens de tussentijdse bevraging is 98 % van de ziekenhuisapothekers van oordeel dat geneesmiddelen voor gebruik in een ziekenhuis geen bijsluiter meer hoeven te bevatten. Voor de ambulante patiënten ben ik net als u bezorgd over de digitale kloof. Ik zal niet aanvaarden dat de informatie op de bijsluiters niet meer toegankelijk is voor het deel van de bevolking dat geen smartphone gebruikt.

21.03 Sophie Rohonyi (DéFI): We zouden kunnen opteren voor een gedifferentieerde reglementering afhankelijk van het gebruik van het geneesmiddel, in een ziekenhuisomgeving of niet. Als men alleen nog zou werken met een QR-code, worden bejaarden, die meer geneesmiddelen slikken en wier gezondheid brozer is, uitgesloten. Er blijven nog vele vragen onbeantwoord over de manier waarop er in de praktijk zo een onderscheid gemaakt kan worden

de la Commission et les résultats du projet pilote seront connus.

L'incident est clos.

22 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres de traitement du cancer du sein non agréés" (55035227C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement du cancer du sein" (55035239C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fin du remboursement des soins dans les cliniques du sein non agréés" (55035286C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cliniques du sein" (55035346C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fin du remboursement dans les cliniques du sein non agréés" (55035383C)

22.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): On a appris récemment que le taux de survie dans les centres de traitement du cancer du sein non agréés est sensiblement plus faible que dans les centres agréés. Des organisations telles que Think Pink le soulignent d'ailleurs déjà depuis longtemps.

Comment se fait-il que cette information n'ait été révélée que maintenant? Comment les centres satellites agréés seront-ils traités? Une analyse comparative peut-elle constituer un outil permettant aux hôpitaux de s'informer mutuellement des résultats des traitements et d'améliorer ainsi la qualité des soins? Des projets tels que le Vlaamse Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²) sont-ils également en cours dans d'autres régions? Le ministre peut-il fournir certaines explications concernant les performances sous-optimales de centres de traitement du cancer du sein agréés, d'une part, et les excellentes performances de centres non agréés, d'autre part? Le gouvernement flamand fait-il pression pour que des mesures soient prises à l'égard des centres non agréés?

22.02 **Steven Creyelman** (VB): *Une femme sur cinq atteinte d'un cancer du sein est traitée dans un centre qui ne dispose pas d'un agrément officiel pour le traitement du cancer du sein. Ces patientes sont exposées à un risque de décès clairement supérieur par rapport à celles qui sont traitées dans une clinique du sein coordinatrice. Afin de proposer des*

in de reglementering op grond van de doelgroep en het gebruik. Wij zullen een waakzaam oog op de kwestie houden wanneer het voorstel van de Commissie en de resultaten van het proefproject bekend zullen zijn.

Het incident is gesloten.

22 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-erkende borstkankercentra" (55035227C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van borstkanker" (55035239C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het niet langer terugbetalen van borstkankerzorg in niet-erkende borstklinieken" (55035286C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De borstklinieken" (55035346C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het einde van de terugbetaling in niet-erkende borstcentra" (55035383C)

22.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Onlangs werd bekend dat de overlevingskans in niet-erkende borstcentra een pak lager ligt dan in erkende centra. Organisaties als Think Pink wezen daar trouwens al langer op.

Hoe komt het dat daar nu pas zicht op is? Hoe zullen de erkende satellietcentra behandeld worden? Kan een benchmarking een hulpmiddel zijn om ziekenhuizen onderling inzicht te geven in de behandelresultaten en zo de kwaliteit op te drijven? Lopen er ook in andere gewesten projecten zoals het Vlaamse Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²)? Kan de minister iets kwijt over het suboptimaal presteren van erkende borstcentra enerzijds en het zeer goed presteren van niet-erkende centra anderzijds? Dringt de Vlaamse regering erop aan dat er actie wordt genomen met betrekking tot de niet-erkende centra?

22.02 **Steven Creyelman** (VB): *Een op vijf vrouwen met borstkanker wordt behandeld in een centrum zonder officiële erkenning voor borstkanker en loopt een duidelijk hoger risico om te overlijden dan wie in een coördinerende borstkliniek wordt behandeld. Om zorg van hoge kwaliteit te garanderen werd in een KB van 2007 een aantal criteria vastgelegd*

soins de haute qualité, plusieurs critères ont été fixés dans un arrêté royal de 2007. Les hôpitaux doivent s'y conformer pour être agréés comme clinique du sein.

waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om als borstkliniek te worden erkend.

