

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

18-07-2023

Après-midi

Dinsdag

18-07-2023

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 Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La maladie de Parkinson" (55037556C)	1
<i>Orateurs: Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Questions jointes de	2
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture des gardes psychiatriques de nuit de l'hôpital Van Gogh" (55037617C)	2
- Laurence Hennuy à Vincent Van Quickenborne (VPM Justice et Mer du Nord) sur "La fermeture de services d'urgences psychiatriques et l'impact sur les parquets" (55037619C)	2
<i>Orateurs: Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les frais de consultance" (55037653C)	4
<i>Orateurs: Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Questions jointes de	6
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La manifestation des médecins généralistes" (55037636C)	6
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La manifestation des médecins généralistes" (55037840C)	6
- Malik Ben Achour à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement de la garde médicale" (55038132C)	6
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les postes de garde des généralistes dans les zones à faible densité de population" (55038178C)	6
<i>Orateurs: Catherine Fonck, présidente du groupe Les Engagés, Sophie Rohonyi, Malik Ben Achour, Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Nawal Farih</i>	

INHOUD

Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekte van Parkinson" (55037556C)	1
<i>Sprekers: Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Samengevoegde vragen van	2
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van de psychiatrische nachtdienst in het ziekenhuis Van Gogh" (55037617C)	2
- Laurence Hennuy aan Vincent Van Quickenborne (VEM Justitie en Noordzee) over "De sluiting van psychiatrische spoeddiensten en de impact daarvan op de parketten" (55037619C)	2
<i>Sprekers: Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De consultancykosten" (55037653C)	4
<i>Sprekers: Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Samengevoegde vragen van	6
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betoging van de huisartsen" (55037636C)	6
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betoging van de huisartsen" (55037840C)	6
- Malik Ben Achour aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de huisartsenwachtposten" (55038132C)	6
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De huisartsenwachtposten in dunbevolkte gebieden" (55038178C)	6
<i>Sprekers: Catherine Fonck, voorzitter van de Les Engagés-fractie, Sophie Rohonyi, Malik Ben Achour, Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Nawal Farih</i>	

- Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le communiqué de l'ABSyM et le fonctionnement du ministre" (55037662C)
Orateurs: Kathleen Depoorter, Frank Vandebroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Question de Robby De Caluwé à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes liés à la procédure de remboursement de thérapies combinées" (55037673C)
Orateurs: Robby De Caluwé, Frank Vandebroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Question de Laurence Hennuy à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement par les assurances des mastectomies dans le cadre d'une transition" (55037700C)
Orateurs: Laurence Hennuy, Frank Vandebroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Question de Robby De Caluwé à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La protection offerte par les vaccins contre le Covid-19 aux patients transplantés du poumon" (55037734C)
Orateurs: Robby De Caluwé, Frank Vandebroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Question de Laurence Hennuy à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le projet Born in Belgium Professionals" (55037743C)
Orateurs: Laurence Hennuy, 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 abus dans le cadre des soins à domicile" (55037750C)
Orateurs: Kathleen Depoorter, Frank Vandebroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Question de Laurence Hennuy à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'éradication de l'hépatite C d'ici 2030" (55037747C)
Orateurs: Laurence Hennuy, Frank Vandebroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het BVAS-persbericht en het functioneren van de minister" (55037662C)
Sprekers: Kathleen Depoorter, Frank Vandebroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De problemen bij de terugbetalingsprocedure voor combinatietherapieën" (55037673C)
Sprekers: Robby De Caluwé, Frank Vandebroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling door de verzekering van borstamputaties in het kader van een transitie" (55037700C)
Sprekers: Laurence Hennuy, Frank Vandebroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bescherming van de COVID-19-vaccins voor longtransplantatiepatiënten" (55037734C)
Sprekers: Robby De Caluwé, Frank Vandebroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het project Born in Belgium Professionals" (55037743C)
Sprekers: Laurence Hennuy, Frank Vandebroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Misbruik in de thuisverpleging" (55037750C)
Sprekers: Kathleen Depoorter, Frank Vandebroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitroeiing van hepatitis C tegen 2030" (55037747C)
Sprekers: Laurence Hennuy, Frank Vandebroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de	23	Samengevoegde vragen van	23
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle campagne de vaccination" (55037752C)	23	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe vaccinatiecampagne" (55037752C)	23
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne automnale de vaccination contre le coronavirus" (55037789C)	23	- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herfstcampagne in verband met de covidvaccinatie" (55037789C)	23
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan de vaccination automnale contre le covid" (55038091C)	23	- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidvaccinatiecampagne in de herfst" (55038091C)	23
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rôle des pharmaciens dans la campagne de vaccination contre la grippe" (55038144C) <i>Orateurs: Kathleen Depoorter, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	23	- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rol van de apothekers in de griepvaccinatiecampagne" (55038144C) <i>Sprekers: Kathleen Depoorter, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	23
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation réalisée par le SECM concernant les primes covid pour les dentistes" (55037754C) <i>Orateurs: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	25	Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van de DGEC betreffende de covidpremies voor tandartsen" (55037754C) <i>Sprekers: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	25
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du SECM pour l'année 2022" (55037755C) <i>Orateurs: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	26	Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van de DGEC voor 2022" (55037755C) <i>Sprekers: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	26
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le détartrage préventif comme condition de remboursement du détartrage sous-gingival" (55037756C) <i>Orateurs: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	28	Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Preventieve tandsteenverwijdering als terugbetalingsvoorwaarde voor subgingivale reiniging" (55037756C) <i>Sprekers: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	28
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Celginase" (55037758C) <i>Orateurs: Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	29	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Celginase" (55037758C) <i>Sprekers: Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	29
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé	30	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en	30

publique) sur "La production de médicaments en Belgique" (55037759C)

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

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement des insuffisances cardiaques avec fraction d'éjection réduite (ICFER)" (55037765C)

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

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le téléchargement de dossiers médicaux sur CoZo" (55037801C)

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

Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le registre des implants "Orthoprider" (55038175C)

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

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de la nomenclature" (55037952C)

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

Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La préparation magistrale d'Antabuse" (55038010C)

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

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recrutement de personnel infirmier par le biais de sociétés d'interim" (55038028C)

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

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Drug Delivery Shortage Control

Volksgezondheid) over "De productie van geneesmiddelen in eigen land" (55037759C)

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

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van hartfalen met gereduceerde ejectiefractie (HFREF)" (55037765C)

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

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uploaden van medische verslagen in CoZo" (55037801C)

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

Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Orthoprideregister voor implantaten" (55038175C)

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

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nomenclatuurnieuwvorming" (55037952C)

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

Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De magistrale bereiding van Antabuse" (55038010C)

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

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanwerving van verpleegkundigen via uitzendbureaus" (55038028C)

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

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Drug Delivery Shortage

and Supply Improvement Act" (55038019C)		Control and Supply Improvement Act" (55038019C)	
<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 Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement des centres de prise en charge des violences sexuelles" (55038042C)	40	Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de zorgcentra na seksueel geweld" (55038042C)	40
<i>Orateurs:</i> Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription de PrEP" (55038043C)	41	Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven van PrEP" (55038043C)	41
<i>Orateurs:</i> Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres d'accompagnement de la transidentité" (55038044C)	43	Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De centra voor transgenderzorg" (55038044C)	43
<i>Orateurs:</i> Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La limite d'âge pour les donneurs de cellules souches" (55038045C)	44	Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De leeftijdsgrens voor stamcel donors" (55038045C)	44
<i>Orateurs:</i> Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'oncologie pédiatrique" (55038055C)	45	Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Pediatrische oncologie" (55038055C)	45
<i>Orateurs:</i> Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Nawal Farih, 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'historique médicamenteux des patients" (55038096C)	46	Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medicatiehistoriek van patiënten" (55038096C)	46
<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	
Questions jointes de	47	Samengevoegde vragen van	47
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le produit amaigrissant Ozempic" (55038133C)	47	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het afslankmiddel Ozempic" (55038133C)	47
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM	47	- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM	47

Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de l'EMA portant sur l'Ozempic" (55038166C)

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

Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onderzoek van het EMA naar Ozempic" (55038166C)

Sprekers: **Kathleen Depoorter, 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 "Le trajet de soins buccaux" (55038189C) 49

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

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het mondzorgtraject" (55038189C) 49

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

Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les chiffres alarmants relatifs au surpoids et à l'obésité chez les jeunes" (55038192C) 50

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

Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onrustwekkende overgewicht- en obesitascijfers bij jongeren" (55038192C) 50

Sprekers: **Mieke Claes, 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 convention logopèdes" (55038193C) 51

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

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventie logopedisten" (55038193C) 51

Sprekers: **Frieda Gijbels, 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 "Le montant non versé lors de l'application de la règle de 25 % en kinésithérapie" (55038195C) 52

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

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het niet-uitgekeerde bedrag bij toepassing van de 25 %-regel in kinesitherapie" (55038195C) 52

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

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 18 JUILLET 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSdag 18 JULI 2023

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 13 h 07 par M. Thierry Warmoes, président.

Le texte en italique est le résumé de la question préalablement déposée.

Le **président**: La question n° 55037288C de Mme Merckx est transformée en question écrite.

01 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La maladie de Parkinson" (55037556C)

01.01 Robby De Caluwé (Open Vld): La Vlaamse Parkinson Liga a publié une lettre ouverte contenant 12 propositions en matière de politique.

Qu'en pense le ministre et quelles propositions va-t-il concrétiser? Se concertera-t-il également avec les ministres des entités fédérées?

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): La maladie de Parkinson est une maladie grave et le nombre de patients augmente rapidement. Il y a peu, j'ai discuté avec un expert néerlandais de premier ordre de la coordination des soins aux Pays-Bas et des causes possibles de l'augmentation rapide du nombre de patients.

J'ai lu les 12 propositions politiques, mais je ne puis y répondre en deux temps, trois mouvements, de manière sûre, car certaines propositions relèvent des compétences de la Région flamande. D'autres relèvent du fédéral, mais pas toujours de mes compétences. Par exemple, la recherche scientifique est essentielle, mais elle relève de la compétence du secrétaire d'État chargé de la politique scientifique.

La structure complexe de notre État ne facilite pas les choses. Ainsi, la Vlaamse Parkinson Liga

De openbare commissievergadering wordt geopend om 13.07 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55037288C van mevrouw Merckx wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

01 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekte van Parkinson" (55037556C)

01.01 Robby De Caluwé (Open Vld): De Vlaamse Parkinson Liga schreef een open brief met 12 beleidsvoorstellen.

Wat vindt de minister van die beleidsvoorstellen en welke zal hij implementeren? Zal hij ook overleggen met de deelstaatsministers?

01.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De ziekte van Parkinson is ernstig en het aantal patiënten stijgt snel. Ik heb nog niet zo lang geleden een Nederlandse topexpert gesproken over de Nederlandse zorgcoördinatie en de mogelijke oorzaken voor de snelle toename van het aantal patiënten.

Ik heb de 12 beleidsvoorstellen gelezen, maar ik kan daar niet zomaar sluitend op reageren, vermits sommige voorstellen Vlaamse bevoegdheden betreffen. Andere voorstellen zijn gericht op federale bevoegdheden, maar dan niet altijd bevoegdheden die onder mijn gezag ressorteren. Zo is wetenschappelijk onderzoek cruciaal, maar daarvoor is de staatssecretaris van Wetenschapsbeleid bevoegd.

Onze complexe staatsstructuur maakt het niet gemakkelijker. Zo vraagt de Parkinson Liga om een

demande l'installation d'un guichet central regroupant les besoins de soins des patients souffrant de la maladie de Parkinson, mais il existe de nombreuses institutions dans notre pays, comme les mutuelles, l'INAMI, la *Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap*, le VDAB, l'ONEM, etc. Tous ces organismes possèdent leur propre réglementation, à différents niveaux de compétences. La demande d'un guichet central témoigne toutefois des difficultés auxquelles les malades chroniques sont confrontés à tous les niveaux lorsqu'ils essaient de s'orienter dans l'enchevêtrement des instances et des guichets. En réalité, l'on pourrait effectuer ce même exercice pour d'autres maladies. Je souhaiterais plutôt étudier ces 12 propositions politiques en qualité de citoyen intéressé et de membre de mon parti et examiner en profondeur ce que nous pourrions en faire au cours d'une prochaine législature.

Nous apportons toutefois une réponse partielle par le biais d'un projet pilote approuvé récemment permettant à la *Vlaamse Parkinson Liga* et à l'Association Parkinson de recruter 12 responsables de dossier qui peuvent répertorier et suivre les besoins spécifiques des patients souffrant de la maladie de Parkinson dans le cadre d'un parcours de soins multidisciplinaire.

Il s'agit donc d'un soutien orienté sur la pathologie du patient dans sa recherche des soins adéquats. Je libère à cet effet un montant de 1 050 514 euros, réparti entre la *Vlaamse Parkinson Liga* et l'Association Parkinson.

J'ai d'ailleurs pris une décision analogue pour la Ligue de la Sclérose en Plaques, pour les patients atteints de la maladie de Huntington et pour les patients atteints de SLA. Les organisations de patients pourront assumer un rôle beaucoup plus important et peut-être pourront-elles parvenir à mieux cartographier les actions à entreprendre par les pouvoirs publics pour aider les patients à trouver leur chemin au sein de l'offre.

01.03 Robby De Caluwé (Open Vld): La réalisation de plusieurs propositions est difficile, en effet, dans le cadre de la structure actuelle de l'État. Il convient toutefois de réfléchir à la manière dont on pourrait mieux organiser certains éléments.

L'incident est clos.

02 Questions jointes de

- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture des gardes psychiatriques de nuit de l'hôpital Van Gogh" (55037617C)
- Laurence Hennuy à Vincent Van Quickenborne (VPM Justice et Mer du Nord) sur "La fermeture de

central loket te installeren dat de zorgbehoeften van parkinsonpatiënten bundelt, maar in ons land hebben we te maken met ziekenfondsen, het RIZIV, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, de VDAB, de RVA enz. Al die instanties op verschillende bevoegdheidsniveaus hebben eigen regelgevingen. De vraag naar een centraal loket zegt ons wel iets over de moeilijkheden waarmee chronisch zieken op alle niveaus te maken krijgen als ze hun weg zoeken door het kluwen van instanties en loketten. En eigenlijk zou men diezelfde oefening kunnen maken voor andere ziektes. Ik zou die 12 beleidsvoorstellen veeleer als geïnteresseerde burger en partijlid grondig willen bestuderen en bekijken wat we daarmee in een volgende legislatuur zouden kunnen doen.

We geven wel deels een antwoord met een recent goedgekeurd proefproject, waardoor de Parkinson Liga en de Association Parkinson 12 casemanagers kunnen aanwerven die de specifieke noden en behoeften van parkinsonpatiënten in kaart kunnen brengen en opvolgen in een multidisciplinair zorgtraject.

Het gaat dus om een pathologiegeoriënteerde ondersteuning van de patiënt in zijn zoektocht naar de juiste zorg. Ik maak daarvoor een bedrag van 1.050.514 euro vrij, verdeeld over de Franstalige en Nederlandstalige afdeling van de Parkinson Liga.

Ik heb trouwens een gelijkaardige beslissing genomen voor de MS-Liga, voor patiënten met Huntington en voor patiënten met ALS. De patiëntenorganisaties zullen daarin een veel sterkere rol op zich kunnen nemen en misschien kunnen we zo ook tot een beter inzicht komen in wat de overheid moet doen opdat patiënten hun weg in het aanbod zouden vinden.

01.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Een aantal voorstellen kunnen we in de huidige staatsstructuur inderdaad moeilijk realiseren. We moeten echter nadenken hoe we een en ander efficiënter kunnen organiseren.

Het incident is gesloten.

02 Samengevoegde vragen van

- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van de psychiatische nachtdienst in het ziekenhuis Van Gogh" (55037617C)
- Laurence Hennuy aan Vincent

services d'urgences psychiatriques et l'impact sur les parquets" (55037619C)

02.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Le service d'urgences psychiatriques de l'hôpital Van Gogh à Marchienne-au-Pont accueille 24h/24h les urgences psychiatriques ou psycho-sociales. Mis en place en 1992, il visait à réduire le nombre d'hospitalisations.

Depuis le 1^{er} juillet, ce service de garde psychiatrique est fermé, les patients étant renvoyés vers les services d'urgences classiques. L'ISPPC évoque une décision liée au coût et aux demandes de médecins confrontés aux sous-effectifs. Ce service, que l'intercommunale finançait à hauteur de 500 000 euros, était fort utile, notamment aux procureurs du Roi qui y plaçaient des prévenus en décompensation.

La seule alternative restant aux parquets est la prison, inadaptée à la prise en charge de personnes dans cet état. Quelles raisons ont-elles amené à ne plus financer ce service? Quelle alternative était-elle à l'époque préconisée? Lors de votre collaboration avec le ministre de la Justice, avez-vous abordé la question des prévenus présentant des troubles psychiatriques?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en français*): À l'époque, le fédéral a effectivement financé ce projet pilote sur deux périodes de trois ans. Pour l'hôpital Van Gogh à Marchienne-au-Pont, l'hôpital Brugmann et l'hôpital Stuivenberg à Anvers, les contrats se sont achevés fin 1997. Selon un rapport de l'hôpital universitaire de Gand, ces trois institutions devaient poursuivre leur travail et leurs contrats ont été renouvelés.

En 2006-2007, le SPF Santé publique a souvent interpellé l'hôpital Van Gogh pour qu'il respecte des exigences contractuelles. Tel n'a pas été le cas: absence de *case manager* et de psychologues; 1,2 ETP au lieu des trois requis dans le contrat; défaut de pièces justificatives pour les paiements. Dès lors, le ministre Donfut, a mis fin au contrat.

Le projet pilote du CHU Brugmann et du ZNA PZ Stuivenberg sont toujours en activité.

Van Quickenborne (VEM Justitie en Noordzee) over "De sluiting van psychiatrische spoeddiensten en de impact daarvan op de parketten" (55037619C)

02.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): De psychiatrische spoeddienst van het ziekenhuis Van Gogh in Marchienne-au-Pont vangt 24/24 personen op die spoedeisende psychiatrische hulp nodig hebben of in een spoedeisende psychosociale situatie verkeren. Die dienst werd in 1992 opgericht, teneinde het aantal ziekenhuisopnames terug te dringen.

Sinds 1 juli is die psychiatrische wachtdienst gesloten en worden patiënten doorverwezen naar de klassieke spoeddiensten. Volgens de intercommunale ISPPC werd die beslissing genomen uit kostenoverwegingen en op vraag van de artsen, die geconfronteerd worden met een personeelstekort. Die dienst, die 500.000 euro financiering ontving van de intercommunale, was bijzonder nuttig, met name voor de procureurs des Konings, die er verdachten met psychische decompensatie lieten opnemen.