Le ministre va-t-il répondre favorablement à l'appel lancé par la Vlaams Patiëntenplatform en faveur d'une interdiction totale des opérations du cancer du sein dans les cliniques du sein non agréées? Les cliniques du sein agréées feront-elles l'objet d'une évaluation publique? Quelles cliniques du sein ne satisfont pas aux seuils d'activité minimums qui ont été fixés? L'incidence élevée du cancer du sein en Belgique fait-elle l'objet d'études? Le ministre va-t-il intervenir pour résoudre les problèmes de notification au Registre du Cancer? Qu'advient-il lorsqu'un hôpital continue à mentionner abusivement sa qualité de clinique du sein dans sa communication?

Zal de minister ingaan op het pleidooi van het Vlaams Patiëntenplatform voor een volledig verbod op borstkankeroperaties in niet-erkende borstklinieken? Komt er een openbare evaluatie van erkende borstklinieken? Welke borstklinieken voldoen niet aan de vastgelegde minimale activiteitendrempels? Wordt de hoge incidentie van borstkanker in België verder onderzocht? Zal de minister tussenkomen in de wijze waarop gerapporteerd wordt aan het Kankerregister? Wat gebeurt er als een ziekenhuis misleidend blijft communiceren over zijn status van borstkliniek?

22.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Vous annoncez un arrêt de remboursement immédiat des traitements effectués dans les cliniques du sein non agréées. Qu'en est-il de l'élaboration et de la mise en œuvre de votre plan d'action pour répondre aux recommandations du KCE? Vous ne voulez plus que les centres non agréés, y compris les centres satellites, réalisent des diagnostics, alors que ce n'est pas du tout ce que disent ces recommandations.

22.03 Catherine Fonck (Les Engagés): U hebt aangekondigd dat de terugbetaling van de behandelingen die in de niet-erkende borstklinieken uitgevoerd worden onmiddellijk zal worden stopgezet. Hoe staat het met het opstellen en het uitrollen van uw actieplan om op de aanbevelingen van het KCE in te gaan? U wilt ook niet dat de niet-erkende centra, met inbegrip van de satellietcentra, nog diagnoses stellen, terwijl de aanbevelingen daar helemaal niet toe strekken.

Vous annoncez aussi une révision immédiate de la réglementation relative à la coopération entre les hôpitaux coordinateurs et les hôpitaux satellites mais rien n'est prévu pour éviter des effets négatifs sur les femmes concernées. Sans période transitoire avant la suppression du remboursement des traitements dans les cliniques non agréées, il n'y aura pas de solution pour les femmes qui pourraient pâtir d'un défaut de continuité des soins ou d'un retard de traitement. Vous les renvoyez vers un deuxième avis mais il leur faudrait des semaines voire des mois pour obtenir un rendez-vous.

U kondigt ook aan dat de reglementering aangaande de samenwerking tussen de coördinerende ziekenhuizen en de satellietziekenhuizen onmiddellijk herzien zal worden, maar er wordt niets ondernomen om te voorkomen dat de betrokken vrouwen daardoor negatief geïmpact worden. Zonder overgangperiode vóór de afschaffing van de terugbetaling van de behandelingen in de niet-erkende borstklinieken zal er geen oplossing zijn voor de vrouwen wier behandeling onderbroken of uitgesteld zou kunnen worden. U verwijst naar de mogelijkheid van een second opinion, maar ze zullen weken of zelfs maanden op een afspraak moeten wachten.

Vous donnez à penser que les responsables des centres non agréés seraient des charlatans alors que certains affichent de très bons résultats. Qu'en sera-t-il des équipes actives auxquelles on signifierait un retrait d'agrément immédiat?

U wekt de indruk dat de verantwoordelijken van de niet-erkende centra kwakzalvers zijn, terwijl sommige op zeer goede resultaten kunnen bogen. Wat zal er gebeuren met de behandelende teams aan wie men zou laten weten dat hun erkenning onverwijld ingetrokken wordt?

Comment s'assurer que les autres équipes suffisent à une répartition efficace des patientes? On a modifié les communications sur les sites officiels dans la nuit de jeudi à vendredi. Veillera-t-on à permettre une transition garantissant la continuité et la qualité des soins?

Hoe kan men zeker zijn dat de andere teams volstaan om een efficiënte verdeling van de patiëntes mogelijk te maken? De berichten op de officiële sites werden in de nacht van donderdag op vrijdag aangepast. Zal men een overgang bewerkstelligen waarbij de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd worden?

22.04 Sophie Rohonyi (DéFI): L'étude du KCE affirme que les femmes traitées dans un hôpital non agréé pour le cancer du sein auraient 30 % de risques supplémentaires de succomber à leur maladie. Vous avez donc décidé de mettre fin au remboursement de certains actes réalisés en-dehors des cliniques agréées. Cette décision est problématique pour les femmes déjà diagnostiquées dans un centre non agréé comme pour celles qui ne disposent d'aucun centre agréé à proximité.

Quand cette décision sera-t-elle appliquée? S'appliquera-t-elle également aux patientes qui ont débuté leur prise en charge dans un centre non agréé et qui ne souhaitent ni changer de centre ni interrompre leur traitement?

Pourquoi réagir maintenant alors que le KCE rapportait déjà en 2012 cette différence dans le risque de mortalité? Pourquoi n'y a-t-il pas eu d'évaluation continue des résultats des centres? Comment assurer le diagnostic précoce pour les femmes ne disposant pas de centre agréé près de chez elles? Quelle aide êtes-vous prêt à accorder pour la création d'un centre agréé coordinateur en province de Luxembourg? Que se passerait-il si celui-ci n'atteignait pas le nombre minimal de diagnostics annuels exigés? A-t-on évalué les conséquences d'une telle suppression des remboursements?

22.05 Nawal Farih (cd&v): La mesure annoncée par le ministre soulève des interrogations chez les patients et dans les hôpitaux. Quelle solution propose-t-il pour les personnes en traitement dans une clinique du sein non agréée? Quand les remboursements seront-ils suspendus? Dès lors que les interventions chirurgicales ne pourront avoir lieu que dans les hôpitaux coordinateurs et que les hôpitaux satellites ne pourront, dans le futur, s'occuper que du suivi des traitements, à savoir la radiothérapie et la chimiothérapie, des problèmes se poseront dans la province du Limbourg. L'hôpital de Pelt, par exemple, abrite également un centre satellite et réalise plus de 135 interventions par an. Ce centre pourra-t-il continuer à pratiquer des interventions chirurgicales ou des médecins et des infirmiers devront-ils aller exercer ailleurs? Le critère de proximité pour les patients sera-t-il pris en compte? Qu'en est-il de la circulation des informations vers les entités fédérées?

Nous avons introduit une demande auprès de l'AIM afin de recevoir toutes les données cliniques et d'assurer la transparence dans les entités fédérées également. Je voudrais demander au ministre de créer un partenariat avec les entités fédérées afin que des traitements de qualité puissent être

22.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Volgens de studie van het KCE zouden vrouwen met borstkanker die in een niet-erkende borstkliniek behandeld worden 30 % meer risico lopen om aan hun ziekte te overlijden. U hebt daarom beslist dat bepaalde handelingen die niet in een erkende borstkliniek uitgevoerd worden, niet meer terugbetaald worden. Die beslissing is problematisch voor vrouwen die al met kanker gediagnosticeerd werden in een niet-erkend centrum en voor vrouwen die niet in de buurt van een erkend centrum wonen.

Wanneer zal die beslissing toegepast worden? Zal ze ook gelden voor patiënten die al behandeld worden in een niet-erkend centrum en die niet van centrum willen veranderen en evenmin hun behandeling willen onderbreken?

Waarom wordt er pas nu gereageerd, terwijl het KCE al in 2012 wees op dat verschil qua risico op overlijden? Waarom werden de resultaten van de centra niet continu geëvalueerd? Hoe kan een vroegtijdige diagnose worden gegarandeerd voor de vrouwen die ver van een erkend centrum wonen? Welke hulp bent u bereid te bieden voor de oprichting van een erkend coördinerend centrum in de provincie Luxemburg? Wat zal er gebeuren als dat centrum niet het minimaal vereiste aantal jaarlijkse diagnoses haalt? Heeft men de gevolgen van een dergelijke schraping van de terugbetalingen ingeschat?

22.05 Nawal Farih (cd&v): De door de minister aangekondigde maatregel doet bij patiënten en ziekenhuizen vragen rijzen. Welke oplossing biedt hij voor de mensen die in behandeling zijn in een niet-erkend borstcentrum? Wanneer wordt de terugbetaling stopgezet? De stelling dat de coördinerende ziekenhuizen de enige instellingen zullen zijn voor operatieve handelingen en een satellietziekenhuis in de toekomst enkel zal kunnen inzetten op de opvolging van de behandeling zoals bestraling en chemotherapie zal leiden tot problemen in de provincie Limburg. Het ziekenhuis in Pelt bijvoorbeeld herbergt ook een satellietcentrum en verricht meer dan 135 ingrepen per jaar. Zal dit centrum zijn chirurgische ingrepen mogen blijven uitvoeren of worden artsen en verpleegkundigen er weggehaald? Wordt er rekening gehouden met de nabijheid voor de patiënten? Hoe zit het met de informatiedoorstroming naar de deelstaten?