Het enige alternatief dat de parketten nog hebben is de gevangenis, maar dat is geen geschikte omgeving om personen in die toestand te behandelen. Om welke redenen is er beslist om die dienst niet langer te financieren? Welk alternatief werd er destijds voorgestaan? Hebt u de kwestie van de verdachten met psychiatrische stoornissen aan de orde gesteld in het kader van uw samenwerking met de minister van Justitie?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Frans*): Destijds heeft de federale overheid dit proefproject over twee periodes van drie jaar gefinancierd. Eind 1997 liepen de contracten af voor het Hôpital Vincent Van Gogh in Marchienne-au-Pont, het Brugmannziekenhuis en het Antwerpse Stuivenbergziekenhuis. Volgens een rapport van het Universitair Ziekenhuis Gent moesten de drie instellingen hun werk voortzetten. Hun contracten werden dan ook verlengd.

In 2006-2007 moest de FOD Volksgezondheid het Hôpital Vincent Van Gogh er vaak toe oproepen om de contractuele verplichtingen na te leven. Dat gebeurde niet: er werden geen casemanager en geen psychologen aangesteld; er was slechts sprake van 1,2 vte's in plaats van de drie die volgens het contract vereist zijn; er konden geen bewijsstukken voorgelegd worden voor de betalingen. Minister Donfut heeft het contract dan ook stopgezet.

Het proefproject in het Brugmann- en Stuivenbergziekenhuis is nog steeds aan de gang.

Le 18 mai 2022, j'ai lancé le 3^e appel à projets vers les réseaux de soins de santé mentale visant à renforcer le trajet de soins de crise en développant des services *high intensive care* dans chaque réseau de santé mentale pour adultes.

Pour le Réseau Mosaïque, la proposition est de créer deux unités HICU (*High & Intensive Care units*) organisées dans trois implantations: l'hôpital psychiatrique Saint-Bernard, l'ISPPC du Pays de Charleroi, dont l'Hôpital Vincent Van Gogh, et le Grand Hôpital de Charleroi, pour un total de 40 lits et 8 lits de crise.

Un financement a déjà été alloué pour 2022 et 2023.

La réforme des soins de santé pénitentiaires concerne toutes les personnes détenues, quel que soit leur statut juridique. Tous sont vus par un médecin dans les 24 heures après leur entrée en prison en vue d'identifier les éventuelles urgences physiques et psychiques et d'assurer une continuité maximale des soins.

En outre, dans le cadre de la réforme des soins de santé pénitentiaires, au moins dans certaines prisons pilotes un dépistage plus approfondi de la personne est effectué et un soutien psychologique supplémentaire est recherché en première ligne ainsi qu'une meilleure coopération entre les prestataires de soins de santé.

En bref, par le passé, il a effectivement été question d'arrêter le projet au sein de l'hôpital que vous citez. Il y a maintenant la nouvelle initiative HICU. Avec mon collègue en charge de la Justice, nous faisons le nécessaire afin d'améliorer la situation.

02.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): L'ouverture de ces lits de crise est rassurante. Je préviendrai les parquets.

02.04 Frank Vandenbroucke, ministre (*en français*): Une note infrapaginale donne plus de détails sur la répartition des HICU.

L'incident est clos.

03 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les frais de consultance" (55037653C)

03.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Dans la

Op 18 mei 2022 heb ik de derde projectoproep voor de netwerken van geestelijke gezondheidszorg gelanceerd, met als doel het crisiszorgpad te versterken door in elk netwerk voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen high intensive carediensten uit te bouwen.

Wat het 'réseau Mosaïque' betreft, wordt er voorgesteld om twee HICU-eenheden (High & Intensive Care Units) op te richten, die in drie vestigingen georganiseerd worden: het Centre Psychiatrique Saint-Bernard, het ISPPC du pays de Charleroi, waarvan het Hôpital Vincent Van Gogh deel uitmaakt, en het Grand Hôpital de Charleroi. In totaal zal er in 40 bedden en 8 crisisbedden voorzien worden.

Voor 2022 en 2023 werd al een financiering toegekend.

De hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg betreft alle gedetineerden, ongeacht hun juridisch statuut. Ze worden allemaal binnen de 24 uur na hun opsluiting in de gevangenis door een arts onderzocht om eventuele fysieke of psychische noodsituaties vast te stellen en een maximale zorgcontinuïteit te garanderen.

Bovendien zal er in het kader van de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg minstens in bepaalde gevangenis bij wijze van experiment een grondigere screening van de gedetineerde plaatsvinden en wordt er gestreefd naar extra psychologische eerstelijns ondersteuning en naar een betere samenwerking tussen de gezondheidszorgverstrekkers.

Kortom, in het verleden werd er inderdaad geopperd om het project in het ziekenhuis waarnaar u verwijst stop te zetten. Nu is er het nieuwe HICU-initiatief. Samen met mijn collega, de minister van Justitie, doen we het nodige om de situatie te verbeteren.

02.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Het is geruststellend dat die acht crisisbedden vrijgemaakt worden. Ik zal dat aan de parketten laten weten.

02.04 Minister Frank Vandenbroucke (*Frans*): Ik beschik over een voetnoot met meer details over de spreiding van de HICU's.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De consultancykosten" (55037653C)

03.01 Kathleen Depoorter (N-VA): In het antwoord

réponse à la question n° 55028560C de Mme Gijbels, le ministre a mentionné deux bureaux de consultance supplémentaires et un coût différent de celui mentionné dans la réponse à ma question n° 55032145C. Pour Deloitte, il y a une différence de 617 000 euros entre les deux réponses.

Comment le ministre explique-t-il cette différence? Puis-je obtenir une liste de toutes les sociétés qui ont fourni des services en période de covid ainsi que leurs coûts?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Les consultants akkanto et Paronella ne figuraient pas sur la liste que j'avais transmise à Mme Gijbels. La différence chez Deloitte est due à une interprétation plus large que la seule période covid. Je fournirai une liste détaillée à Mme Depoorter, sur laquelle les différences sont clairement indiquées.

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Pourquoi dois-je poser trois fois la question avant d'obtenir une réponse claire?

03.04 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Je considère les frais de support au commissariat corona comme faisant partie du covid, mais mes collaborateurs n'ont pas tenu compte de cet élément lors de la précédente réponse à Mme Depoorter.

03.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Une erreur de 617 000 euros s'est glissée dans le calcul des 9,5 millions d'euros. Cela représente un montant substantiel. En outre, je ne pense pas que tous les services auxiliaires, logistiques et opérationnels soient inclus dans ce montant. Il s'agit en effet de missions en matière informatique.

03.06 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Ma réponse porte principalement sur les différences sur la liste covid des sociétés de consultance. Je ferai examiner les autres contrats et les fournirai ultérieurement.

03.07 Kathleen Depoorter (N-VA): C'est la troisième fois que je pose cette question. J'attends déjà depuis deux mois une réponse à ma question écrite. Je reçois à chaque fois une réponse différente.

03.08 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): La question pourrait évidemment aussi être formulée plus clairement. Dans sa question, Mme Depoorter parle des frais de consultance.

Il apparaît à présent que Mme Depoorter souhaite une liste de toutes les entreprises, y compris de celles qui, par exemple, ont fourni les repas au

op vraag nr. 55028560C van mevrouw Gijbels vermeldde de minister twee bijkomende consultancybureaus en een andere kostprijs dan in het antwoord op mijn vraag nr. 55032145C. Voor Deloitte is er een verschil van 617.000 euro tussen de twee antwoorden.

Hoe verklaart de minister dat? Kan ik een lijst krijgen van alle bedrijven die diensten hebben geleverd tijdens de covidperiode en hun kostprijs?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): In de lijst die ik aan mevrouw Gijbels had gegeven waren de consultants akkanto en Paronella niet opgenomen. Het verschil bij Deloitte heeft te maken met een bredere interpretatie dan enkel de covidperiode. Ik zal mevrouw Depoorter een gedetailleerde lijst bezorgen waarop de verschillen duidelijk zijn.

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Waarom moet ik deze vraag drie keer stellen om een duidelijk antwoord te krijgen?

03.04 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): De kosten voor de ondersteuning van het coronacommissariaat beschouw ik als een deel van covid, maar dat hebben mijn medewerkers in het eerdere antwoord aan mevrouw Depoorter over het hoofd gezien.

03.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Op 9,5 miljoen euro was er 617.000 euro fout gerekend. Dat is een substantieel bedrag. Bovendien denk ik niet dat alle ondersteunende, logistieke en operationele diensten in dat bedrag vervat zitten. Het gaat dan ook over de IT-opdrachten.

03.06 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Mijn antwoord gaat vooral over de verschillen op de covidlijst van consultancybedrijven. Ik zal de andere contracten laten onderzoeken en later bezorgen.

03.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is nu de derde keer dat ik deze vraag stel. Ik wacht al twee maanden op een antwoord op een schriftelijke vraag. Ik krijg telkens een ander antwoord.

03.08 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): De vraag kan ook duidelijker geformuleerd worden natuurlijk. In haar vraag heeft mevrouw Depoorter het over consultancykosten.

Nu blijkt dat mevrouw Depoorter graag een lijst heeft van alle bedrijven – ook bedrijven die bijvoorbeeld het eten leverden voor het personeel – wil ik daar wel

personnel. Je suis disposé à la fournir, mais ce n'est pas ce que j'avais compris en lisant sa question.

Le **président**: Si Mme Depoorter souhaite obtenir une liste de contrats, elle devra déposer une question écrite dans ce sens.

03.09 Kathleen Depoorter (N-VA): C'est ce que je demande depuis deux mois déjà. La clarté se fait encore et toujours attendre. Les contrats et les factures dont nous souhaitons prendre connaissance demeurent dans la nature. Lorsque j'adresse au ministre une question orale, il m'est reproché de ne pas être suffisamment précise. Le ministre fait tout ce qu'il peut pour ne pas avoir à répondre, ou peut-être sa comptabilité n'est-elle pas en ordre.

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La manifestation des médecins généralistes" (55037636C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La manifestation des médecins généralistes" (55037840C)
- Malik Ben Achour à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement de la garde médicale" (55038132C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les postes de garde des généralistes dans les zones à faible densité de population" (55038178C)

04.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Depuis le dépôt de ma question, il a été annoncé qu'un accord avait été trouvé.

On assiste aujourd'hui à un transfert de la responsabilité du 1733, organisé par les autorités, vers un tri privé organisé par les médecins généralistes, avec plus d'argent pour les grands cercles. Cet accord pose un certain nombre de questions. Certains cercles ont une densité de médecins généralistes plus faible, et pas seulement en milieu rural. Il y a souvent de long trajets et le nombre des rappels nocturnes est en forte augmentation. Les chiffres ont été objectivés par rapport au module antérieur.

Qu'en est-il de toutes ces situations dont on n'a pas tenu compte? Qu'en est-il pour les cas de niveau 7 qui surviennent pendant les heures de garde, dont on sait que la prise en charge doit intervenir dans les 12 heures? Qu'en est-il pour les cas de niveau 6 pour lesquels des discussions avaient été ouvertes?

voor zorgen, maar zo had ik het niet uit haar vraag begrepen.

De **voorzitter**: Als mevrouw Depoorter een lijst van contracten wil, zal ze daarvoor een schriftelijke vraag moeten indienen.

03.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Daar wacht ik nu al twee maanden op. Die duidelijkheid komt maar niet. Contracten en facturen die wij willen inkijken, komen maar niet. Als ik dan een mondelinge vraag indien, krijg ik het verwijt dat ze niet specifiek genoeg is. De minister doet hard zijn best om niet te moeten antwoorden, of zijn boekhouding is niet op orde.

Het incident is gesloten.

04 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betoging van de huisartsen" (55037636C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betoging van de huisartsen" (55037840C)
- Malik Ben Achour aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de huisartsenwachtposten" (55038132C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De huisartsenwachtposten in dunbevolkte gebieden" (55038178C)

04.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Nadat ik mijn vraag ingediend had, werd er aangekondigd dat men tot een akkoord gekomen is.

Thans zien we dat de verantwoordelijkheid wordt overgeheveld van de 1733-centrales, die door de overheid ingericht worden, naar een private triage, die ingericht wordt door de huisartsen, met meer geld voor de grote huisartsenkringen. Dat akkoord doet bepaalde vragen rijzen. In sommige kringen zijn er minder huisartsen, en dat is niet alleen in de landelijke gebieden het geval. Vaak moet men lange afstanden afleggen en het aantal nachtelijke oproepen neemt fors toe. Die cijfers werden geobjectiveerd in vergelijking met de vorige module.

Wat zal er gebeuren in al die situaties waarmee men geen rekening gehouden heeft? Waarin zal er voorzien worden voor de gevallen van niveau 7 tijdens de wachturen, waarvan men weet dat ze binnen 12 uur behandeld moeten worden? Waarin zal er voorzien worden voor de gevallen van niveau 6, waarover er besprekingen aangevat

werden?

La gestion des urgences a été privatisée, alors qu'elle aurait dû rester centralisée via le 1733. Cela implique encore plus de renvois vers des salles d'urgence saturées. Les effets pervers de ce système risquent de s'aggraver au détriment des patients, des soignants et de la santé publique.

Het beheer van noodsituaties werd geprivatiseerd, terwijl het gecentraliseerd had moeten blijven via de 1733-centrales. Nu zullen nog meer patiënten naar overbevroegde spoeddiensten doorverwezen worden. De perverse effecten van het systeem dreigen nog erger te worden, ten koste van de patiënten, de zorgverleners en de volksgezondheid.

04.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Le 28 juin dernier, les médecins généralistes manifestaient partout en Wallonie contre l'ingérence du fédéral, la réorganisation des gardes pendant la nuit profonde mais aussi la suppression du tri 1733. Votre réforme contraindrait le médecin généraliste de garde à être réveillé jusqu'à 10 fois par nuit, alors qu'avec le 1733, il ne le serait qu'en moyenne 1,2 fois.

04.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Op 28 juni zijn de huisartsen overal in Wallonië op straat gekomen tegen de bemoeienis van de federale overheid, de reorganisatie van de wachtdiensten tijdens de diepe nacht, maar ook de afschaffing van de triage via de 1733-centrales. Door uw hervorming dreigt de huisarts van wacht tot tienmaal per nacht gewekt te worden, terwijl dat met de 1733-centrale gemiddeld beperkt zou blijven tot 1,2 keer.

Le 21 juin, vous m'aviez expliqué qu'une garde n'est pas agréable, mais que cela fait partie du job! Comme si les médecins dénonçaient leur épuisement par caprice! Ils dénoncent une réforme qui ne leur permet pas d'assurer ces gardes dans de bonnes conditions, pour leur santé et surtout pour la qualité des soins aux patients.

Op 21 juni zei u me dat het vervullen van een wachtdienst niet aangenaam is, maar dat het deel uitmaakt van de job! Alsof de artsen beweren dat ze uitgeput zijn omdat ze te verwend zouden zijn! Ze hekelen een hervorming die hun niet in staat stelt om hun wachtdiensten in goede omstandigheden waar te nemen. Ze doen dat in het belang van hun gezondheid en vooral van de kwaliteit van de zorgverstrekking aan de patiënten.

Comment l'accord conclu depuis lors a-t-il pris en considération les zones en pénurie de médecins? Comment les généralistes ont-ils été consultés? Un retour du tri sélectif par le 1733 est-il envisageable?

Op welke manier werd in het intussen gesloten akkoord rekening gehouden met de zones waar er een artsentekort heerst? Werd er overleg gepleegd met de huisartsen? Is het een optie om de selectieve triage via de 1733-centrales opnieuw in te voeren?

04.03 Malik Ben Achour (PS): Le 28 juin, les généralistes exprimaient leur désaccord avec la nouvelle directive 1733. Cela a surtout des conséquences dans la ruralité, où les médecins sont moins nombreux et les tours de garde moins espacés.

04.03 Malik Ben Achour (PS): Op 28 juni hebben de huisartsen uiting gegeven aan hun onvrede over de nieuwe 1733-richtlijn. Die heeft vooral een impact in de landelijke gebieden, waar er minder huisartsen zijn en er minder tijd ligt tussen twee opeenvolgende wachtdiensten.

Selon l'Association des Médecins généralistes de l'Est Francophone, les nouvelles obligations feraient passer le nombre de médecins de garde par week-end dans l'arrondissement de Verviers de 27 à 60 (140 000 euros supplémentaires par an). Il faudrait un secrétariat médical dans chaque poste, et passer de 2,9 ETP à 12,26 ETP (surcoût de 750 000 euros/an pour les week-ends).

Volgens de Association des Médecins généralistes de l'Est Francophone zou het aantal huisartsen met wachtdienst in het arrondissement Verviers door de nieuwe verplichtingen per weekend toenemen van 27 tot 60 (140.000 euro meer per jaar). Er zou op elke post een medisch secretariaat ingericht moeten worden en het aantal vte's zou opgetrokken moeten worden van 2,9 tot 12,26 (bijkomende kosten ten belope van 750.000 euro per jaar voor de weekends).

Il deviendra impossible d'assurer le même service, et des postes de garde seraient amenés à fermer. Certains patients devraient faire une heure de route pour voir un médecin.

Het zal onmogelijk worden om dezelfde dienstverlening te bieden en er zouden wachtposten moeten sluiten. Bepaalde patiënten zouden een uur moeten rijden om een huisarts te raadplegen.

Que répondez-vous, en particulier concernant

Wat is uw antwoord, in het bijzonder met betrekking

l'arrondissement de Verviers? Des adaptations tenant compte de certaines spécificités sont-elles prévues? Pourriez-vous détailler l'accord intervenu le 3 juillet? Comment les cercles seront-ils soutenus dans le cadre de la mise en place des coopérations fonctionnelles et en fonction des spécificités géographiques?

04.04 Frieda Gijbels (N-VA): La réponse du ministre en séance plénière n'a pas permis d'éclaircir un point: la mise en œuvre des associations de postes de garde des généralistes est-elle conditionnée notamment à l'installation du numéro 1733?

Un critère de population minimale est-il un bon critère pour mettre en place une association? Des critères géographiques tels que le temps pour accéder à ces postes ne seraient-ils pas plus pertinents? Dans le cas contraire, je crains que les personnes se dirigent plutôt vers les urgences, qui sont souvent situées plus près que le poste de garde de généralistes. L'objectif du ministre est-il de diminuer le recours aux urgences par la mise en place de ces associations? Toutes ces mesures seront-elles également évaluées?

04.05 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): À ce sujet, certains malentendus ont la vie dure.

(En français) Le 30 juin, j'ai rencontré une délégation de généralistes wallons sur la problématique du 1733 et de la garde. Un représentant du FAGW, du GBO et de l'ABSyM étaient présents.

Cette réunion très constructive m'a permis de clarifier certains points. D'abord, ces médecins croyaient qu'il fallait deux médecins par poste de garde ouvert. C'est inexact.

Par coopération fonctionnelle – soit au moins trois postes de garde –, au minimum un poste doit toujours être accessible pendant les heures de garde de week-end et sur base volontaire les jours de semaine de 18h à 8h du matin. Cela signifie qu'un généraliste et un opérateur d'accueil doivent y être présents à ces heures.

La coopération fonctionnelle garantit la disponibilité des médecins pour des visites à domicile dans la région concernée, avec l'aide d'un chauffeur. Monsieur Ben Achour, les chiffres que vous citez découlent de l'idée fausse qu'il devrait y avoir deux médecins par poste de garde.

tot het arrondissement Verviers? Voorziet u in aanpassingen, rekening houdend met bepaalde specifieke eigenheden? Kunt u het akkoord dat op 3 juli gesloten werd, toelichten? Hoe zullen de huisartsenkringen ondersteund worden bij het opzetten van functionele samenwerkingsverbanden en in functie van bepaalde specifieke geografische kenmerken?

04.04 Frieda Gijbels (N-VA): Het antwoord van de minister in de plenaire vergadering maakte niet duidelijk of de installatie van het nummer 1733 ook een voorwaarde zou zijn om de samenwerkingsverbanden van de huisartsenposten uit te rollen.

Is een minimumbevolkingsaantal een goed criterium om een samenwerkingsverband te organiseren? Zijn geografische aspecten zoals aanrijtijden niet logischer? Ik vrees dat er anders eerder naar een spoedgevallendienst zal worden gereden, die vaak dichterbij zal zijn dan een huisartsenwachtpost. Wil de minister door de inrichting van dergelijke samenwerkingsverbanden een daling van het gebruik van de spoedgevallendienst bekomen? Zal dit alles ook worden geëvalueerd?

04.05 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Er blijven hierover hardnekkige misverstanden bestaan.

(Frans) Op 30 juni heb ik met een delegatie van Waalse huisartsen de problematiek van de 1733-centrale en de wachtdienst besproken. Een vertegenwoordiger van respectievelijk de FAGW, de GBO en ABSyM waren aanwezig.

Op die vergadering, die zeer constructief was, heb ik bepaalde punten kunnen verduidelijken. Ten eerste verkeerden die artsen in de veronderstelling dat er twee artsen per open wachtpost nodig waren. Dat klopt niet.

Per functioneel samenwerkingsverband – d.i. minstens drie wachtposten – moet er altijd minstens een wachtpost toegankelijk zijn tijdens de weekendwachtdienst en op vrijwillige basis op weekdays van 18 uur 's avonds tot 8 uur 's morgens. Dat betekent dat er één huisarts en één onthaalmedewerker aanwezig moeten zijn gedurende die periode.

Het functionele samenwerkingsverband zorgt ervoor dat er artsen voor huisbezoeken beschikbaar zijn in de betrokken regio, met de hulp van een chauffeur. Mijnheer Ben Achour, de cijfers die u vermeldt berusten op het misverstand dat er twee artsen per wachtpost zouden moeten zijn.

Ensuite, même pendant les nuits profondes, aucun poste de garde ne devra fermer. Les coopérations fonctionnelles ont une autonomie de décision quant à leur organisation et un financement lié à ce choix est prévu.

Madame Fonck, il est inexact que le triage soit privatisé. Le 1733 fait toujours le tri. Seulement, il y a débat sur ce que doit être son contenu.

Le 1733 fera le tri et orientera tous les patients qui doivent voir un généraliste en urgence, même en nuit profonde. Contrairement à ce que prévoyaient certains généralistes wallons, il ne se limite pas aux patients palliatifs, aux résidents des maisons de repos ou aux constats de décès. Mais dire que ceci n'est pas un triage tenable ne signifie pas qu'on va le privatiser.

Le 30 juin, j'ai transmis à une délégation les chiffres des cas référés par les opérateurs 1733 aux postes de garde durant la dernière année. Ils serviront de base pour la révision des protocoles de niveau 6 et 7 en cours.

Le nombre de contacts pendant la nuit profonde reste faible, même s'il varie d'un poste de garde à l'autre en fonction de la taille de la zone desservie. D'après les chiffres de juin 2023, pour les postes wallons, on compte en moyenne 0,8 patient pendant la nuit profonde en semaine par poste, avec un maximum de 2,3 contacts et en moyenne 2,8 patients pendant la nuit profonde le week-end, avec un maximum de 9 contacts en moyenne.

Le nombre de patients à visiter dans les deux heures est limité à 0,3 avec un maximum d'un patient par poste de garde en nuit profonde en semaine, et à 0,5 patient avec un maximum de 2,5 patients pendant le week-end.

Le tri par le 1733 est essentiel pour qu'en nuit profonde, on ne visite que les patients dont l'état l'exige.

Pour le tri des patients à référer au poste de garde en nuit profonde, les généralistes ne peuvent les limiter aux grabataires, aux maisons de repos, aux constats de décès et aux soins palliatifs. C'est trop restrictif.

Pour les patients requérant une évaluation médicale dans les 12 heures (niveau 7) pendant les heures de

Voorts zal er geen enkele wachtpost moeten sluiten, zelfs niet in het holst van de nacht. De functionele samenwerkingsverbanden beslissen zelf hoe ze hun organisatie inrichten en er is voorzien in een aan die keus gekoppelde financiering.

Mevrouw Fonck, dat de triage geprivatiseerd wordt, klopt niet. Het is nog altijd de 1733-centrale die de triage verricht. Wél wordt er gediscussieerd over de manier waarop de triage concreet moet worden ingevuld.

De 1733-centrale voert de triage uit en verwijst alle patiënten door die dringend door een huisarts onderzocht moeten worden, ook in de zogenaamde diepe nacht. In tegenstelling tot wat bepaalde Waalse huisartsen voor ogen hadden, beperkt de centrale zich niet tot palliatieve patiënten, bewoners van rusthuizen of vaststellingen van overlijden. Zeggen dat dit geen houdbare triage is, betekent nog niet dat men de triage wil privatiseren.

Op 30 juni heb ik een delegatie de cijfers bezorgd van de gevallen die het voorbije jaar door de operatoren van de 1733-centrale doorverwezen werden naar de huisartsenwachtposten. Die cijfers zullen als basis dienen voor de lopende herziening van de protocollen voor niveau 6 en niveau 7.

Het aantal contacten tijdens de diepe nacht blijft laag, al zijn er verschillen tussen wachtposten afhankelijk van de uitgestrektheid van de betrokken zone. Volgens de cijfers van juli 2023 waren er voor de Waalse wachtposten in de week gemiddeld 0,8 patiënten per wachtpost tijdens de diepe nacht, met een maximum van 2,3 contacten, en tijdens het weekend gemiddeld 2,8 patiënten per wachtpost tijdens de diepe nacht, met een maximum van gemiddeld 9 contacten.

Het aantal patiënten dat binnen twee uur een arts moet kunnen raadplegen, is beperkt tot 0,3 patiënten met een maximum van één patiënt per huisartsenwachtpost tijdens de diepe nacht op weekdays, en tot 0,5 patiënten met een maximum van 2,5 patiënten tijdens het weekend.

De triage door het nummer 1733 is essentieel opdat tijdens de diepe nacht enkel die patiënten bezocht worden van wie de toestand dat vereist.

Voor de triage van de patiënten die tijdens de diepe nacht naar een huisartsenwachtpost doorverwezen moeten worden, is het onaanvaardbaar dat de huisartsen dit willen beperken tot bedlegerige mensen, woon-zorgcentra, vaststellingen van overlijden en palliatieve zorg. Dat is te restrictief.

Voor patiënten van wie de toestand een medische evaluatie binnen een termijn van 12 uur vereist

garde, le poste de garde peut, selon moi, fixer un rendez-vous le lendemain matin.

Les directives des niveaux 6 et 7 seront débattues prochainement pour voir s'il faut en peaufiner les détails. La réunion du 11 juillet avec une représentation de trois généralistes francophones et trois néerlandophones a été constructive.

On envisage une analyse approfondie des protocoles les plus utilisés dans les niveaux 6, 7 et 8.

Le Medicomut et le Comité de l'assurance sont d'accord sur le projet d'arrêté royal sur le financement des réseaux de coopération fonctionnelle. Il prévoit d'investir dans les postes de garde des généralistes. Les coopérations fonctionnelles coûteraient 71 millions d'euros, soit 22 millions en plus que le financement actuel et trois fois celui en fin de Suédoise.

Les partenariats peuvent organiser la permanence au mieux, selon la géographie, la demande et l'offre de soins dans la zone.

Les généralistes ont le choix entre deux scénarios. Dans le premier, tous les postes de garde sont ouverts la nuit. Des voitures avec chauffeur seront à la disposition de la garde, mais moins qu'en journée. Le deuxième scénario prévoit une utilisation maximale des gardes mobiles mais les postes de garde ouverts la nuit sont moins nombreux.

(En néerlandais) L'accessibilité sera dûment analysée lors de l'évaluation des dossiers d'agrément. Je n'approuverai aucun dossier qui ne garantit pas l'accessibilité des patients ou qui présente des délais d'intervention trop longs, ni un dossier qui ne peut démontrer que les patients peuvent consulter un médecin généraliste de manière accessible, même en pleine nuit, soit dans un poste de garde à une distance acceptable, soit dans le cadre d'une visite à domicile.

Avec la ministre Verlinden, je mets tout en œuvre pour que tous les postes de garde des généralistes puissent rejoindre le numéro 1733 d'ici le second semestre 2024. Dans la pratique, il existe donc un parallélisme entre le déploiement des partenariats fonctionnels et celui du numéro 1733. Nous devons former valablement les citoyens à l'utilisation du numéro 1733 et donc au choix du bon trajet de soins pour les soins non planifiables. Il est prématuré de déclarer dès maintenant que nous allons introduire

(niveau 7) tijdens de wachtdienst, kan de huisartsenwachtpost volgens mij een afspraak voor de volgende ochtend vastleggen.

De richtlijnen voor de niveaus 6 en 7 zullen binnenkort besproken worden om na te gaan of de details verfijnd moeten worden. De vergadering van 11 juli met een afvaardiging van drie Franstalige en drie Nederlandstalige artsen was constructief.

Men overweegt de meest gebruikte protocollen voor de niveau's 6, 7 en 8 grondig te analyseren.

De NCGZ en het Verzekeringscomité zijn het eens over het ontwerp van koninklijk besluit betreffende de financiering van de functionelesamenwerkingsnetwerken. Het voorziet in investeringen in de huisartsenwachtposten. De functionele samenwerkingsverbanden zouden 71 miljoen euro kosten, of 22 miljoen euro meer dan de huidige financiering en drie keer het bedrag op het einde van de regeerperiode van de Zweedse coalitie.

De partnerschappen kunnen de permanentie zo efficiënt mogelijk organiseren, in functie van de geografie, de vraag en het zorgaanbod in de regio.

De huisartsen kunnen tussen twee scenario's kiezen. In het eerste scenario zijn alle wachtposten 's nachts open. Er zullen auto's met chauffeur beschikbaar zijn voor de wachtpost, maar minder dan overdag. In het tweede scenario wordt er maximaal gebruikgemaakt van de mobiele wachtdiensten, maar zijn er 's nachts minder wachtposten open.

(Nederlands) Bij de beoordeling van de erkenningsdossiers zal de bereikbaarheid terdege worden geanalyseerd. Ik zal geen goedkeuring verlenen aan een dossier dat de toegankelijkheid voor de patiënt niet garandeert of te lange aanrijtijden heeft, en evenmin aan een dossier dat niet kan aantonen dat de patiënten, ook tijdens de diepe nacht, op een toegankelijke manier bij een huisarts terecht kunnen, hetzij in een wachtpost op een aanvaardbare afstand, hetzij via een huisbezoek.

Samen met minister Verlinden doe ik er alles aan om ervoor te zorgen dat alle huisartsenwachtposten kunnen aansluiten bij het nummer 1733 tegen de tweede jaarhelft van 2024. In de praktijk is er dus een parallélisme tussen het uitrollen van de functionele samenwerkingsverbanden en het uitrollen van het nummer 1733. We moeten de mensen goed informeren over het gebruik van het nummer 1733 en dus over het kiezen van een juist zorgtraject bij niet-planbare zorg. Het is prematuur om nu al te

un triage contraignant. De nombreux postes de garde médicaux sont situés à proximité d'un service d'urgence afin de réduire le recours inapproprié aux urgences. La poursuite du déploiement du numéro 1733 et un bon modèle de coopération entre les postes de garde des généralistes en dehors des heures d'ouverture peuvent contribuer à cet objectif.

Un groupe de travail se penche sur la possibilité d'une coopération accrue et de bons accords entre les services d'urgence et les postes de garde des généralistes. Le fonctionnement des partenariats fonctionnels sera évidemment évalué.

Je fournirai à Mme Gijbels une copie de la lettre que j'ai envoyée à Mme Farih. Il n'est pas exact que des longs délais d'intervention sont prévus dans le Limbourg.

La lettre contient tous les scénarios possibles sur la base d'un arrêté qui a été approuvé à l'unanimité par la Commission nationale médico-mutualiste. Tous les scénarios pertinents impliquent des fonds supplémentaires, parfois très importants. Cela ne peut en aucun cas constituer un argument pour fermer des postes de garde de médecins généralistes ou pour ne pas leur octroyer de fonds s'ils ne ferment pas. Au contraire, l'option la plus intéressante d'un point de vue financier est de maintenir les postes de garde. J'espère que l'accord conduira également à des choix judicieux dans l'intérêt des patients dans le Limbourg. J'ose espérer que certains malentendus ont ainsi été dissipés une fois pour toutes.

04.06 Catherine Fonck (Les Engagés): Vous ne prenez pas en compte la diversité des situations. Les longues distances vont allonger les trajets et alourdir les gardes. Si dans certains cas, une consultation dans la nuit noire ne se justifie pas, il ne faut pas qu'elle soit difficile d'accès en cas de réelle urgence.

Vous faites preuve de mépris et votre présentation est caricaturale. Le triage n'est pas une idée des généralistes wallons. Le système qui existait depuis 9 ans a été validé par le SPF et l'INAMI.

Les médecins vous ont indiqué que des régions n'ont pas été intégrées dans vos chiffres soi-disant objectifs. Vous ne pouvez donc faire la leçon, alors que vos chiffres n'ont toujours pas été corrigés.

Tant que le tri ne sera pas réalisé par une centrale

zeppen dat we een bindende triage gaan invoeren. Heel wat huisartsenwachtposten zijn nabij een spoeddienst gevestigd, om een daling van het onterecht gebruik van de spoedgevallendienst te bekomen. Een verdere uitrol van het nummer 1733 en een goed samenwerkingsmodel van de huisartsenwachtposten kunnen dit verder bewerkstelligen.

Een werkgroep buigt zich over de verdere samenwerking en goede afspraken tussen spoeddiensten en huisartsenwachtposten. De werking van de functionele samenwerkingsverbanden zal uiteraard worden geëvalueerd.

Ik zal mevrouw Gijbels een kopie bezorgen van de brief die ik naar mevrouw Farih heb gestuurd. Het is niet zo dat er lange aanrijtijden komen in Limburg.

De brief bevat alle mogelijke scenario's op basis van het besluit dat unaniem is goedgekeurd in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. In alle relevante scenario's is er extra geld, soms zelfs behoorlijk veel. Het kan hoegenaamd geen argument zijn om huisartsenwachtposten te sluiten, of om hen geen geld te geven als ze niet sluiten. Integendeel, de financieel interessantere optie is om de wachtposten open te houden. Ik hoop dat het akkoord ook tot goede keuzes in het belang van de patiënt zal leiden in Limburg. Hopelijk is een aantal misverstanden hiermee definitief uit de wereld geholpen.

04.06 Catherine Fonck (Les Engagés): U houdt geen rekening met de verscheidenheid van de situaties. Door de lange afstanden zullen de trajecten langer en de wachtdiensten zwaarder worden. In bepaalde gevallen is een consult tijdens het holst van de nacht weliswaar niet gerechtvaardigd, maar de wachtdiensten mogen niet moeilijk toegankelijk zijn als er echt spoedeisende hulp nodig is.

U geeft blijk van misprijzen en de manier waarop u de zaken voorstelt, is karikaturaal. De triage is geen uitvinding van de Waalse huisartsen. Het systeem bestond al 9 jaar en werd door de FOD en het RIZIV gevalideerd.

De huisartsen hebben u erop gewezen dat bepaalde streken niet in uw zogezegd objectieve cijfers opgenomen werden. U kunt ons dus niet de les komen spellen, terwijl uw cijfers nog altijd niet gecorrigeerd werden.

Zolang de triage niet door een oproepcentrale

d'appel, la situation sera difficile dans certaines régions, donc pour les soignants et les patients. Le tri doit distinguer les soins planifiables des autres et assurer la coordination avec les généralistes et les services d'urgences. J'espère que les partis de la Vivaldi y seront désormais attentifs.

04.07 Sophie Rohonyi (DéFI): Lors de vos rencontres avec les médecins, il ne s'agissait pas d'une concertation. Vous vouliez les convaincre de la plus-value de votre réforme, que vous défendez bec et ongles, peu importe l'impact sur leur pratique. Soit ils seront épuisés, soit ils quitteront la profession, ce qui nuira à la qualité des soins.

Contrairement à ce que vous affirmez, il y a un risque de fermeture de postes de garde, à cause des contraintes imposées aux généralistes, des distances à parcourir et du manque de médecins accentué par les quotas INAMI.

Votre nouveau système de triage n'est pas tenable. Les chiffres du dernier rapport de la commission de Planification sont alarmants. Le nombre de généralistes a augmenté de 10 % ces dix dernières années, mais seulement de 5 % en nombre d'ETP. C'est insuffisant face au vieillissement de la population et des besoins de première ligne.

Si l'on continue ainsi, la situation sera catastrophique en 2024 pour la santé des médecins et des patients. Sortez de cette vision à court terme!

04.08 Malik Ben Achour (PS): Je prends acte que vous contestez les chiffres en arguant d'une mauvaise compréhension des contraintes imposées par la réforme. J'en référerai aux personnes de mon arrondissement.