We hebben een aanvraag ingediend bij het IMA om alle klinische gegevens te ontvangen en ook in de deelstaten transparantie te bewerkstelligen. Ik wil de minister vragen een samenwerkingsverband te creëren met de deelstaten zodat kwaliteitsvolle behandelingen gecontroleerd kunnen worden en

contrôlés et garantis pour les patients.

tevens gegarandeerd zijn voor de patiënten.

22.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en *néerlandais*): Il s'agit d'une question sensible et importante. Certains estiment que j'ai réagi trop vite, tandis que d'autres se demandent pourquoi j'ai attendu si longtemps. Il faut évidemment savoir ce que l'on veut.

22.06 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Dit is een gevoelig en belangrijk thema. Sommigen vinden dat ik te snel heb gereageerd, terwijl anderen zich afvragen waarom ik zo lang heb gewacht. Men moet natuurlijk weten wat men wil.

(*En français*) Je sais depuis longtemps que les organisations de patientes sont inquiètes à cause du manque de clarté sur l'agrément des centres. Le KCE a fait une étude. Dès que celle-ci a été publiée, j'ai annoncé un plan d'action. J'ai attendu la publication de l'étude scientifique interprétant les données.

(*Frans*) Ik weet al lang dat de patiëntenverenigingen ongerust zijn door de onduidelijkheid over de erkenning van de centra. Het KCE heeft een studie uitgevoerd. Zodra die gepubliceerd werd, heb ik een plan van aanpak aangekondigd. Ik heb de publicatie van de wetenschappelijke studie waarin de gegevens geïnterpreteerd worden afgewacht.

(*En néerlandais*) Nous subodorions qu'il existait une différence de qualité mais je voulais attendre une étude qui ne se bornerait pas à collecter les données brutes mais les interpréterait. Cette étude a été réalisée par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) et constitue à présent la base de ma décision.

(*Nederlands*) Wij konden vermoeden dat er een verschil in kwaliteit was. Ik wou echter wachten op een studie die niet enkel ruwe gegevens verzamelt, maar ze ook interpreteert. Dit heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) gedaan en dit vormt nu de basis voor mijn beslissing.

La remarque selon laquelle une plus grande transparence des données en matière de qualité serait nécessaire est justifiée. Les actions entreprises par le Vlaams Instituut voor de Kwaliteit van de Zorg sont excellentes à mes yeux, raison pour laquelle une coopération a également été menée avec cet institut dans le cadre de l'étude sur le cancer du sein. En ce sens, il existe bien une harmonisation. Toutefois, cette harmonisation fait encore défaut en ce qui concerne les données collectées aux niveaux régional et fédéral.

De opmerking dat er meer transparantie van kwaliteitsgegevens nodig is, is terecht. Ik vind de acties van het Vlaams Instituut voor de Kwaliteit van de Zorg uitstekend en er is dan ook met hen samengewerkt in het kader van de studie over borstkanker. In die zin is er wel degelijk afstemming. Deze afstemming ontbreekt nog wel op vlak van wat er op regionaal en federaal niveau aan gegevens wordt verzameld.

Le rapport du KCE a interprété les données brutes afin de pouvoir en tirer des conclusions politiques.

Het rapport van het KCE heeft de ruwe gegevens geïnterpreteerd om daaruit beleidsconclusies te kunnen trekken.

(*En français*) J'ai littéralement énoncé les recommandations du KCE. C'est aussi mon devoir.

(*Frans*) Ik heb de aanbevelingen van het KCE letterlijk geciteerd. Dat is ook mijn plicht.

(*En néerlandais*) Aujourd'hui, le nombre de cliniques du sein agréées n'est pas limité. Si un campus est à même de poser plus de 125 nouveaux diagnostics par an, il doit immédiatement introduire une demande d'agrément et bénéficiera de la possibilité de financer une équipe multidisciplinaire. Cela s'applique donc également à l'hôpital de Pelt s'il pose effectivement plus de 125 diagnostics par an. L'agrément doit toutefois être accordé par les autorités flamandes.

(*Nederlands*) Er staat vandaag geen limiet op het aantal erkende borstklinieken. Als een campus meer dan 125 nieuwe diagnoses per jaar kan stellen, moet men onmiddellijk de aanvraag tot erkenning doen en krijgt men de mogelijkheid om een multidisciplinaire equipe te laten financieren. Dit geldt dus ook voor het ziekenhuis in Pelt als dat inderdaad jaarlijks meer dan 125 diagnoses uitvoert. De erkenning moet wel door de Vlaamse overheid gegeven worden.