Vous dites laisser une autonomie organisationnelle au niveau local, mais évoquez en même temps deux scénarios. Vous dites être prêt à tenir compte de la réalité de la province du Limbourg, cela pourrait aussi valoir pour l'arrondissement de Verviers ou d'autres régions de Wallonie et de Belgique.

Qu'en est-il de la nécessité de mettre en place un secrétariat par poste?

04.09 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): Un poste, c'est un médecin et un accueil, soit une personne administrative.

04.10 Malik Ben Achour (PS): Si c'est une obligation, cela augmentera fortement les coûts de

gebeurt, zal de situatie in bepaalde regio's moeilijk zijn, zowel voor de zorgverleners als voor de patiënten. De triage moet de scheiding van planbare en andere zorg en coördinatie met de huisartsen en spoeddiensten mogelijk maken. Ik hoop dat de vivaldipartijen daar nu oog voor zullen hebben.

04.07 Sophie Rohonyi (DéFI): U hebt de artsen wel ontmoet, maar daarbij was van overleg geen sprake. U wilde hen overtuigen van de meerwaarde van uw hervorming, die u te vuur en te zwaard verdedigde, en ging voorbij aan de weerslag op hun praktijk. Ofwel zullen ze uitgeput zijn, ofwel zullen ze de kap over de haag hangen, waardoor de zorgverstrekking aan kwaliteit zal inboeten.

In tegenstelling tot wat u beweert, dreigen er wachtposten te sluiten door de verplichtingen waaraan de huisartsen moeten voldoen, de afstanden die afgelegd moeten worden en het artsentekort dat door de RIZIV-quota nog schrijnender wordt.

Uw nieuwe triagesysteem is onhoudbaar. De cijfers in het jongste rapport van de Planningscommissie zijn verontrustend. De voorbije tien jaar is het aantal huisartsen met 10 % gestegen, maar het aantal vte's slechts met 5 %. Dat volstaat niet gezien de vergrijzing en de noden in de eerstelijnszorg.

Als men op de ingeslagen weg voortgaat, zal de situatie in 2024 desastreus zijn voor de gezondheid van zowel de artsen als de patiënten. Stap af van die kortetermijnvisie!

04.08 Malik Ben Achour (PS): Ik neem akte van het feit dat u de cijfers betwist door te stellen dat men de in het kader van de hervorming opgelegde beperkingen niet goed begrepen heeft. Ik zal de informatie doorgeven aan de betrokkenen in mijn regio.

U zegt dat u organisatorische autonomie biedt op lokaal niveau, maar tegelijkertijd maakt u gewag van twee scenario's. U zegt dat u bereid bent om rekening te houden met de feitelijke situatie in de provincie Limburg; dat zou u ook kunnen doen voor de regio Verviers of andere regio's in Wallonië en België.

Hoe zit het met de vereiste om een secretariaat per post in te stellen?

04.09 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): Een wachtpost bestaat uit een arts en een onthaal, d.i. een administratief medewerker.

04.10 Malik Ben Achour (PS): Als een secretariaat verplicht gesteld wordt, zullen de beheerskosten fors

gestion et cela représentera une difficulté de cette réforme.

04.11 Frieda Gijbels (N-VA): Sur la base des informations que vous fournissez, je constate que, pour le Limbourg, il est toujours question de maximum trois postes de garde pendant la nuit. Le ministre évoque un délai d'intervention trop long, mais il ne précise pas l'ampleur de ce délai. Une justification scientifique s'impose à cette fin. Il me semble que le déploiement du 1733 doit constituer une condition préalable à la mise en œuvre des partenariats, sous peine d'être confrontés à des problèmes.

04.12 Nawal Farih (cd&v): Le ministre ne cesse de répéter que personne ne devra mettre la clé sous le paillason, mais le problème est que le financement ne suit pas. Le ministre doit également m'expliquer comment il se fait que l'un des postes de garde limbourgeois est responsable de quatre villes et communes et un autre, de 13 villes et communes.

04.13 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Je propose de lire le courrier adressé à Mme Farih, dont une copie a été transmise à Mme Gijbels. Nous pourrions ainsi mener une discussion sur cette base. Dans le Limbourg, il est question non pas de trois, mais de huit postes de garde pour la journée et la soirée, avec un financement complet. Le budget a triplé par rapport à la situation qui prévalait il y a quatre ans. Une seule sous-région pourrait recevoir un budget moins élevé, mais cette évolution n'aura lieu que dans l'hypothèse, non souhaitée, où des postes de garde seraient fermés. Pour la nuit proprement dite, il s'agit de huit ou de quatre postes de garde en fonction du scénario.

Le **président:** Comme vous avez pris la parole, monsieur le ministre, je redonne à chacun la possibilité de répliquer.

En outre, je propose que tout le monde lise la lettre en question.

04.14 Nawal Farih (cd&v): Je viens de recevoir la lettre et je vérifierai ce qu'elle contient exactement en ce qui concerne le financement. Le fait est que l'organisation faïtière des postes de garde des généralistes elle-même déclare qu'elle ne souscrit pas aux projets.

04.15 Malik Ben Achour (PS): Je voudrais qu'on m'envoie la lettre.

04.16 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): Cette lettre est basée sur un arrêté approuvé par la Médicomut et en est une application. Il s'agit de la même réglementation pour le Limbourg,

stijgen en dat zal een probleempunt vormen bij deze hervorming.

04.11 Frieda Gijbels (N-VA): Op basis van de verstrekte informatie stel ik vast dat het voor Limburg in de nacht nog altijd om maximum drie wachtposten gaat. De minister heeft het over een te lange aanrijtijd, maar hoeveel die bedraagt, is niet duidelijk. Dat vergt enige wetenschappelijke onderbouwing. Volgens mij moet de uitrol van 1733 als voorwaarde gelden voor de uitrol van de samenwerkingsverbanden, zo niet raken we in de problemen.

04.12 Nawal Farih (cd&v): De minister blijft herhalen dat er niemand zal moeten sluiten, maar het probleem is dat de financiering niet volgt. De minister moet me ook eens uitleggen hoe het komt dat een van de Limburgse wachtposten verantwoordelijk is voor 4 steden en gemeenten en een andere voor 13 steden en gemeenten.

04.13 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik vraag om de brief aan mevrouw Farih, met kopie aan mevrouw Gijbels, te lezen om op die basis te kunnen discussiëren. Er is helemaal geen sprake van drie wachtposten voor Limburg, wel van acht wachtposten voor de dag en de avond, met volledige financiering. Het budget wordt in vergelijking met vier jaar geleden verdrievoudigd. Er is één subregio die minder geld zou kunnen krijgen, maar dat is in de niet gewenste hypothese dat er wachtposten worden gesloten. In de diepe nacht gaat het, afhankelijk van het scenario, om acht of vier wachtposten.

De **voorzitter:** Aangezien u het woord genomen hebt, mijnheer de minister, geef ik iedereen de mogelijkheid om te repliceren.

Ik stel bovendien voor dat iedereen de bewuste brief leest.

04.14 Nawal Farih (cd&v): Ik heb de brief net doorgestuurd gekregen en zal nakijken wat er precies in staat in verband met de financiering. Feit is dat de koepelorganisatie van de huisartsenwachtposten zelf aangeeft niet akkoord te gaan met de plannen.

04.15 Malik Ben Achour (PS): Ik zou die brief graag ontvangen.

04.16 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): Die brief is gebaseerd op een besluit dat door Medicomut werd goedgekeurd en vormt er een toepassing van. Het betreft dezelfde reglementering, ook voor

qui y gagne.

Le **président**: Je demande la transmission de la lettre aux commissaires.

04.17 Catherine Fonck (Les Engagés): Donnez-nous la simulation sur l'ensemble du pays! À plusieurs endroits, la réalité présentée ne sera pas la réalité du terrain.

On parle du Limbourg et de Verviers. Moi, je m'intéresse à tous les médecins généralistes du pays. J'ai parfois l'impression que vous trouvez des arrangements avec certains et que vous en oubliez beaucoup d'autres!

04.18 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): Mais non!

04.19 Catherine Fonck (Les Engagés): L'avis de beaucoup de médecins généralistes n'a pas été pris en considération. Je demande que les projections pour chaque arrondissement soient à la disposition de la commission avant le 21 juillet. Je suspecte que vous n'avez pas fait ce travail et que vous claironnez que cela engendrera beaucoup d'argent et qu'il n'y aura pas de problème. Ce n'est pas le cas! De nombreux médecins généralistes refusent vos propositions.

Si l'on veut agir de manière constructive en faveur des patients, il faut prendre en compte la réalité plurielle des médecins généralistes, y compris en zone rurale et semi-rurale, et les services d'urgence saturés. Vous ne devez pas camper sur vos positions en dénigrant ceux-ci.

Le **président**: Les données disponibles pour le Limbourg seront diffusées.

L'incident est clos.

05 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le communiqué de l'ABSyM et le fonctionnement du ministre" (55037662C)

05.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Dans un communiqué de presse, l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM) déplore ce qu'elle qualifie de maquignonnage du ministre, qui aurait conditionné son soutien à la ministre des Affaires étrangères dans le dossier iranien à un dossier médical.

Quelle est la réaction du ministre à ce communiqué de presse? Comment envisage-t-il la poursuite de la collaboration avec l'ABSyM? Une médiation doit-elle

Limburg, dat erbij wint.

De **voorzitter**: Ik vraag dat de brief aan de commissieleden zou worden bezorgd.

04.17 Catherine Fonck (Les Engagés): Bezorg ons de simulatie voor het hele land! Op verschillende plaatsen zal de werkelijkheid in het veld niet overeenstemmen met de werkelijkheid zoals ze voorgesteld wordt.

Er wordt over Limburg en Verviers gesproken. Ik ben bekommerd om alle huisartsen van het land. Ik krijg soms de indruk dat u afspraken maakt met sommigen, maar dat u vele anderen in de kou laat staan!

04.18 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): Helemaal niet!

04.19 Catherine Fonck (Les Engagés): Het advies van veel huisartsen werd in de wind geslagen. Ik vraag dat de prognoses voor elk arrondissement vóór 21 juli ter beschikking van de commissie gesteld worden. Ik verdenk u ervan dat u dat werk niet uitgevoerd hebt en dat u zult rondbazuinen dat dit veel geld zal opleveren en dat er geen problemen zijn. Dat is niet het geval! Vele huisartsen verwerpen uw voorstellen.

Als men constructief te werk wil gaan, in het voordeel van de patiënten, moet er rekening gehouden worden met de meervoudige realiteit van de huisartsen, ook in landelijke en semilandelijke gebieden, en met de overbevraagde spoeddiensten. U moet niet hardnekkig aan uw standpunt vasthouden en minachtend doen over de huisartsen.

De **voorzitter**: De voor Limburg beschikbare gegevens zullen rondgedeeld worden.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het BVAS-persbericht en het functioneren van de minister" (55037662C)

05.01 Kathleen Depoorter (N-VA): De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) klaagt in een persbericht over de zogenaamde koehandel van de minister, die zijn steun aan de minister van Buitenlandse Zaken in de Irankwestie zou hebben gekoppeld aan een medisch dossier.

Hoe reageert de minister op dat persbericht? Hoe schat hij de verdere samenwerking met de BVAS in? Moet er een bemiddeling worden opgestart of is dat

être mise en place ou est-ce déjà fait? Les rumeurs de maquignonnage sont-elles fondées?

Le ministre est-il encore crédible dans le secteur de la santé? Dans d'autres dossiers également, la collaboration entre son cabinet et les groupements d'intérêts est difficile.

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): La discussion concernant la ministre Lahbib a eu lieu au sein du Parlement, après que la décision relative aux suppléments a été prise. Ces dossiers ne pouvaient dès lors pas être liés l'un à l'autre.

Je me consulte avec toutes les organisations mais je suis parfois amené à prendre des décisions qui ne satisfont pas tout le monde.

05.03 Kathleen Depoorter (N-VA): La discussion sur les suppléments d'honoraires s'est bien tenue au sein du gouvernement au cours de la période en question. Un maquignonnage au détriment des patients et de la sécurité des Iraniens en Belgique est inacceptable à nos yeux!

En outre, il existe un conflit majeur avec les médecins. Le ministre ne cesse de parler de l'importance de la coopération, mais je ne puis que constater que la confiance est rompue. Cela nuit à sa crédibilité. Il a, par ailleurs, fourni, à plusieurs reprises, des réponses erronées au Parlement. Les entreprises, les prestataires de soins et les patients nous interpellent avec insistance et nous demandent de confronter le ministre aux anomalies constatées. J'espère qu'après les vacances parlementaires, le ministre pourra de nouveau discuter sereinement avec les groupes de défense des intérêts.

L'incident est clos.

06 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes liés à la procédure de remboursement de thérapies combinées" (55037673C)

06.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Le ministre planche sur une modification de la procédure de remboursement. La procédure classique est axée sur le remboursement d'une molécule d'une entreprise, mais des problèmes se posent au niveau de l'accessibilité des thérapies combinées, qui impliquent donc au moins deux produits et – généralement – deux entreprises. Ainsi, il existe des incertitudes en matière de droit de la concurrence, de sorte que les entreprises ne partagent pas leurs données cliniques.

Le ministre compte-t-il également revoir la procédure

al gebeurd? Zijn de geruchten over de koehandel waar?

Kan de minister nog geloofwaardig functioneren in de gezondheidssector? Ook in andere dossiers verloopt de samenwerking tussen zijn kabinet en de belangengroepen immers moeizaam.

05.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): De discussie over minister Lahbib speelde zich in het Parlement af, nadat de beslissing over de supplementen al was genomen. Die dossiers konden dus onmogelijk aan elkaar gekoppeld zijn.

Ik overleg met alle organisaties, maar soms moet ik beslissingen nemen waarmee niet iedereen akkoord gaat.

05.03 Kathleen Depoorter (N-VA): De discussie over de ereloonsupplementen werd wel degelijk in die bewuste periode binnen de regering gevoerd. Een koehandel op kap van de patiënten en van de veiligheid van Iraniërs in België kan voor ons niet!

Daarnaast is er een groot conflict met de artsen. De minister spreekt altijd over het belang van samenwerking, maar ik kan alleen vaststellen dat het vertrouwen is geschonden. Dat ondermijnt zijn geloofwaardigheid. Bovendien heeft hij in het Parlement bij herhaling foutieve antwoorden gegeven. Bedrijven, zorgverstrekkers en patiënten trekken ons aan de mouw en vragen ons om de minister met de vastgestelde anomalieën te confronteren. Ik hoop alleen dat de minister na het reces opnieuw met een zekere sereniteit aan tafel zal kunnen zitten met de belangengroepen.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De problemen bij de terugbetalingsprocedure voor combinatietherapieën" (55037673C)

06.01 Robby De Caluwé (Open Vld): De minister werkt aan een aanpassing van de terugbetalingsprocedure. De klassieke procedure is gericht op de terugbetaling van een molecule van een firma, maar er stellen zich problemen rond de toegankelijkheid van combinatietherapieën waarbij dus minstens twee producten en meestal twee bedrijven zijn betrokken. Zo zijn er onduidelijkheden rond het mededingingsrecht waardoor de firma's hun klinische data niet delen.

Zal de minister dus ook de terugbetalingsprocedure

de remboursement des thérapies combinées?

06.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Ce point a été abordé lors de la concertation des parties prenantes sur une nouvelle politique en matière de médicaments. Il n'existe pas de procédure distincte pour le remboursement des thérapies combinées, mais deux entreprises peuvent soumettre simultanément un dossier de remboursement à la Commission de remboursement des médicaments (CRM), chaque entreprise se référant séparément à ses études cliniques.

La valorisation s'effectue pour une thérapie donnée. Qu'il s'agisse d'une monothérapie ou d'une thérapie combinée, il ne peut y avoir de différence à cet égard. L'on pense, à tort, que le coût pour une société et le coût pour l'autre société sont additionnés. Aujourd'hui, les dossiers sont discutés au cas par cas avec les fabricants respectifs. Une approche plus uniforme sera élaborée dans le cadre d'une concertation entre la CRM et l'industrie. La CRM créera un groupe de travail chargé d'élaborer une approche plus uniforme. Il est nécessaire de coordonner le remboursement des différentes composantes d'une thérapie combinée. Les questions du partage des données cliniques et de la valorisation de la thérapie combinée seront également abordées.

06.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Les thérapies combinées présentent souvent des avantages significatifs. Nous participerons à la réflexion menée sur des solutions en matière de remboursement.

L'incident est clos.

07 **Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement par les assurances des mastectomies dans le cadre d'une transition" (55037700C)**

07.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): L'assurance des parents d'un adolescent transgenre qui doit subir une mastectomie, liée à sa transition, accepte de prendre en charge l'opération à condition qu'un pédopsychiatre atteste d'une dysphorie de genre. Alors que l'hôpital et la mutuelle ont marqué leur accord pour cette opération, les pédopsychiatres ont exprimé un malaise face à cette demande d'autant qu'elle ne constitue pas une obligation légale. Les coûts pour la famille sont élevés.

Confirmez-vous qu'une assurance ne peut exiger une telle attestation? Quels sont les recours possibles? Comment cette famille peut-elle faire valoir son droit?

van combinatietherapieën aanpassen?

06.02 **Minister Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Dit is aan bod gekomen tijdens het stakeholdersoverleg over een vernieuwd geneesmiddelenbeleid. Er bestaat geen afzonderlijke procedure voor de vergoeding van combinatietherapieën, maar twee firma's kunnen gelijktijdig een terugbetalingsdossier indienen bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG), waarbij elke firma afzonderlijk naar haar klinische studies verwijst.

De waardebeoordeling gebeurt voor een therapie. Of het nu gaat om een monotherapie of een combinatietherapie, daar mag eigenlijk geen verschil in zijn. Men gaat er onterecht vanuit dat de kost voor de ene firma en de kost voor de andere firma worden opgeteld. Vandaag worden de dossiers geval per geval met de respectievelijke fabrikanten besproken. Er zal een meer uniforme aanpak worden uitgewerkt in overleg tussen de CTG en de industrie. De CTG zal een werkgroep oprichten om een meer uniforme aanpak uit te werken. De terugbetaling van de verschillende componenten van een combinatietherapie moet noodzakelijkerwijs worden gecoördineerd. Ook de kwesties van het delen van klinische data en de waardebeoordeling van de combinatietherapie zullen aan bod komen.

06.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Combinatietherapieën hebben vaak aanzienlijke voordelen. We zullen meedenken over oplossingen voor de terugbetaling.

Het incident is gesloten.

07 **Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling door de verzekering van borstamputaties in het kader van een transitie" (55037700C)**

07.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): De verzekeringsmaatschappij van de ouders van een transgender tiener die in het kader van de transitie een borstamputatie moet ondergaan, stemt ermee in de kosten van de operatie te dragen, op voorwaarde dat een kinderpsychiater attesteert dat er sprake is van genderdysforie. Hoewel het ziekenhuis en het ziekenfonds met die operatie ingestemd hebben, hebben de kinderpsychiaters hun ongenoegen geuit over dat verzoek, temeer daar er geen wettelijke verplichting is. De kosten voor het gezin zijn hoog.

Kunt u bevestigen dat een verzekeringsmaatschappij een dergelijk bewijs niet kan eisen? Welke beroepsmogelijkheden zijn er? Hoe kan dat gezin haar rechten laten gelden?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en français): Cette question relève de l'assurance complémentaire qui n'est pas de ma compétence. Je peux cependant vous informer que l'INAMI intervient par le biais d'une convention entre le Comité de l'assurance instituée auprès de l'INAMI et les centres spécialisés dans la transidentité. L'accompagnement psychosocial et médical de ces centres consiste en un programme individuel multidisciplinaire. Les personnes qui présentent une problématique en lien avec la transidentité peuvent bénéficier d'une intervention de l'assurance dans la prise en charge psychologique générale de première ligne. L'INAMI intervient dans le coût des interventions chirurgicales.

07.02 **Minister Frank Vandenbroucke (Frans):** Deze aangelegenheid betreft de aanvullende verzekering, die niet onder mijn bevoegdheid valt. Ik kan u echter meedelen dat het RIZIV een tegemoetkoming toekent via een overeenkomst tussen het bij het RIZIV ingestelde Verzekeringscomité en de in transgenderisme gespecialiseerde centra. De psychosociale en medische begeleiding die deze centra bieden, bestaat uit een individueel multidisciplinair programma. Mensen met een transgenderismeproblematiek kunnen aanspraak maken op een tegemoetkoming van de verzekering voor de algemene eerstelijnspsychologische zorg. Het RIZIV vergoedt deels de kosten van de chirurgische ingrepen.

07.03 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Un de mes collègues a interrogé un autre membre du gouvernement. Nous réunirons les deux réponses pour les transmettre à cette famille.

07.03 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Een van mijn collega's heeft een ander regeringslid daarover vragen gesteld. We zullen de twee antwoorden samenvoegen en ze aan dat gezin overmaken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La protection offerte par les vaccins contre le Covid-19 aux patients transplantés du poumon" (55037734C)**

08 **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bescherming van de COVID-19-vaccins voor longtransplantatiepatiënten" (55037734C)**

08.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): L'UZ Leuven a réalisé une étude sur le degré de protection qu'apporte la vaccination contre le Covid-19 aux patients transplantés. Le risque est plus élevé pour ces derniers étant donné qu'ils doivent prendre des médicaments immunosuppresseurs. Cette étude a permis de confirmer la sécurité des vaccins, tout en montrant une grande variation dans la fabrication d'anticorps. Les plus mauvais résultats ont été obtenus chez les patients ayant subi une transplantation de poumons, en raison, selon les médecins, des fortes doses de médicaments immunosuppresseurs que reçoivent ces patients et du fait que le coronavirus s'attaque précisément aux poumons. C'est pourquoi les médecins demandent une approche sur mesure, à savoir par exemple une vaccination supplémentaire, une thérapie antivirale ou l'administration d'anticorps.

08.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Het UZ Leuven heeft een onderzoek gevoerd naar de mate waarin vaccinatie tegen COVID-19 transplantatiepatiënten beschermt. Dergelijke patiënten hebben een verhoogd risico omdat ze immuunonderdrukkende medicatie krijgen. De studie bevestigde de veiligheid van de vaccins, maar liet wel grote variatie zien in de aanmaak van antistoffen. Bij patiënten met nieuwe longen waren de resultaten het slechtst, volgens de artsen omdat deze patiënten erg veel immuunonderdrukkende medicatie krijgen en omdat het coronavirus precies de longen aantast. Daarom vragen de artsen een aanpak op maat met bijvoorbeeld een extra vaccinatie, antivirale therapie of het toedienen van antistoffen.

Le ministre va-t-il faire examiner la pertinence de telles mesures? D'autres manières d'améliorer la protection de ce groupe de patients seront-elles étudiées?

Laat de minister onderzoeken of dat wenselijk is? Worden er andere manieren onderzocht om deze groep patiënten beter te beschermen?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en néerlandais): Les groupes cibles du nouveau cycle de vaccination prévu à l'automne sont basés sur les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé. Celui-ci suggère une dose supplémentaire du vaccin à ARNm pour certains groupes à risques et les

08.02 **Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands):** De doelgroepen van de nieuwe vaccinatieronde in het najaar zijn gebaseerd op aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. Die beveelt een bijkomende dosis mRNA-vaccin aan voor bepaalde risicogroepen en patiënten die lijden

patients immunodéprimés à la suite d'une transplantation d'organe. Les patients transplantés du poumon entrent également en ligne de compte pour l'administration d'anticorps supplémentaires, comme l'Evusheld, ou d'antiviraux, comme le Paxlovid. Le Paxlovid reste efficace, mais les derniers variants du coronavirus ne sont plus suffisamment neutralisés par les anticorps de l'Evusheld.

La Task Force Therapeutics Viral Diseases adapte régulièrement ses directives pour le traitement des patients atteints du Covid-19 et consacre à cet égard une attention particulière aux patients transplantés. Les options thérapeutiques sont exposées en détail sur une page web du KCE. Les mesures d'hygiène restent importantes pour tous et en particulier pour les groupes vulnérables.

L'incident est clos.

09 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandembroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le projet Born in Belgium Professionals" (55037743C)

09.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): La plateforme en ligne de l'INAMI *Born in Belgium Professionals* met à disposition du secteur paramédical et social les informations psychosociales sur la femme enceinte. Un dépistage formaté des vulnérabilités psychosociales permet aux prestataires de lui offrir des soins personnalisés. L'accompagnement inclut aussi plus de soins pré- et postnataux.

Que prévoit le projet pour les femmes sans mutuelle ni numéro national?

Le questionnaire prévoit des questions formatées qui auraient requis des questions préliminaires et une relation de confiance. Qu'en est-il du risque de stigmatisation? Les données étant conservées sept ans, qu'en est-il du droit à l'oubli?

Les données sur la plateforme sont collectées par une ASBL n'offrant pas la sécurité habituelle pour les données socio-sanitaires et les données ne sont pas anonymes. Les données étant traitées par cette ASBL et des partenaires, a-t-on prévu des cloisonnements? Une association a-t-elle accès aux données de ses seules patientes?

Les patientes peuvent prendre connaissance de leurs données collectées avec *Born in Belgium Pro*. Comment ce droit est-il mis en œuvre?

aan immunosuppressie ten gevolge van een orgaantransplantatie horen daarbij. Longtransplantatiepatiënten komen ook in aanmerking voor bijkomende antistoffen zoals Evusheld of antivirale middelen als Paxlovid. Dit laatste middel werkt nog goed, maar de recentste varianten van het coronavirus worden niet meer voldoende geneutraliseerd door de Evusheldantistoffen.

De Task Force Therapeutics Viral Diseases werkt regelmatig zijn richtlijnen bij voor de behandeling van patiënten met COVID-19 en besteedt daarbij veel aandacht aan transplantatiepatiënten. Het staat gedetailleerd op een website van het KCE. Voor iedereen en in het bijzonder voor kwetsbare groepen blijven de hygiënemaatregelen belangrijk.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandembroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het project Born in Belgium Professionals" (55037743C)

09.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Het online RIZIV-platform *Born in Belgium Professionals* stelt de paramedische en sociale sector psychosociale informatie over zwangere vrouwen ter beschikking. Dankzij een geformatteerde screening op psychosociale kwetsbaarheden kunnen de zorgverstrekkers gepersonaliseerde zorg aanbieden. De begeleiding omvat ook meer pre- en postnatale zorg.

Waarin voorziet het project voor vrouwen die niet aangesloten zijn bij een ziekenfonds of geen rijksregisternummer hebben?

Om op bepaalde geformatteerde vragen van de vragenlijst te antwoorden zou men eigenlijk een voorafgaand gesprek moeten voeren en een vertrouwensrelatie moeten hebben. Bestaat er een risico op stigmatisering en hoe gaat men daarmee om? Wordt het recht om vergeten te worden in acht genomen, aangezien de gegevens zeven jaar lang bewaard worden?

De gegevens op het platform worden verzameld door een vzw die niet de gebruikelijke beveiliging voor sociaal-medische gegevens biedt, en ze zijn niet anoniem. Worden de gegevens afgeschermd, aangezien ze door die vzw en haar partners verwerkt worden? Heeft elke vereniging slechts toegang tot de gegevens van haar eigen patiënten?

Patiënten hebben het recht om de gegevens die via *Born in Belgium Pro* over hen verzameld worden te raadplegen. Hoe wordt dat recht in de praktijk

gebracht?

La disposition prévoyant que si l'intéressée refuse de communiquer certaines données personnelles *Born in Belgium Pro* pourrait ne plus fonctionner bien est-elle légale?

Is de verklaring dat als de betrokkene weigert bepaalde persoonsgegevens mee te delen, *Born in Belgium Pro* mogelijk niet meer naar behoren werkt, wettelijk?

Le remboursement de l'encodage est-il le même pour le gynécologue et la sage-femme?

Krijgen gynaecologen en vroedvrouwen dezelfde vergoeding voor het invoeren van de gegevens?

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en français): Toutes les organisations impliquées dans *Born in Belgium Pro* souscrivent le principe selon lequel la qualité de soins est égale pour chacun. Pour les personnes qui ne possèdent pas de numéro de registre national ou de numéro Bis, un numéro unique alternatif est créé. Le traitement des données est effectué conformément à la législation.

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (Frans): Alle organisaties die betrokken zijn bij het platform *Born in Belgium Professionals* onderschrijven het principe dat zegt dat de kwaliteit van de zorg voor elke vrouw gelijk moet zijn. Voor vrouwen die niet over een rijksregisternummer of een BIS-nummer beschikken, wordt er een alternatief uniek nummer aangemaakt. De gegevensverwerking gebeurt conform de wetgeving.

Les questions concernant la situation professionnelle, si la femme enceinte est victime de violences et à quelle fréquence, ont été validées. Le processus est documenté scientifiquement. Chaque utilisateur suit une formation d'une journée sur l'interrogation non stigmatisante.

De vraag over de beroepssituatie en de vraag of de zwangere vrouw slachtoffer is van geweld en, zo ja, hoe vaak, werden gevalideerd. Het proces is wetenschappelijk onderbouwd. Elke gebruiker volgt een eendaagse opleiding over niet-stigmatiserende ondervragingstechnieken.

Par ailleurs, la formation d'utilisation de *Born in Belgium* est dispensée par *Together We Care* ASBL. Lors de ces formations, il est communiqué qu'aucune femme ne peut être exclue en raison de son âge, orientation sexuelle, religion ou convictions. Il est notifié que les données ne peuvent être utilisées que pour le dépistage, le suivi et/ou un parcours de soins personnalisés, et pas pour un profilage. Les données ne seront, par exemple, jamais proposées à des institutions d'assurance privée.

De opleiding over het gebruik van het platform *Born in Belgium Professionals* wordt gegeven door de vzw *Together We Care*. Tijdens deze opleidingen wordt de boodschap overgebracht dat geen enkele vrouw uitgesloten mag worden op grond van haar leeftijd, seksuele geaardheid, godsdienst of overtuigingen. Ook wordt er duidelijk gemaakt dat de gegevens enkel gebruikt mogen worden voor de screening, de follow-up en/of een gepersonaliseerd zorgtraject, en dus niet voor profiling. De gegevens zullen bijvoorbeeld nooit aan privéverzekeringsinstellingen aangeboden worden.

Si la femme ne souhaite plus que son dossier soit partagé dans l'outil, elle peut retirer son consentement, arrêter la relation thérapeutique ou demander l'effacement de ses données.

Als de vrouw niet meer wil dat haar dossier via de tool gedeeld wordt, kan ze haar toestemming intrekken, de therapeutische relatie beëindigen of vragen dat haar gegevens gewist worden.

Born in Belgium Professionals est un projet de l'INAMI, qui s'insère dans le livre blanc sur l'accès aux soins. L'ASBL *Together We Care* a été mise en place pour chapeauter le projet, optimiser l'accès aux soins et leur continuité, identifier les besoins des prestataires et les soutenir.

Born in Belgium Professionals is een RIZIV-project, dat kadert in het witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. De vzw *Together We Care* werd opgericht om het project te overkoepelen, de toegang tot de zorg en de zorgcontinuïteit te optimaliseren, de noden van de zorgverleners te identificeren en de zorgverleners te ondersteunen.

Au sein de cette ASBL, un *Data Protection Officer* assure la conformité à la législation RGPD. Un *data protection impact assessment* a été réalisé. De plus, la procédure pour devenir un partenaire est en cours sur la plateforme eHealth.

Binnen die vzw houdt een *Data Protection Officer* toezicht op de conformiteit met de AVG-wetgeving. Er werd een gegevensbeschermingsbeoordeling uitgevoerd. Daarnaast is de procedure om zich als partner aan te sluiten gaande op het eHealth-platform.

Aucune association n'a accès aux données de *Born in Belgium*, sauf aux statistiques agréées.

Verenigingen hebben geen toegang tot de gegevens van Born in Belgium, afgezien van de geaggregeerde statistische data.

La femme enceinte doit donner son consentement éclairé avant qu'un prestataire ait accès à ses données. Une liste des organisations partenaires de la plate-forme est disponible sur internet.

De zwangere vrouw moet haar geïnformeerde toestemming geven voordat een zorgverlener toegang kan krijgen tot haar gegevens. Een lijst van partnerorganisaties van het platform is op internet beschikbaar.

Les femmes reçoivent une brochure pour expliquer comment accéder aux données personnelles traitées par l'outil. Elles peuvent envoyer une demande à *Together We Care* ou s'adresser aux professionnels de soins qui fourniront un aperçu des données.

De vrouwen ontvangen een brochure waarin uitgelegd wordt hoe ze toegang kunnen krijgen tot de persoonsgegevens die via de tool verwerkt worden. Ze kunnen een aanvraag sturen naar Together We Care of zich tot de zorgverleners wenden, die een overzicht van de gegevens zullen verstrekken.

Une femme qui ne souhaite pas utiliser l'outil recevra les mêmes soins de qualité. La différence est que le questionnaire de dépistage doit être documenté de manière traditionnelle, et ne peut être rempli électroniquement.

Een vrouw die de tool niet wil gebruiken, zal net zulke goede zorg krijgen. Het verschil is dat de vragenlijst voor de opsporing op klassieke wijze gedocumenteerd moet worden en niet elektronisch ingevuld kan worden.

Un honoraire sera prévu pour le *screening* des femmes enceintes avec l'outil en question, mais aucun montant n'est fixé.

Er wordt in een honorarium voorzien voor de screening van zwangere vrouwen met de tool in kwestie, maar daarvoor is nog geen bedrag vastgelegd.

09.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): La coupole qui va gérer ces données est une ASBL dont on ne connaît pas les parties prenantes. Cela manque de transparence. Il s'agit d'un projet de l'INAMI, sous-traité à une instance privée.

09.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): De koepel die de gegevens zal beheeren is een vzw waarvan we de stakeholders niet kennen. Dat getuigt van een gebrek aan transparantie. Het betreft een project van het RIZIV dat aan een privé-instelling uitbesteed wordt.

Est-il prévu que le projet revienne intégralement dans le service public? Le projet restera-t-il au sein de *Together We Care*? Ces données doivent être sécurisées. Je ne pense pas qu'une ASBL privée soit idéale.

Is het de bedoeling dat het project opnieuw volledig door de overheidsdienst beheerd wordt? Wordt het project voortgezet onder de vleugels van Together We Care? Die gegevens moeten beveiligd worden. Volgens mij is een private vzw in dat opzicht niet ideaal.

09.04 Frank Vandenbroucke, ministre (*en français*): Il ne s'agit pas d'une privatisation sauvage. Une responsabilité morale juridique claire a été créée, avec toutes les garanties nécessaires. Je ne dispose pas ici de la composition de cette ASBL mais je reviendrai vers vous avec plus d'informations et une lettre de leur part clarifiant la situation.

09.04 Minister Frank Vandenbroucke (*Frans*): Dit is geen wilde privatisering. Er wordt een duidelijke rechtspersoonlijkheid met de bijbehorende juridische aansprakelijkheid in het leven geroepen, met alle nodige garanties. Ik heb de gegevens over de samenstelling van de vzw niet bij me, maar ik zal u meer informatie verschaffen, alsook een brief waarin men de situatie verduidelijkt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les abus dans le cadre des soins à domicile" (55037750C)

10 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Misbruik in de thuisverpleging" (55037750C)

10.01 Kathleen Depoorter (N-VA): La confiance

10.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Voor de band

est très importante pour la relation entre les infirmiers à domicile et leurs patients.

Combien de plaintes ont été déposées, au cours des dernières années, par des patients contre des infirmiers à domicile, par exemple pour abus de confiance ou pour vol? Quelles mesures sont prises pour prévenir de tels abus ou pour les déceler? Comment exerce-t-on le contrôle qualitatif des soins à domicile? Coopère-t-on avec des autorités locales ou des organisations professionnelles? Quelles sanctions sont prévues en cas d'abus? Le ministre a-t-il encore reçu des plaintes concernant Altrio et le détournement de patients?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en *néerlandais*): En tant que ministre de la Santé publique, je n'ai connaissance d'abus par l'intermédiaire de l'INAMI que dans le cadre de la facturation abusive. En 2020, 2021 et 2022, il y a eu respectivement 190, 167 et 182 signalements sur les infirmiers à domicile.

La Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs examine en permanence la manière d'améliorer la réglementation de l'INAMI. L'INAMI procède systématiquement à l'évaluation des risques de tous les prestataires de soins de santé. La commission de contrôle doit contrôler la qualité des soins. La commission de conventions est composée à moitié de représentants des soins infirmiers à domicile. Le secteur est donc impliqué dans l'élaboration et le suivi de la réglementation de l'INAMI. Dans les grands dossiers de fraude, une coopération est mise en place avec l'auditorat du travail.

L'INAMI ne peut prendre des mesures qu'en cas d'utilisation abusive du budget de l'assurance maladie, mais pas en cas d'abus de confiance ou de vol. Le paiement des prestations peut être suspendu ou les prestations indûment versées peuvent être récupérées. Une amende administrative ou une interdiction d'appliquer le régime du tiers payant est également possible.