(*En français*) En province de Luxembourg, Vivalia a l'obligation de demander l'agrément, car il faut qu'il y ait un programme spécialisé en cancer du sein dans chaque réseau. C'est une obligation légale. L'absence de décision par rapport au site à

(*Frans*) In de provincie Luxemburg is Vivalia verplicht de erkenning aan te vragen, want er moet een gespecialiseerd borstkankerprogramma aangeboden worden in elk netwerk. Dat is een wettelijke verplichting. Misschien heeft Vivalia dat

sélectionner les a peut-être empêchés de le faire jusqu'ici. Si le réseau s'accorde sur un site, selon mes informations, le nombre de diagnostics est atteint. Les concertations sont en cours avec les services de Mme Morreale. J'espère que cette question sera rapidement clarifiée.

Ce que j'ai dit sur les cliniques satellites est lié à ce que dit le centre d'expertise. Il faut repenser les paysages. Il y a les sites spécialisés, où des équipes multidisciplinaires expérimentées posent au moins 125 diagnostics par an, établissent un plan de traitement correct et, si nécessaire, réalisent de la chirurgie. Les traitements de suivi, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, peuvent se faire dans d'autres cliniques, en coopération avec les centres coordinateurs.

C'est un paysage qui combine la proximité pour les traitements de suivi avec une certaine concentration pour le plan, le diagnostic et la chirurgie. Mais pour cette concentration, il n'y a aucune limite. Chaque réseau d'hôpitaux doit avoir une telle clinique agréée comme coordinatrice, sans limite de nombre.

Suivant l'étude du KCE, je changerai la nomenclature pour que le remboursement de la consultation multidisciplinaire oncologique servant à établir le plan de traitement et la chirurgie ne soient possibles que dans les cliniques agréées coordinatrices. Mais ce changement prendra des mois.

Si elles sont inquiètes, les patientes peuvent demander un second avis, mais ne doivent pas reporter un traitement en cours. Cette nouvelle architecture concernera seulement celles et ceux qui reçoivent un nouveau diagnostic.

Si un jour, le remboursement n'est plus possible pour une intervention chirurgicale ou pour l'établissement du plan de traitement dans un centre qui n'a pas l'agrément, des patientes déjà dans une trajectoire pourront poursuivre celle-ci.

Je suis conscient de l'inquiétude que cela génère. Mais quand le centre de connaissance publie un tel rapport avec des recommandations très précises, auxquelles je n'ai rien ajouté ni retranché, il faut décider, même si cela crée des remous. Pour les nouveaux diagnostics, il faut que les médecins traitants qui ont un soupçon de diagnostic réfèrent les patientes à des centres agréés, et de préférence un centre coordinateur où il y a une garantie d'expérience.

nog niet gedaan omdat er nog geen beslissing gevallen is over de site. Als het netwerk het eens raakt over een site, wordt het aantal diagnoses volgens mijn informatie bereikt. Het overleg met de diensten van mevrouw Morreale is aan de gang. Ik hoop dat er snel duidelijkheid zal worden geschapen.

Wat ik gezegd heb over de satellietziekenhuizen hangt samen met wat het kenniscentrum zegt. We moeten het ziekenhuislandschap tegen het licht houden. Er zijn de gespecialiseerde sites, waar ervaren multidisciplinaire teams ten minste 125 diagnoses per jaar stellen, een correct behandelplan opstellen en indien nodig chirurgische ingrepen verrichten. De follow-upbehandeling, zoals chemotherapie en radiotherapie, kan plaatsvinden in andere klinieken, in samenwerking met de coördinatiecentra.

Het is een landschap dat nabijheid voor de nabehandeling combineert met een zekere concentratie voor diagnose, behandelplan en chirurgie. Op die concentratie staat er echter geen limiet. Elk ziekenhuisnetwerk moet een dergelijke erkende, coördinerende borstkliniek hebben, zonder dat er een beperking op het aantal borstklinieken staat.

Naar aanleiding van de studie van het KCE zal ik de nomenclatuur wijzigen zodat het multidisciplinair oncologisch consult dat dient om het behandelplan en de chirurgische ingrepen te bepalen enkel nog terugbetaald kan worden als het in een erkende, coördinerende borstkliniek plaatsvindt. Die wijziging zal echter enkele maanden in beslag nemen.

Patiënten die zich zorgen maken, kunnen een second opinion vragen, maar zij moeten een lopende behandeling niet uitstellen. Die nieuwe structuur zal enkel gelden voor patiënten die een nieuwe diagnose krijgen.

Als de terugbetaling van een heelkundige ingreep of van de kosten voor het opstellen van een behandelingsplan in een niet-erkend centrum ooit niet meer mogelijk is, zullen de patiënten die al een traject volgen, dat mogen voortzetten.

Ik ben me ervan bewust dat er daardoor bezorgdheid rijst, maar als het kenniscentrum zo een verslag publiceert, dat zeer precieze aanbevelingen bevat, waaraan ik niets toegevoegd heb en waaruit ik niets geschrapd heb, moet men beslissingen nemen, ook als dat opschudding veroorzaakt. Voor de nieuwe diagnoses moeten de behandelende artsen die een vermoeden van diagnose hebben, de patiënten naar erkende centra doorverwijzen, en bij voorkeur naar een coördinerend centrum, waar er een zekere ervaring gegarandeerd wordt.

(En néerlandais) Nous devons essayer d'intervenir correctement avec les entités fédérées. Le gouvernement flamand n'a pas demandé, dans un premier temps, d'agir au niveau des données. L'arrêté fédéral qui fixe les procédures d'agrément offre aux entités fédérées la possibilité d'agir. En effet, selon cet arrêté, les campus doivent conserver pendant 10 ans, pour l'autorité d'agrément, les données sur la base desquelles ils ont obtenu leur agrément. La création de nouveaux flux de données ne me paraît pas opportune. Il serait utile que toutes les données par campus soient disponibles numériquement pendant une période de 10 ans. Les entités fédérées peuvent simplement le demander. Nous devons examiner quels sont les flux de données les plus optimaux pour parvenir à une transparence et une coopération maximales.

(Nederlands) We moeten samen met de deelstaten proberen goed op te treden. De Vlaamse regering heeft aanvankelijk niet gevraagd om rond de data actie te ondernemen. Het federale besluit dat de erkenningsprocedures vastlegt, geeft de deelstaten de kans in actie te schieten. Campussen moeten volgens het besluit immers tien jaar lang voor de erkennende overheid de gegevens bijhouden waarvoor ze hun erkenning hebben gekregen. Nieuwe datastromen creëren lijkt me niet zinvol. Het zou goed zijn mochten alle data per campus digitaal beschikbaar zijn voor een periode van tien jaar. De deelstaten kunnen dat gewoon vragen. We moeten bekijken wat de optimaalste datastromen zijn om te komen tot maximale transparantie en samenwerking.

M. Creyelman demande s'il ne serait pas préférable d'interdire une intervention chirurgicale ou un plan de traitement dans une clinique du sein coordinatrice non agréée. Ce serait effectivement plus clair que le non-remboursement. Je réfléchis à cette possibilité. La solution la plus évidente est de cesser le remboursement, mais une interdiction me semble certainement constituer une deuxième étape judicieuse.

Mijnheer Creyelman vraagt of het niet beter zou zijn om een chirurgische interventie of een behandelingsplan in een niet-erkende coördinerende borstkliniek te verbieden. Dat zou inderdaad duidelijker zijn dan de niet-terugbetaling. Ik denk daarover na. Het meest evidente is om de terugbetaling te stoppen, maar een verbod lijkt me zeker een zinvolle tweede stap.

22.07 Frieda Gijbels (N-VA): Le gouvernement flamand a demandé, à plusieurs reprises, de tirer au clair la question des différences entre les cliniques du sein agréées et les cliniques du sein non agréées. Il est positif qu'une étude à ce sujet ait enfin été réalisée et, statistiquement, les cliniques agréées obtiennent de meilleurs résultats que les cliniques non agréées. Toutefois, les différences ne sont pas aussi tranchées que ne le laisse entendre le ministre. Les résultats de toutes les cliniques agréées ne sont pas, par définition, bons et ceux de toutes les cliniques non agréées ne sont pas nécessairement mauvais. Une approche individuelle semble dès lors nécessaire. Il est également important de noter que seuls 20 des 51 centre coordinateurs répondent au critère de volume.

22.07 Frieda Gijbels (N-VA): De Vlaamse regering heeft meerdere keren gevraagd om uit te zoeken wat de verschillen waren tussen erkende en niet-erkende borstcentra. Het is goed dat die studie er eindelijk is en statistisch gezien doen de erkende centra het beter dan de niet-erkende. Het is echter niet zo zwart-wit als de minister doet uitschijnen. Niet alle erkende centra zijn per definitie goed en niet alle niet-erkende per definitie slecht. Een individuele aanpak lijkt dus nodig. Belangrijk is ook dat maar 20 van de 51 coördinerende centra aan het volumecriterium voldoen.

22.08 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): J'ai évoqué les résultats fournis par le KCE. J'ajouterai que les cliniques agréées sont des centres multidisciplinaires, ce qui constitue une véritable plus-value pour les patients.

22.08 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik heb de resultaten van het KCE aangehaald. Ik moet hieraan toevoegen dat de erkende centra multidisciplinair werken en dat dit een echte meerwaarde is voor de patiënten.

22.09 Frieda Gijbels (N-VA): Toutes les cliniques agréées devraient répondre aux critères. L'analyse du KCE ne permet pas de savoir si et dans quelle mesure elles répondent à tous les critères.