On ne communique pas sur les enquêtes en cours.

10.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Sur la base d'une réponse ministérielle précédente, j'avais cru comprendre que l'enquête au sujet d'Altrio était terminée. De nouvelles plaintes ont-elles été introduites?

10.04 Frank Vandenbroucke, ministre (en *néerlandais*): Non. Aucune nouvelle plainte n'a été déposée. En effet, j'ai dit l'année dernière que l'enquête était close et j'ai transmis les conclusions à Mme Depoorter. Je ne puis exclure qu'il y ait

tussen thuisverpleegkundigen en hun patiënten is vertrouwen van groot belang.

Hoeveel klachten zijn er in de afgelopen jaren ingediend door patiënten tegen thuisverpleegkundigen, bijvoorbeeld wegens misbruik van vertrouwen of diefstal? Welke maatregelen zijn er om deze misbruiken te voorkomen en op te sporen? Hoe wordt de kwaliteit van de zorg in de thuisverpleging gecontroleerd? Wordt er samengewerkt met lokale overheden of beroepsorganisaties? Wat zijn de sancties tegen misbruiken? Ontving de minister nog klachten over Altrio en het afsnoepen van patiënten?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Als minister van Volksgezondheid ben ik via het RIZIV enkel op de hoogte van misbruiken in het kader van een onterechte aanrekening. In 2020, 2021 en 2022 waren er respectievelijk 190, 167 en 182 meldingen over thuisverpleegkundigen.

De overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen onderzoekt continu hoe de RIZIV-regelgeving kan worden verbeterd. Het RIZIV voert systematisch risicoanalyses uit van alle zorgverleners. De Toezichtcommissie moet de kwaliteit van de zorg controleren. De overeenkomstencommissie bestaat voor de helft uit vertegenwoordigers van de thuisverpleging. De sector wordt dus betrokken bij de uitwerking en de opvolging van de RIZIV-regelgeving. In grote fraudedossiers wordt er samengewerkt met het arbeidsauditoraat.

Het RIZIV kan enkel maatregelen nemen tegen misbruik van het budget van de ziekteverzekering, maar niet tegen misbruik van vertrouwen of diefstal. De uitbetaling van prestaties kan worden geschorst of de onterecht uitbetaalde prestaties kunnen worden teruggevorderd. Ook een administratieve geldboete of een verbod op de toepassing van de derde-betalersregeling is mogelijk.

Er wordt niet gecommuniceerd over lopende onderzoeken.

10.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Uit een eerder antwoord begreep ik dat het onderzoek naar Altrio was afgesloten. Zijn er dan opnieuw klachten ingediend?

10.04 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Neen. Er zijn geen nieuwe klachten ingediend. Ik heb vorig jaar inderdaad gezegd dat het onderzoek was afgesloten en ik heb de conclusies aan mevrouw Depoorter bezorgd. Ik kan

encore des enquêtes en cours concernant des facturations d'infirmières d'Altrio, et la dernière phrase de ma réponse y fait probablement référence.

10.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Le ministre n'a donc pas connaissance de ce qui se trame dans ses services.

L'incident est clos.

11 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'éradication de l'hépatite C d'ici 2030" (55037747C)

11.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): La Belgique veut éliminer les hépatites virales d'ici 2030. Pour l'hépatite C, avec 18 000 infections actives et 300 décès par an, nous n'y arriverons pas sauf à traiter 1 200 patients par an.

Plus de 80 % des nouveaux infectés de l'hépatite C s'injectent de la drogue. Les autres groupes se situent en prison, dans les centres de migrants et dans les milieux HSH. Les migrants non européens ont une séroprévalence jusqu'à dix fois supérieure à la nôtre. Il faut donc dépister et traiter activement ces groupes.

Ces patients sont compliqués à convaincre et la cascade de soins en trois étapes étant complexe, les patients abandonnent. De plus, les critères – longs – de prise en charge de l'INAMI ouvrent un risque de réinfection et de transmission.

Avez-vous eu un contact avec la coalition VHC? Comment atteindrez-vous les objectifs?

11.02 Frank Vandebroucke, ministre (en français): Mon administration finalise un projet d'arrêté royal encadrant les tests sur une infection par la syphilis ou par l'hépatite B ou C.

Ce projet est une avancée qui facilitera le dépistage démedicalisé et le traitement des populations difficiles à atteindre et ne fréquentant pas le système de soins. Ce dépistage démedicalisé pourra ainsi être combiné à celui du VIH.

Un dépistage du VIH et des hépatites B et C est disponible pour les détenus. Le ministre de la Justice peut vous en informer.

niet uitsluiten dat er nog onderzoeken lopen over aanrekeningen van verpleegkundigen van Altrio en waarschijnlijk verwijst mijn laatste zin van het antwoord daarnaar.

10.05 Kathleen Depoorter (N-VA): De minister is dus niet op de hoogte van wat er in zijn diensten gebeurt.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitroeiing van hepatitis C tegen 2030" (55037747C)

11.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): België wil elke vorm van virale hepatitis tegen 2030 uitroeien. Voor hepatitis C, met 18.000 actieve infecties en 300 sterfgevallen per jaar, zullen we daar niet in slagen, tenzij we 1.200 patiënten per jaar behandelen.

Meer dan 80 % van de nieuwe hepatitis C-patiënten zijn personen die drugs spuiten. Andere groepen situeren zich in uiteenlopende milieus: de gevangenis, opvangcentra voor migranten en MSM-kringen. De seroprevalentie bij niet-Europese migranten ligt tot tien keer hoger dan bij ons. Bij die groepen moet er dus systematisch gescreend en behandeld worden.

Die patiënten zijn zorgmijders en zijn moeilijk te bereiken en aangezien de drietrapsbehandeling complex is, haken de patiënten af. De criteria voor terugbetaling door het RIZIV – met een wachttijd van zes maanden voor de behandeling opgestart wordt – houden een risico op herbesmetting en virusoverdracht in zich.

Hebt u contact gehad met de Belgische coalitie tegen HCV? Hoe zult u de doelstellingen bereiken?

11.02 Minister Frank Vandebroucke (Frans): Mijn administratie legt de laatste hand aan een ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van een kader voor tests om syphilis en hepatitis B of C op te sporen.

Dat ontwerp betekent een stap voorwaarts die de gedemedicaliseerde screening op die ziekten en de behandeling ervan bij moeilijk bereikbare bevolkingsgroepen die reguliere hulpverlening mijden, zal faciliteren. Die gedemedicaliseerde screening zal aldus gecombineerd kunnen worden met de screening op hiv.

Alle gedetineerden kunnen zich op hiv en hepatitis B en C laten screenen. De minister van Justitie kan u daar nadere informatie over verstrekken.

11.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): J'attendrai cet arrêté royal en espérant qu'il supprimera l'attente de six mois pour un traitement et éviter la recontamination et la dégradation de la maladie.

L'incident est clos.

12 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle campagne de vaccination" (55037752C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne automnale de vaccination contre le coronavirus" (55037789C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan de vaccination automnale contre le covid" (55038091C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rôle des pharmaciens dans la campagne de vaccination contre la grippe" (55038144C)

12.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Une nouvelle campagne de vaccination contre le Covid-19 sera organisée pour les groupes à risque. Le vaccin contre le Covid-19 serait disponible à partir de la mi-septembre 2023. Environ 2 millions de personnes devront être vaccinées. Le ministre recommande d'administrer conjointement le vaccin contre le Covid-19 et celui contre la grippe. Il a toutefois été conseillé aux maisons de repos et de soins d'administrer les vaccins contre le Covid-19 avant le 15 octobre et les vaccins contre la grippe à une date ultérieure.

Comment les maisons de repos et de soins doivent-elles suivre la recommandation du ministre? Toute personne qui reçoit le vaccin contre le Covid-19 doit-elle également recevoir le vaccin contre la grippe? Quel sera le coût de la campagne de vaccination? Comment sera-t-elle financée? Un accord a-t-il enfin été conclu avec les entités fédérées? Est-il exact qu'on ne procédera pas par voie d'invitation mais par l'organisation d'une campagne générale? Qui distribuera les vaccins? Les prix seront-ils renégociés? Quelle clé de répartition a été convenue avec les entités fédérées?

12.02 Nawal Farih (cd&v): Le cd&v a préparé une proposition de loi visant à associer les pharmaciens à la vaccination contre la grippe. La couverture vaccinale contre la grippe est insuffisante dans notre pays et régresse même depuis quelques années, alors que le groupe à risque s'étend en raison du vieillissement de la population. Notre parti estime que la première ligne a un rôle à jouer à cet égard.

11.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Ik zal dat koninklijk besluit afwachten en hoop dat de wachttijd van zes maanden voor een behandeling daarin geschrapt zal worden, zodat herbesmetting en een verslechtering van de gezondheidstoestand vermeden kunnen worden.

Het incident is gesloten.

12 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe vaccinatiecampagne" (55037752C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herfstcampagne in verband met de covidvaccinatie" (55037789C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidvaccinatiecampagne in de herfst" (55038091C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rol van de apothekers in de griepvaccinatiecampagne" (55038144C)

12.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Er komt een nieuwe vaccinatiecampagne tegen COVID-19 voor risicogroepen. Vanaf midden september 2023 zou het coronavaccin beschikbaar zijn. Er zouden ongeveer 2 miljoen mensen moeten worden gevaccineerd. De minister raadt aan om de vaccins tegen COVID-19 en dat tegen de griep samen toe te dienen. De wzc's kregen echter het advies de coronavaccins voor 15 oktober toe te dienen en de griepvaccins erna.

Hoe moeten de wzc's de aanbeveling van de minister opvolgen? Moet al wie een coronavaccin krijgt ook een griepvaccin krijgen? Hoeveel zal de vaccinatiecampagne kosten? Hoe zal ze worden gefinancierd? Is er eindelijk een akkoord met de deelstaten? Klopt het dat er niet met een uitnodiging maar met een algemene campagne zal worden gewerkt? Wie zal de vaccins verdelen? Wordt over de prijzen opnieuw onderhandeld? Welke verdeelsleutel is er afgesproken met de deelstaten?

12.02 Nawal Farih (cd&v): Cd&v heeft een wetsvoorstel klaar om de apothekers voor de griepvaccinatie in te zetten. De vaccinatiegraad voor griep is in ons land niet hoog genoeg en loopt de laatste jaren zelfs terug. De risicogroep stijgt door de vergrijzing. Onze partij gelooft in de rol van de eerste lijn. Via coronavaccinatie hebben de apothekers ervaring opgebouwd en de bevolking heeft de

Au travers de la vaccination contre le coronavirus, les pharmaciens ont acquis de l'expérience et la population a fait largement usage de cette possibilité.

Quelle est la position du ministre par rapport au fait d'associer les pharmaciens à la vaccination contre la grippe? Combien de vaccins contre la grippe ont-ils été commandés pour l'automne 2023?

12.03 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): La nouvelle campagne de vaccination est basée sur un avis du Conseil Supérieur de la Santé. Les entités fédérées assurent un suivi des groupes cibles identifiés par le CSS. Il s'agit de groupes à risque et du personnel de soins. Cet avis s'appuie sur la littérature et la recherche scientifiques.

Les sources et les références peuvent être consultées dans l'avis, qui est accessible au public. Le groupe qui doit recevoir un vaccin doit également recevoir l'autre.

La vaccination effectuée en première ligne par les médecins généralistes, les pharmaciens et les infirmiers est remboursée par l'INAMI; la vaccination effectuée dans les MRS est remboursée par les entités fédérées, et la vaccination effectuée par le personnel soignant est remboursée par les services de santé au travail. La prise en charge financière finale est discutée au sein du Comité de concertation. Les entités fédérées sont responsables de l'aspect opérationnel de cette campagne de vaccination et notamment de la communication à la population. Le Conseil Supérieur de la Santé recommande de proposer de préférence la vaccination conjointe contre le Covid-19 et contre la grippe. Movianto assurera la distribution des vaccins. Cet aspect fait partie de l'adjudication publique pour la période 2022-2025, attribuée à ce nouveau partenaire logistique. Le nombre de vaccins est basé sur les besoins estimés.

Je regrette de ne pas disposer de chiffres relatifs au nombre de vaccins contre la grippe. Je les communiquerai par écrit. La mobilisation des pharmaciens constitue, selon moi, un point positif. J'ai déjà soumis un projet à ce sujet au gouvernement. J'ai prévenu les organisations de médecins parce qu'il sera nécessaire de se concerter. En effet, d'importantes organisations de médecins s'y opposent, mais leur opposition ne m'arrêtera pas.

12.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Je préférerais que le ministre négocie avec les associations de médecins quant à la question de savoir qui peut administrer les vaccins contre la grippe. Son calendrier ne tient en tout état de cause pas la route:

mogelijkheid enthousiast gebruikt.

Hoe staat de minister tegenover de inschakeling van apothekers in de griepvaccinatiecampagne? Hoeveel griepvaccins werden er besteld voor het najaar 2023?

12.03 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De nieuwe vaccinatiecampagne is gebaseerd op een advies van de Hoge Gezondheidsraad. De doelgroepen geïdentificeerd door de Hoge Gezondheidsraad worden door de deelstaten gevolgd. Het gaat om risicogroepen en om het zorgpersoneel. Het advies is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en onderzoek.

De bronnen en referenties kunnen worden geconsulteerd in het advies, dat publiek beschikbaar is. De groep die het ene vaccin moet krijgen, moet ook het andere krijgen.

De vaccinatie in eerste lijn door huisartsen, apothekers en verpleegkundigen wordt vergoed via het RIZIV, in wzc's via de deelstaten en door zorgpersoneel via de arbeidsgeneeskundige diensten. De uiteindelijke financiële tenlasteneming wordt besproken in het Overlegcomité. De deelstaten staan in voor de operationalisering van deze vaccinatiecampagne, waaronder de communicatie aan de bevolking. De Hoge Gezondheidsraad raadt aan om de vaccinatie tegen COVID-19 en influenza bij voorkeur samen aan te bieden. De distributie van de vaccins zal worden uitgevoerd door Movianto. Dit maakt deel uit van de openbare aanbesteding voor 2022-2025, gegund aan deze logistieke partner. Het aantal vaccins wordt gebaseerd op de ingeschatte behoefte.

Ik heb helaas geen cijfers bij over het aantal griepvaccins. Ik zal die schriftelijk bezorgen. De inschakeling van de apothekers vind ik positief. Ik heb daarover al een ontwerp ingediend in de regering. Ik heb de artsenorganisaties verwittigd omdat overleg nodig zal zijn. Belangrijke artsenorganisaties zijn er immers tegen, maar daar zal ik me niet door laten tegenhouden.

12.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik zou liever zien dat de minister met de artsenorganisaties onderhandelt over wie de griepvaccins mag toedienen. In elk geval klopt zijn timing niet: oudere patiënten krijgen het best voor 15 oktober een nieuw

il est préférable d'administrer aux personnes âgées le nouveau vaccin contre le covid avant le 15 octobre, et le vaccin contre la grippe doit suivre.

Je m'étonne d'entendre le ministre affirmer tout simplement que Movianto distribuera les vaccins. Je présume que l'État fédéral devra acquitter la facture conformément au contrat qu'il a conclu, alors que celui-ci ne lie pas les entités fédérées. Lorsque le moment sera venu pour les entités fédérées, il faudra relancer les négociations. Je suggérerais au ministre de ne pas s'éloigner du cadre légal afin d'éviter une nouvelle procédure juridique.

12.05 Nawal Farih (cd&v): Je me félicite de constater que la position du ministre a évolué. Auparavant, il s'était plutôt exprimé contre le recours aux pharmaciens dans le cadre de la campagne de vaccination contre la grippe. Pendant la crise sanitaire, la population a développé un lien privilégié avec les pharmaciens. Je voudrais savoir s'il s'agira d'une mesure permanente.

12.06 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): La question est délicate. Dans un premier temps, le régime actuel sera appliqué jusqu'à la fin de l'année 2023. Cette discussion reviendra sans aucun doute sur la table.

L'incident est clos.

13 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation réalisée par le SECM concernant les primes covid pour les dentistes" (55037754C)

13.01 Frieda Gijbels (N-VA): Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI a procédé à une évaluation, entre autres, des primes Covid-19 versées aux dentistes. Cette évaluation a montré que les montants forfaitaires versés étaient élevés.

Pourquoi une évaluation intermédiaire n'a-t-elle jamais été réalisée? Quelles leçons le ministre tire-t-il de cette évaluation?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Le soutien apporté aux prestataires de soins de santé durant la crise du Covid-19 a bien fait l'objet d'un suivi intermédiaire. En janvier 2022, le Comité d'assurance soins de santé a proposé de prolonger les interventions financières temporaires à des montants réduits de moitié pour la période allant du 1^{er} juillet 2021 au 31 mars 2022. À l'époque, j'ai concrétisé cette proposition par le biais d'un arrêté royal. À l'avenir, il serait souhaitable que l'usage réel d'un équipement de protection puisse représenter une condition pour le paiement d'une prime et,

covidvaccin. Pas daarna kan de griepvaccin worden toegediend.

Het verbaast me dat de minister zomaar stelt dat Movianto de vaccins zal verdelen. Ik neem aan dat de federale overheid zal moeten betalen volgens het contract dat ze heeft afgesloten, terwijl dat contract de deelstaten niet bindt. Als de deelstaten aan zet zijn, zal er opnieuw moeten worden onderhandeld. Ik zou de minister aanraden binnen het wettelijke kader te blijven om een nieuwe juridische procedure te vermijden.

12.05 Nawal Farih (cd&v): Ik ben blij dat de minister opschuift. Hij heeft zich eerder tegen de inzet van de apothekers in de griepvaccinatiecampagne uitgesproken. De bevolking heeft tijdens de coronacrisis een goede band met de apothekers opgebouwd. Ik wil graag nog weten of dit een permanente maatregel wordt.

12.06 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Dit is een delicate kwestie. Voorlopig geldt de huidige regeling tot eind 2023. We zullen de discussie ongetwijfeld nog voeren.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van de DGEC betreffende de covidpremies voor tandartsen" (55037754C)

13.01 Frieda Gijbels (N-VA): De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV heeft een evaluatie gemaakt van, onder andere, de COVID-19-premies die werden uitgekeerd aan tandartsen. Daaruit bleek dat de uitgekeerde forfaits aan de hoge kant waren.