22.09 Frieda Gijbels (N-VA): Alle erkende centra zouden aan de criteria moeten voldoen. Uit de analyse van het KCE is niet af te leiden of en in hoeverre ze er alle aan voldoen.

22.10 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): La législation oblige les cliniques à conserver les données et oblige les régions à les

22.10 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De wetgeving verplicht de centra om de gegevens bij te houden en de regio's om die te

contrôler.

22.11 Frieda Gijbels (N-VA): Les régions ne peuvent pas effectuer ce contrôle car elles ne parviennent pas à obtenir les données par hôpital.

Les contrôles doivent être permanents et non soudains, car cette situation a de nombreuses conséquences dans le paysage des soins et ne fait qu'augmenter l'inquiétude des patients. Une évaluation continue permettrait aux hôpitaux de tendre vers des soins de meilleure qualité et de se mesurer à d'autres établissements et prestataires.

J'espère surtout qu'il sera enfin plus aisé de disposer de certaines données pour rebondir plus rapidement.

22.12 Steven Creyelman (VB): L'initiative du ministre comporte de nombreux éléments très utiles, mais je continue à trouver étrange que les femmes qui reçoivent un diagnostic de cancer du sein suivent aveuglément l'avis de leur médecin et bénéficient de soins tout à fait différents selon qu'elles sont orientées vers un établissement ou un autre. Il est préoccupant de constater que des patientes se voient refuser le remboursement parce qu'elles suivent l'avis de leur médecin et s'adressent à un centre non agréé. J'estime que chaque acteur concerné doit être sanctionné, mais pas les patientes.

22.13 Catherine Fonck (Les Engagés): Vous avez dit que les patientes atteintes d'un cancer du sein traité dans les hôpitaux non agréés ne pourraient plus compter sur le remboursement de certains traitements, avec effet immédiat. Aujourd'hui, vous dites que cela va prendre des mois.

Vous dites faire un copié-collé de l'étude du KCE mais ce n'est pas exact. Vous présentez différemment les chiffres. Jamais je n'ai entendu ce que je trouve dans l'étude par rapport à des points de réserve, ou à la prise en considération de caractéristiques des patientes qui modifient le risque de décès. Il y a certains points pour lesquels nous ne disposons pas de résultats groupés. Certains centres non agréés ont un grand volume et de bons résultats. Certains centres agréés n'ont pas un grand volume et pas de bons résultats.

Le KCE insiste sur les mesures de transition car les délais de traitement sont un facteur crucial et un point majeur de la liste établie au niveau européen.

Vous voulez réserver les procédures de diagnostic aux cliniques coordinatrices, alors que le rapport

controleren.

22.11 Frieda Gijbels (N-VA): De regio's kunnen dat niet uitvoeren omdat ze niet over de data per campus kunnen beschikken.

De controle moet permanent zijn en niet plotseling, want dat zorgt voor ongerustheid in het zorglandschap en bij de patiënten. Continue evaluatie zorgt ervoor dat ziekenhuizen naar betere zorg streven en zich meten met andere ziekenhuizen en zorgverstrekkers.

Ik hoop vooral dat het eindelijk makkelijker zal worden om aan bepaalde gegevens te geraken, zodat korter op de bal gespeeld kan worden.

22.12 Steven Creyelman (VB): Er zitten heel waardevolle elementen in het initiatief van de minister, maar ik vind het nog steeds vreemd dat vrouwen die de diagnose borstkanker krijgen, blind het advies van hun dokter volgen en dan een heel andere zorg krijgen al naargelang ze naar de ene of naar de andere instelling worden doorverwezen. Terugbetaling afnemen van patiënten omdat ze het advies van hun dokter volgen en vervolgens naar een niet-erkend centrum gaan, is vrij bedenkelijk. Ik vind dat zowat elke betrokkene gestraft mag worden, maar wel niet de patiënt.

22.13 Catherine Fonck (Les Engagés): U hebt gezegd dat patiënten met borstkanker die in een niet-erkende borstkliniek behandeld worden niet meer zouden kunnen rekenen op de terugbetaling van bepaalde behandelingen en dat met onmiddellijke ingang. Vandaag zegt u dat dat maanden zal vergen.

U zegt dat u de KCE-studie integraal overgenomen hebt, maar dat klopt niet. U stelt de cijfers op een andere manier voor. Ik heb u nooit iets horen zeggen over wat ik in de studie lees over bepaalde reserves of over het in aanmerking nemen van eigenschappen van de patiënten die een impact hebben op het risico op overlijden. Voor bepaalde aspecten beschikken we niet over gegroepeerde resultaten. Sommige niet-erkende centra hebben een groot volume en boeken goede resultaten. Sommige erkende centra hebben geen groot volume en kunnen geen goede resultaten voorleggen.

Het KCE pleit nadrukkelijk voor overgangsmaatregelen, want de behandelingstermijnen zijn een cruciale factor en een belangrijk punt op de lijst die op het Europese niveau opgesteld werd.

U wilt de diagnoseprocedures voorbehouden aan de coördinerende ziekenhuizen, terwijl deze volgens

entend les réserver également aux cliniques satellites. Vous déclarez que ces dernières ne pourront plus établir de diagnostic, mais que leur reconnaissance supposera un minimum de 60 diagnostics par an. Voilà une contradiction majeure!

Je vous demande de pratiquer une communication moins anxiogène.

22.14 Sophie Rohonyi (DéFI): Vous vous retranchez derrière le rapport du KCE, tout en ne suivant qu'une partie de ses conclusions. De plus, vous les appliquez sans étudier l'impact pour ces centres et leurs patientes, que vous mettez au pied du mur plutôt que de les aider à se conformer aux conditions d'agrément et ainsi améliorer leur prise en charge des patientes.

Vous dites avoir un plan d'action, mais il faut aussi un calendrier et une évaluation en amont pour éviter les effets pervers de la mesure. Vous voulez nous rassurer en disant que cette mesure prendra des mois à être implantée et qu'elle ne visera pas les traitements en cours. Or certains durent des années. Quid, par exemple, en cas de rechute, de tumorectomie ou d'une mastectomie suivie d'une deuxième?

Qu'en sera-t-il en province de Luxembourg? Même en concentrant leur expertise sur un seul site, ces centres n'atteindront pas le minimum de diagnostic par an. Ces femmes devront-elles faire des dizaines de kilomètres pour un plan de traitement et pour leur traitement alors qu'elles sont déjà affaiblies par la maladie?

22.15 Nawal Farih (cd&v): Le gouvernement flamand ne peut effectuer de contrôle que sur demande. Lorsqu'un ancrage structurel y aura été donné, le contrôle de qualité se déroulera plus efficacement. En ce qui concerne les centres satellites, il convient de s'intéresser non seulement au volume réalisé par centre, mais également au volume par chirurgien. Il se peut que dans des hôpitaux de petite taille, des chirurgiens effectuent suffisamment d'opérations. Enfin, le ministre doit avant tout s'efforcer aujourd'hui de calmer les esprits, car il règne une vive inquiétude chez les patients et dans les hôpitaux.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 54.

het rapport ook aan de satellietziekenhuizen voorbehouden moeten worden. U verklaart dat de satellietziekenhuizen geen diagnose meer zullen mogen stellen, maar ook dat ze pas erkend kunnen worden als ze jaarlijks minimaal 60 diagnoses halen. Van een contradictio explicita gesproken!

Ik wil u vragen om de mensen minder angst aan te jagen in uw communicatie.

22.14 Sophie Rohonyi (DéFI): U verschuilt zich achter het rapport van het KCE, maar u volgt zijn conclusies maar gedeeltelijk. Bovendien past u ze toe zonder de impact op de centra en hun patientes te onderzoeken, en u zet de centra voor het blok in plaats van ze te helpen te voldoen aan de erkenningsvoorwaarden en zo een betere behandeling te bieden aan de patientes.

U beweert dat u een plan van aanpak hebt, maar er is ook een kalender nodig en een voorafgaande toetsing om kwalijke effecten te voorkomen. U wilt ons geruststellen door te stellen dat het maanden zal duren voor de maatregel geïmplementeerd is en dat lopende behandelingen er niet onder zullen vallen. Sommige behandelingen duren echter jarenlang. Wat gebeurt er bijvoorbeeld als de patiënte hervalt, of als een eerste tumorectomie of mastectomie gevolgd wordt door een tweede?

Wat zal er gebeuren in de provincie Luxemburg? Zelfs wanneer ze hun expertise concentreren op één site, zullen die centra het minimale aantal diagnoses per jaar niet halen. Zullen deze borstkankerpatientes, die al verzwakt zijn door hun ziekte, tientallen kilometers ver moeten reizen voor een behandelplan en een behandeling?

22.15 Nawal Farih (cd&v): De Vlaamse regering kan alleen op aanvraag een controle uitvoeren. Wanneer dit structureel wordt vastgelegd, zal de kwaliteitscontrole beter verlopen. Wat de satellietcentra betreft, moet het niet louter gaan om het volume dat gehaald wordt per centrum, maar ook per chirurg. In kleinere ziekenhuizen kunnen er wel chirurgen zijn die voldoende handelingen uitvoeren. Ten slotte moet de minister nu vooral trachten de gemoederen te bedaren, want de patienten en de ziekenhuizen maken zich grote zorgen.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.54 uur.