Waarom is er nooit een tussentijdse evaluatie gebeurd? Welke lessen trekt de minister uit de evaluatie?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): De ondersteuning aan de zorgverleners in het kader van COVID-19 werd wel degelijk tussentijds opgevolgd. In januari 2022 stelde het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor om de tijdelijke financiële tussenkomsten te verlengen aan gehalveerde bedragen voor de periode van 1 juli 2021 tot en met 31 maart 2022. Ik heb dat toen via een KB geconcretiseerd. In de toekomst kan het daadwerkelijke gebruik van beschermingsmateriaal best een voorwaarde zijn voor de uitbetaling van een

idéalement, ce paiement devrait être également lié à l'évolution du coût de l'équipement de protection, mais ce n'est pas si simple.

13.03 Frieda Gijbels (N-VA): Pendant 14 mois, on aurait octroyé pas moins de 2 500 euros par mois en trop par dentiste. Même après la réduction de moitié, il s'agit toujours d'un montant excédentaire de 500 euros par mois. Cela représente des centaines de millions d'euros. Je déposerai une question écrite à ce sujet. Il semble en effet que les moyens aient été utilisés de manière irréflective et qu'aucune évaluation intermédiaire correcte n'ait été effectuée.

L'incident est clos.

14 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du SECM pour l'année 2022" (55037755C)

14.01 Frieda Gijbels (N-VA): Un rapport du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a montré qu'en 2022, les prestataires de soins avaient facturé près de 12 millions d'euros en trop. Le montant de la fraude s'élevait à 6,7 millions d'euros. Le SECM constate que les fraudeurs s'organisent de plus en plus en réseaux nationaux et internationaux et font de plus en plus souvent appel à des prestataires de soins peu ou pas qualifiés.

Les organismes assureurs jouent-ils suffisamment leur rôle dans la lutte contre la fraude? Comment améliorer ce processus? Qu'entend-on par organisation des fraudeurs en réseaux nationaux et internationaux et par prestataires de soins peu ou pas qualifiés? Dans quelles disciplines les retrouve-t-on précisément? En ce qui concerne les dossiers de fraude, constate-t-on des écarts entre les différentes provinces ou régions?

Il semble que le système du tiers payant soit sensible à la fraude. Pourtant le ministre abaisse le seuil pour y avoir recours. Que met-il en place en parallèle pour éviter les fraudes?

Dans quels secteurs les forfaits d'hospitalisation de jour sont-ils le plus souvent facturés à tort? Que fait-on pour lutter contre ce phénomène? Où pouvons-nous agir encore plus en matière de détection d'actes sensibles à la fraude et de détection des fraudes?

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Dans le cadre de la lutte contre la fraude, les organismes assureurs coopèrent étroitement avec l'INAMI, et ce, lors de différents moments de concertation. La lutte contre la fraude demeure un défi pour les deux parties. L'INAMI procède chaque année à des contrôles de

prime, idéaliter ook gelinkt aan de wijzigende kostprijs van beschermingsmateriaal, maar dat is niet zo eenvoudig.

13.03 Frieda Gijbels (N-VA): Er zou gedurende 14 maanden maar liefst 2.500 euro per maand per tandarts te veel zijn uitgekeerd. Zelfs na de halvering is dat nog steeds 500 euro per maand te veel. Dat gaat over honderden miljoenen euro. Ik zal daarover een schriftelijke vraag indienen. Het lijkt er immers op dat men ondoordacht heeft omgesprongen met de middelen en dat er geen correcte tussentijdse evaluatie gebeurde.

Het incident is gesloten.

14 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van de DGEC voor 2022" (55037755C)

14.01 Frieda Gijbels (N-VA): Uit een rapport van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) blijkt dat er in 2022 bijna 12 miljoen euro te veel werd aangerekend door zorgverstrekkers. Het bedrag van de fraude bedroeg 6,7 miljoen euro. Volgens de DGEC organiseren fraudeurs zich steeds meer in nationale en internationale netwerken en doen zij vaker een beroep op niet- of onvoldoende gekwalificeerde zorgverleners.

Vervullen de verzekeringsinstellingen hun rol op het stuk van fraudebestrijding voldoende? Hoe kan dat beter? Wat bedoelt men met de organisatie van fraudeurs in nationale en internationale netwerken en wat met niet- of onvoldoende gekwalificeerde zorgverleners? In welke disciplines vindt men die precies? Bestaan er wat de fraudedossiers betreft verschillen tussen de verschillende provincies of gewesten?

De derde-betalersregeling zou fraudegevoelig zijn, maar de minister verlaagt de drempel voor de toepassing ervan. Wat onderneemt hij om fraude te voorkomen?

In welke sectoren worden daghospitalisatieforfaits het vaakst onterecht aangerekend? Hoe wordt daartegen opgetreden? Waar kan er nog meer worden ingezet op de detectie van fraudegevoelige handelingen en de opsporing van fraude?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): In het kader van de fraudebestrijding werken de verzekeringsinstellingen nauw samen met het RIZIV, op verschillende overlegmomenten. Fraudebestrijding blijft voor beide een uitdaging. Het RIZIV voert jaarlijks performantiecontroles uit op het variabele deel van de administratiekosten van de

performance qui portent sur la part variable des coûts administratifs des organismes assureurs. Ces derniers prêtent une attention particulière à la qualité des données de facturation. Grâce à la coopération accrue entre le SECM et les organismes assureurs, le risque de se faire prendre est plus élevé pour les prestataires de soins qui fraudent, lesquels font l'objet d'un suivi plus efficace.

Le SECM a observé récemment dans plusieurs dossiers de fraude à grande échelle que le système belge des soins de santé fait l'objet d'abus, tant au niveau national qu'international, par exemple par des praticiens de l'art dentaire et par des infirmiers à domicile. Il a constaté que tous les prestataires de soins ne possèdent pas la qualification adéquate et que des fraudes à l'identité apparaissent dans des dossiers concernant des praticiens de l'art dentaire, des infirmiers à domicile et des soignants. Ces dossiers, qui sont exceptionnels, sont transmis à l'auditorat du travail.

La fraude est présente dans toutes les provinces. Dans le secteur des soins infirmiers à domicile, elle est relativement plus fréquente dans la Région de Bruxelles-Capitale et dans le Hainaut.

La vulnérabilité à la fraude du régime du tiers payant est liée au fait que le prestataire de soins qui fraude peut facturer un montant sans que le patient en ait connaissance. En donnant aux assurés une vision de ce qui est facturé en leur nom, on diminue la vulnérabilité à la fraude tout en maintenant les aspects positifs du système du tiers payant, à savoir l'accès élargi aux soins.

Il arrive surtout en urologie, en stomatologie et en chirurgie générale que des forfaits hôpital de jour soient facturés pour des actes qui ont en fait été réalisés dans une polyclinique. Il convient d'en tenir compte dans le projet de modification du financement des hôpitaux, qui est en cours.

Le SECM procède systématiquement à des analyses de risques dans différents domaines des soins de santé. Ces analyses se font sur la base des données de facturation, dont la qualité doit donc être aussi élevée que possible. L'accent est placé sur les infractions les plus importantes, en tenant compte des moyens d'inspection disponibles.

14.03 Frieda Gijbels (N-VA): Il est important de ne pas se limiter à un numéro de nomenclature, mais de décrire de manière compréhensible de quel traitement il s'agit. Ainsi, le patient peut effectivement déjà constituer un premier filtre.

Il faut surtout viser la fraude organisée dans le domaine de la dentisterie et des soins infirmiers à

verzekeringsinstellingen. De verzekeringsinstellingen hebben specifiek aandacht voor de kwaliteit van de facturatiegegevens. Dankzij de nauwere samenwerking tussen de DGEC en de verzekeringsinstellingen is er een hogere pak kans en een betere opvolging van zorgverleners die frauderen.

De DGEC merkte recent in enkele grote fraudedossiers dat er zowel op nationaal als op internationaal niveau georganiseerd misbruik wordt gemaakt van het Belgische gezondheidssysteem, bijvoorbeeld bij tandheelkundigen en thuisverpleegkundigen. Hij stelde vast dat niet alle zorgverleners de juiste kwalificatie hebben en dat er sprake is van identiteitsfraude in dossiers van tandheelkundigen, thuisverpleegkundigen en zorgverpleegkundigen. Die uitzonderlijke dossiers worden doorgestuurd naar het arbeidsauditoraat.

Fraude komt in alle provincies voor. Binnen de thuisverpleegkunde zien we relatief meer fraude in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in de provincie Henegouwen.

De fraudegevoeligheid van het derde-betalerssysteem heeft te maken met het feit dat een frauderende zorgverlener een bedrag kan aanrekenen zonder medeweten van de patiënt. Door de verzekerden zicht te geven op wat in hun naam wordt aangerekend, vermindert de fraudegevoeligheid en behouden we de positieve aspecten van het derde-betalerssysteem, met name de verhoogde toegankelijkheid.

Vooral in de urologie, de stomatologie en de algemene heekunde werden dagziekenhuisforfaits aangerekend voor prestaties die eigenlijk in een polikliniek werden uitgevoerd. Daarmee moet rekening worden gehouden in het lopende project tot aanpassing van de ziekenhuisfinanciering.

De DGEC voert systematisch risicoanalyses uit binnen verschillende domeinen van de gezondheidszorg. Dat gebeurt op facturatiegegevens, en de kwaliteit daarvan moet dus zo goed mogelijk zijn. Er wordt gefocust op de belangrijkste inbreuken, rekening houdend met de beschikbare inspectiemiddelen.

14.03 Frieda Gijbels (N-VA): Het is belangrijk dat men zich niet beperkt tot een nomenclatuurnummer, maar dat op een begrijpelijke manier wordt verwoord om welke behandeling het gaat. Op die manier vormt de patiënt inderdaad al een eerste filter.

Er moet vooral worden ingezet op de georganiseerde fraude in de tandheelkunde en de

domicile, souvent à partir de l'étranger.

Les organismes assureurs reçoivent chaque année 1 milliard d'euros pour des tâches administratives. Ils doivent être sensibilisés à faire leur part du travail dans la lutte contre la fraude.

L'incident est clos.

15 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le détartrage préventif comme condition de remboursement du détartrage sous-gingival" (55037756C)

15.01 Frieda Gijbels (N-VA): Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) considère qu'il n'est pas opportun de subordonner le remboursement d'un détartrage sous-gingival au détartrage préventif obligatoire. Cela semble donner lieu à une surconsommation. Qu'en pense le ministre?

Il existe toujours une limite d'âge pour le remboursement d'un détartrage sous-gingival. Le ministre estime-t-il que cette limite se justifie?

Seule l'inscription de la moitié des honoraires visés étant prévue pour le détartrage sous-gingival, les parodontistes ne peuvent pas effectuer ce traitement au tarif conventionné. Quand la nomenclature sera-t-elle corrigée?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le rapport du SECM contient des propositions visant à modifier la nomenclature afin de promouvoir une approche plus préventive. Sur proposition du Conseil technique dentaire, le critère de l'examen buccal annuel a été ajouté à la nomenclature pour un détartrage sous-gingival. Cela peut résoudre en partie le problème du détartrage préventif obligatoire. Par ailleurs, il appartient au Conseil technique dentaire de proposer les modifications à apporter à la nomenclature.

Les limites d'âge en parodontologie ont été instaurées pour des raisons budgétaires. Depuis le 1^{er} juillet 2022, la limite d'âge pour le détartrage sous-gingival a été portée de 55 à 60 ans. L'INAMI travaille à une nouvelle adaptation de la nomenclature prévoyant de relever la limite d'âge pour un examen parodontal jusqu'au 60^e anniversaire. L'objectif est de supprimer la limite d'âge, mais cette suppression doit se faire de manière progressive, en fonction des moyens disponibles.

Les secteurs doivent introduire leurs priorités dans le

thuisverpleegkunde, vaak vanuit het buitenland.

De verzekeringsinstellingen krijgen elk jaar 1 miljard euro voor administratieve taken. Zij moeten worden gesensibiliseerd om in de fraudebestrijding hun deel van het werk te doen.

Het incident is gesloten.

15 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Preventieve tandsteenverwijdering als terugbetalingsvoorwaarde voor subgingivale reiniging" (55037756C)

15.01 Frieda Gijbels (N-VA): De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) vindt de verplichte preventieve tandsteenverwijdering niet zinnig als voorwaarde voor de terugbetaling van een subgingivale reiniging. Dit blijkt aanleiding te geven tot overconsumptie. Wat denkt de minister hierover?

Er bestaat nog steeds een leeftijdsgrens voor de terugbetaling van een subgingivale reiniging. Vindt de minister dat verantwoord?

Omdat maar de helft van het bedoelde honorarium is ingeschreven voor subgingivale reiniging, kunnen parodontologen de behandeling niet uitvoeren aan het conventietarief. Wanneer wordt de nomenclatuur gecorrigeerd?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het rapport van de DGEC bevat voorstellen om de nomenclatuur aan te passen om een meer preventieve aanpak te bevorderen. Op voorstel van de Technische tandheelkundige raad werd een jaarlijks mondonderzoek als criterium voor een subgingivale reiniging toegevoegd in de nomenclatuur. Dat kan het probleem van de verplichte preventieve tandsteenreiniging deels oplossen. Verder is het aan de Technische tandheelkundige raad om wijzigingen aan de nomenclatuur voor te stellen.

De leeftijdsbeperkingen rond parodontologie werden ingevoerd om budgettaire redenen. Sinds 1 juli 2023 is de leeftijdsgrens voor subgingivale reiniging opgetrokken van 55 naar 60 jaar. Het RIZIV werkt aan een nieuwe nomenclatuuraanpassing waarin de leeftijdsgrens voor een parodontaal onderzoek wordt opgetrokken tot de 60^{ste} verjaardag. Het is de bedoeling om de leeftijdsgrenzen te schrappen, maar dat moet geleidelijk gebeuren op basis van de beschikbare middelen.

Voor september moeten de sectoren hun prioriteiten

cadre du budget 2024 d'ici le mois de septembre. Je laisse au Conseil technique dentaire et à la Commission nationale dento-mutualiste le soin de décider de l'opportunité d'y intégrer la proposition de Mme Gijbels.

15.03 Frieda Gijbels (N-VA): La fixation d'une limite d'âge n'est pas étayée scientifiquement. La nomenclature doit être adaptée. Si nous supprimons le budget pour le détartrage superficiel préventif obligatoire, un budget se libérera pour un meilleur remboursement du détartrage sous-gingival.

L'incident est clos.

16 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Celginase" (55037758C)

16.01 Kathleen Depoorter (N-VA): En Italie, des médecins ont importé et utilisé le médicament contre le cancer Celginase. Pourtant, ce médicament n'a pas encore été autorisé par l'EMA en Europe.

Le Celginase a-t-il également été importé et utilisé en Belgique? Quelles mesures sont prises pour garantir la sécurité et la qualité des médicaments importés? Comment se déroule la coopération entre les différents pays européens afin d'éviter que de tels incidents ne se reproduisent à l'avenir? S'agit-il d'un des fers de lance de la prochaine présidence belge de l'UE?

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): L'AFMPS a connaissance de l'incident survenu en Italie. Une importation dans notre pays susciterait certainement des inquiétudes. Il existe en effet de sérieux doutes quant à la qualité constante et à la sécurité, notamment en ce qui concerne les impuretés éventuelles et la manière dont elles sont contrôlées.

L'AFMPS n'a pas connaissance d'importations de Celginase en Belgique.

La législation permet l'importation ou l'utilisation de médicaments non autorisés sous certaines conditions. Dans ces cas, le pharmacien d'hôpital, notamment, joue un rôle important de garant de la qualité du médicament. Les pharmaciens hospitaliers se concertent en cas d'indisponibilité et recherchent de préférence des médicaments autorisés dans l'UE. Il est très peu probable qu'ils prennent le risque d'importer un produit qui n'est pas autorisé dans l'UE ou dans une région qui applique des normes de qualité semblables.

Les médicaments qui peuvent être importés doivent

indien en het kader van de begroting voor 2024. Ik laat de Technische tandheelkundige raad en de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen bepalen of het voorstel van mevrouw Gijbels daarin wordt opgenomen.

15.03 Frieda Gijbels (N-VA): Er is geen wetenschappelijke onderbouwing voor een leeftijdsgrens. De nomenclatuur moet worden aangepast. Als we het budget schrappen voor de verplichte voorafgaande oppervlakkige tandsteenreiniging, komt er geld vrij voor een betere terugbetaling van de subgingivale reiniging.

Het incident is gesloten.

16 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Celginase" (55037758C)

16.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Artsen in Italië hebben het kankermedicijn Celginase geïmporteerd en ook gebruikt. Nochtans is het in Europa nog niet goedgekeurd door het EMA.

Werd in België ook Celginase geïmporteerd en gebruikt? Wat wordt er gedaan om de veiligheid en kwaliteit van geïmporteerde geneesmiddelen te waarborgen? Hoe verloopt de samenwerking tussen verschillende Europese landen om dergelijke incidenten in de toekomst te voorkomen? Is dit een van de speerpunten van het komende Belgische voorzitterschap van de EU?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het FAGG is op de hoogte van het incident in Italië. In het geval van invoer bij ons zou er zeker bezorgdheid bestaan. Er zijn immers ernstige twijfels over de consistente kwaliteit en de veiligheid, onder meer over mogelijke onzuiverheden en hoe die worden gecontroleerd.

Het FAGG heeft geen kennis van enige import van Celginase in België.

De wetgeving laat in bepaalde gevallen toe dat niet-vergunde geneesmiddelen worden geïmporteerd of gebruikt. In dat geval speelt onder meer de ziekenhuisapotheker een belangrijke rol bij het garanderen van de kwaliteit van het geneesmiddel. De Belgische ziekenhuisapothekers overleggen onderling bij onbeschikbaarheden en gaan bij voorkeur op zoek naar geneesmiddelen die in de EU vergund zijn. Het is zeer onwaarschijnlijk dat zij het risico zullen lopen om een product te importeren dat niet in de EU vergund is of een regio met gelijkaardige kwaliteitsstandaarden.

Geneesmiddelen die mogen worden geïmporteerd,

toujours être autorisés dans le pays d'origine. L'importation de médicaments autorisés dans le pays d'origine mais pas nécessairement dans le pays de destination constituent souvent une alternative en cas d'indisponibilité.

Dans cette commission, j'ai déjà expliqué qu'il existe une coopération intense au niveau européen pour résoudre le problème des indisponibilités.

16.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Il existe évidemment une très grande différence entre la quête de médicaments non autorisés dans le cadre des indisponibilités et l'importation de nouveaux médicaments qui ne sont pas encore contrôlés et qui sont ensuite administrés aux patients. En l'occurrence, la prescription du Celginase ne reposait sur rien du tout. Résultat de l'autopsie: on a fourni aux patients une application pratique non fondée sur des preuves scientifiques. Nous devons être attentifs à ce genre de prescriptions. Les autorités doivent tout faire pour que de telles situations ne se présentent pas.

L'incident est clos.

17 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La production de médicaments en Belgique" (55037759C)

17.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Le président français a récemment fait savoir qu'il entendait ramener la production de 50 médicaments en France.

Quelle démarche analogue notre gouvernement envisage-t-il d'entreprendre? Les projets du président Macron ont-ils une influence sur la compétitivité du secteur pharmaceutique dans notre pays? Existe-t-il des partenariats bilatéraux avec la France visant à favoriser la production de médicaments? Envisage-t-on de coopérer avec d'autres pays européens afin de réduire notre dépendance?

17.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Ma cellule stratégique se concerte étroitement avec le cabinet du ministre français de la Santé. Le projet de la France n'aura pas d'influence négative sur notre compétitivité, parce qu'il s'agit principalement de médicaments qui ne sont plus produits en Europe.

La Belgique participe, avec la France et d'autres pays, à un *Important Project of Common European Interest* (IPCEI) pour le secteur de la santé, dont les objectifs sont le verdissement des technologies de

dienen steeds vergund te zijn in het land van herkomst. De import van geneesmiddelen die vergund zijn in het land van oorsprong, maar niet noodzakelijk in het land van bestemming, is vaak een alternatief in het geval van onbeschikbaarheden.

Ik heb in deze commissie reeds uitgelegd dat er op Europees niveau intens wordt samengewerkt om het probleem van de onbeschikbaarheden aan te pakken.

16.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Er is natuurlijk een heel groot verschil tussen de zoektocht naar niet-vergunde geneesmiddelen in het kader van onbeschikbaarheden en het importeren van nieuwe geneesmiddelen die nog niet gecontroleerd zijn en die dan worden toegediend aan de patiënten. In deze situatie werd Celginase uit het niets voorgeschreven om een niet-evidencebased praktijktoepassing aan de patiënt te verlenen. Daar moeten we alert voor zijn. De overheid moet het maximale doen opdat dergelijke situaties zich niet kunnen voordoen.

Het incident is gesloten.

17 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De productie van geneesmiddelen in eigen land" (55037759C)

17.01 Kathleen Depoorter (N-VA): De Franse president maakte onlangs bekend dat hij de productie van 50 geneesmiddelen terug naar Frankrijk wil halen.

Welke soortgelijke actie overweegt onze regering? Hebben de plannen van president Macron een invloed op de concurrentiepositie van de farmaceutische sector in ons land? Bestaan er bilaterale samenwerkingsverbanden met Frankrijk om de productie van geneesmiddelen te bevorderen? Zijn er plannen om met andere Europese landen samen te werken om onze afhankelijkheid te verminderen?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Mijn beleidscel is in nauw overleg met het kabinet van de Franse minister van Gezondheid. Het Franse plan zal geen negatieve invloed hebben op onze concurrentiepositie, omdat het voornamelijk gaat om medicijnen die niet meer in Europa worden gemaakt.

België zit samen met Frankrijk en andere landen in een *Important Project of Common European Interest* (IPCEI) voor de gezondheidssector met als doelstellingen het vergroenen van

production et le soutien de l'innovation. Le verdissement des processus de production peut également bénéficier à l'autonomie stratégique européenne, étant donné que d'autres pays ont des réglementations environnementales moins strictes.

À l'échelon européen, le gouvernement a lancé un dispositif sur les médicaments critiques. En effet, ces questions doivent être abordées au niveau européen. C'est pourquoi nous n'avons pas encore pris de mesures unilatérales.

17.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Tout le monde est d'accord pour dire que nous devrions disposer de plus d'autonomie stratégique en Europe, mais le ministre n'a encore rien réalisé de concret à ce sujet. Par ailleurs, si la production verte est une condition préalable, il faudra attendre très longtemps avant que davantage de médicaments soient produits en Europe.

Nous devons veiller à ce que d'autres États membres de l'UE ne deviennent pas juste un peu plus attrayants que nous. Il s'agit en effet de plus de 100 000 emplois et de l'accès aux études cliniques pour de nombreux patients dans notre pays. Nous ne pouvons pas mettre ces éléments en jeu.

L'incident est clos.

18 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement des insuffisances cardiaques avec fraction d'éjection réduite (ICFER)" (55037765C)

18.01 Kathleen Depoorter (N-VA): L'INAMI a décidé de ne plus rembourser un médicament utilisé pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite. Il est frappant que l'INAMI ait pourtant bel et bien approuvé un programme d'usage compassionnel, dans le cadre duquel l'entreprise pharmaceutique offre le médicament gratuitement à des patients. Un tel programme d'usage compassionnel démontre justement l'existence d'une nécessité médicale pour les patients.

Le ministre peut-il fournir des explications à ce sujet? Réexaminera-t-il la décision de l'INAMI? Le ministre a-t-il connaissance de l'indicateur WAIT (*Waiting to Access Innovative Therapies*) pour la Belgique en ce qui concerne l'accès aux médicaments innovants?

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Il est difficile de donner une réponse si le nom du médicament n'est pas mentionné. Il m'appartient, et non à l'INAMI, de statuer sur la question du remboursement de tout médicament. Un dossier récemment introduit à la Commission de

productietechnologieën en het steunen van innovatie. Het vergroenen van productieprocessen kan ook een gunstige invloed hebben op de Europese strategische autonomie, omdat in andere landen de milieuvoorschriften minder streng zijn.

Op Europees niveau lanceerde de regering een Critical Medicines Act. Deze problematiek moet immers op Europees niveau worden aangepakt. Daarom hebben we nog geen unilaterale maatregelen getroffen.

17.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Iedereen is het ermee eens dat we meer strategische autonomie in Europa moeten hebben, maar de minister heeft daar nog niets concreets aan gedaan. Als een groene productie dan ook nog eens een voorwaarde is, dan zal het nog heel lang duren vooraleer er meer medicijnen in Europa worden geproduceerd.

We moeten erover waken dat andere Europese lidstaten niet net iets aantrekkelijker worden. Het gaat immers over meer dan 100.000 jobs en de toegang tot klinische studies voor vele patiënten in ons land. Dat mogen we niet op het spel zetten.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van hartfalen met gereduceerde ejectiefractie (HFrEF)" (55037765C)

18.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Het RIZIV besliste om een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor patiënten met hartfalen met gereduceerde ejectiefractie niet meer terug te betalen. Het is opmerkelijk dat het RIZIV wel goedkeuring gaf voor een *compassionate use*-programma, waarbij het farmaceutische bedrijf het geneesmiddel gratis aanbiedt aan patiënten. Een *compassionate use*-programma toont net de medische noodzaak voor patiënten aan.

Kan de minister dit toelichten? Zal hij de beslissing van het RIZIV herbekijken? Is de minister op de hoogte van de Waiting to Access Innovative Therapies (WAIT) Indicator voor België inzake de *fast and early access*?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het is moeilijk om te antwoorden als de naam van het geneesmiddel niet vermeld wordt. Elke beslissing om een geneesmiddel al dan niet te vergoeden wordt door mij genomen en niet door het RIZIV. Recent werd een dossier ingediend bij de

remboursement des médicaments (CRM) portait sur le remboursement du traitement des patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (ICFER). La société pharmaceutique a cependant retiré prématurément le dossier.

Dans une procédure de remboursement, les services évaluent notamment dans quelle mesure une spécialité pharmaceutique répond à un besoin médical non satisfait. En outre, ils évaluent des éléments cliniques, scientifiques et économiques. Ce n'est pas parce qu'un besoin médical apparaît que le médicament en question répond à ce besoin ou qu'il peut être remboursé en générant un coût acceptable pour l'assurance maladie. Les nouveautés sont fréquentes pour l'indication de l'insuffisance cardiaque chronique.

L'indicateur WAIT ne prend pas en considération le délai observé par les sociétés pharmaceutiques entre l'enregistrement à l'EMA et le dépôt d'une demande de remboursement à la CRM. J'entends développer un système de *early and fast access*.

18.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Il s'agit du médicament Verquvo, dont la molécule est le vericiguat. Ce n'est pas la première fois qu'un médicament innovant ne satisfait pas à nos procédures de remboursement. Vooruit estime que l'indicateur WAIT s'améliore mais je dois bien constater que c'est plutôt l'inverse. Si un programme d'usage compassionnel est autorisé, c'est que l'on estime que la molécule est basée sur des preuves scientifiques, non? Si nous voulons faire des compromis et veiller à ce que nos patients puissent avoir accès à l'innovation, les autorités doivent faire preuve de flexibilité.

L'incident est clos.

Le **président**: Les questions n^{os} 55037770C, 55037771C, 55038119C, 55038154C, 55038158C, 55038206C et 55038207C de Mme Fonck sont transformées en questions écrites.

19 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le téléchargement de dossiers médicaux sur CoZo" (55037801C)

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Les spécialistes extra-muros ne peuvent pas téléverser de rapports médicaux sur la plateforme "Collaboratief Zorgplatform" (CoZo), à moins de pouvoir utiliser un programme hospitalier. Il n'est pas non plus possible de téléverser un rapport en l'absence de généraliste connu. Il est difficile de parler de soins intégrés si aucune communication intégrée n'est possible. En outre, de nombreux spécialistes semblent enregistrer des rapports sur CoZo sans les adresser

Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) voor een vergoeding voor de behandeling van patiënten met een gereduceerde injectiefractie (HFrEF), maar het farmaceutisch bedrijf heeft dat vroegtijdig ingetrokken.

Tijdens een terugbetalingsprocedure wordt onder andere geëvalueerd in hoeverre een farmaceutische specialiteit tegemoetkomt aan een onvervulde medische nood, samen met de evaluatie van klinische, wetenschappelijke en economische elementen. Het is niet omdat er een medische nood bestaat, dat het betrokken geneesmiddel de nood vervult of het geneesmiddel vergoed kan worden aan een aanvaardbare kost voor de ziekteverzekering. Binnen de indicatie chronisch hartfalen wordt regelmatig aan vernieuwing gedaan.

De WAIT Indicator houdt geen rekening met de tijd die farmaceutische bedrijven nemen tussen de registratie bij het EMA en de indiening van een vergoedingsaanvraag bij de CTG. Ik wil een stelsel van *early and fast access* ontwikkelen.

18.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Het gaat over het geneesmiddel Verquvo, met als molecule vericiguat. Het is niet de eerste keer dat een innovatief geneesmiddel niet door onze terugbetalingsprocedures geraakt. Volgens Vooruit verbetert de WAIT Indicator, maar ik stel alleen maar het tegenovergestelde vast. Als een *compassionate use*-programma wordt toegestaan, dan wordt toch ook de evidentie van de molecule ingezien? Als wij compromissen willen en onze patiënten toegang tot innovatie willen garanderen, zal de overheid flexibel moeten zijn.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vragen nrs. 55037770C, 55037771C, 55038119C, 55038154C, 55038158C, 55038206C en 55038207C van mevrouw Fonck worden omgezet in schriftelijke vragen.

19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uploaden van medische verslagen in CoZo" (55037801C)

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Extramurale specialisten kunnen geen medische verslagen uploaden in het Collaboratief Zorgplatform (CoZo), tenzij ze een ziekenhuisprogramma kunnen gebruiken. Het is evenmin mogelijk om een verslag te uploaden als er geen huisarts bekend is. Het is moeilijk om van een geïntegreerde zorg te spreken, als er geen geïntegreerde communicatie mogelijk is. Bovendien blijken veel specialisten verslagen in CoZo te registreren zonder ze rechtstreeks aan de

directement aux généralistes, ce qui complique le suivi par les généralistes.

Ces informations sont-elles exactes? Les problèmes de téléversement valent-ils également pour d'autres plateformes telles qu'Abrumet ou le Réseau Santé Wallon (RSW)? Ces problèmes seront-ils résolus? Les spécialistes seront-ils sensibilisés à la nécessité d'adresser leur rapport aux généralistes? Un autre problème se pose: les pharmaciens biologistes ne peuvent pas consulter les rapports. Ce point sera-t-il également abordé?

19.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Tout médecin utilisant un logiciel enregistré et destiné aux généralistes, aux hôpitaux ou aux laboratoires, peut échanger des informations avec d'autres acteurs du secteur des soins de santé. Cet échange peut se faire par l'envoi à un autre acteur du secteur par le biais de l'eHealthBox ou par la mise à disposition des informations dans le dossier patient électronique.

Si le dossier patient électronique n'est pas disponible 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, les informations peuvent être sauvegardées dans un coffre-fort de santé sécurisé, qui est, lui, disponible 24 h sur 24 et 7 jours sur 7. Ce coffre-fort de santé se trouve en consultant le répertoire de référence du système Hubs & Metahub. Tout médecin disposant du logiciel adéquat peut se connecter à un hub tel que CoZo, VZN Leuven, le Réseau Santé Bruxellois (RSB) et le RSW. Certains paquets de logiciels destinés aux spécialistes exerçant en dehors des hôpitaux n'offrent pas cette possibilité. Nous étudions la possibilité de fixer pour eux des critères d'enregistrement, comme c'est le cas pour les généralistes.

L'enregistrement, le partage et la consultation des informations pertinentes sur les patients seront les fers de lance des soins intégrés. Les données relatives à la vaccination, aux médicaments, aux allergies et aux résultats de laboratoire seront enregistrées dans les *Care Sets* après concertation avec le secteur. Ces sets d'informations devront faire partie intégrante d'un épisode de soins. La possibilité pour certaines catégories d'acteurs de la santé d'accéder aux *Care Sets* sera examinée de manière plus approfondie dans le cadre du protocole d'accord eHealth. Nous attendons les résultats pour la fin de l'année. Nous examinons par quels incitants nous pourrions garantir que les *Care Sets* soient correctement tenus à jour, partagés et consultés. Un plan interfédéral de concertation et de communication a été intégré dans le protocole d'accord à ce sujet.

19.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Je n'ai pas obtenu de réponse à ma question concernant l'accès

huisarts te adresseren. De bemoeilijkt de opvolging door de huisarts.

Klopt deze informatie? Gelden de uploadproblemen ook voor andere platformen, zoals Abrumet of Réseau Santé Wallon (RSW) en andere? Zullen deze problemen worden aangepakt? Zullen specialisten worden gesensibiliseerd om hun verslag te adresseren aan de huisarts? Een ander probleem is dat apothekers-biologen geen inzage hebben in de verslagen. Wordt dat ook besproken?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Elke arts die geregistreerde huisartsensoftware, ziekenhuissoftware of labosoftware gebruikt, kan informatie delen met andere zorgactoren. Dat kan via verzending naar een andere zorgactor via de eHealthBox of door de informatie in het elektronische patiëntendossier ter beschikking te stellen.

Als het elektronisch patiëntendossier niet 24/7 beschikbaar is, dan kan de informatie worden opgeslagen in een beveiligde gezondheidskluis, die wel 24/7 beschikbaar is. De zorgkluis is te vinden via de verwijzingsrepertoria van het Hubs & Metahub-systeem. Elke arts die de gepaste software heeft, kan verbinding maken met een hub, zoals CoZo, VZN Leuven, Réseau Santé Bruxellois (RSB) en RSW. Sommige softwarepakketten voor artsenspecialisten met een buitenziekenhuispraktijk bieden deze mogelijkheid niet aan. We gaan na of hiervoor registratiecriteria kunnen worden vastgelegd, net als voor de huisartsenpakketten.

Het registreren, delen en consulteren van relevante patiënteninformatie worden de speerpunten voor de geïntegreerde zorg. Data over vaccinatie, medicatie, allergieën en laboresultaten worden na overleg met de sector vastgelegd in Care Sets. Deze informatiesets moeten een integraal onderdeel uitmaken van een zorgepisode. In het kader van het protocolakkoord eHealth wordt de toegang tot de Care Sets door categorieën van zorgactoren verder onderzocht. We verwachten het resultaat eind dit jaar. We onderzoeken met welke incentives we kunnen verzekeren dat de Care Sets correct worden bijgehouden, gedeeld en geraadpleegd. Daarover is een interfederaal overleg- en communicatieplan opgenomen in het protocolakkoord.

19.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag over de toegang

des pharmaciens biologistes aux *Care Sets*. Ils ne peuvent pas vérifier si un examen qui n'est remboursé qu'une fois par an a déjà été remboursé. J'espère que ce point sera pris en compte lors de l'évaluation.

L'incident est clos.

Le **président**: La question n° 55037836C de Mme Merckx et les questions n°s 55037843C et 55037847C de M. Patrick Prévot sont transformées en questions écrites.

20 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le registre des implants "Orthopride"" (55038175C)

20.01 Patrick Prévot (PS): Le gouvernement a décidé l'encodage dans un registre national des prothèses utilisées chez nous, pour disposer d'une vue sur leur évolution clinique. Depuis 2013, l'INAMI a mis en ligne le programme Orthopride enregistrant des données relatives aux arthroplasties de hanches et de genoux. Leur remboursement dépend de cet enregistrement. Les prestataires de soins et les hôpitaux ont été informés du passage d'Orthopride vers healthdata.be. Or, le nouveau système d'enregistrement a connu des problèmes et il est impossible d'y enregistrer ces implants.

Le confirmez-vous? Si oui, quelles en sont les causes? Quand résoudra-t-on ce problème? Qu'en est-il du retard dans l'enregistrement? Pourra-t-on enregistrer les données qui ne l'ont pas été? Des facilités d'encodage seront-elles proposées aux hôpitaux? Qu'en est-il du remboursement des implants placés et non introduits dans le système?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le 1^{er} mars 2023, le registre Orthopride a été transféré vers la plateforme Healthdata.be. Ce transfert a fait l'objet d'une communication dès le 1^{er} septembre 2022 et d'une session d'information le 21 septembre 2022. Il a également été décidé d'accorder un délai de six mois au secteur.

En avril, le Comité de l'assurance a approuvé les dispositions transitoires pour tous les registres qui ont été transférés vers l'environnement Healthdata.be for data providers version 2.0. Ce module doit être utilisé par les hôpitaux pour l'enregistrement et peut être intégré dans le logiciel hospitalier. Ainsi, toutes les prestations, qu'il s'agisse d'interventions ou d'implants, peuvent être

pour apothekers-biologen tot de Care Sets. Zij kunnen niet verifiëren of een onderzoek dat maar één keer per jaar wordt terugbetaald, al is terugbetaald. Ik hoop dat hiermee rekening wordt gehouden bij de evaluatie.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55037836C van mevrouw Merckx en de vragen nrs. 55037843C en 55037847C van de heer Patrick Prévot worden omgezet in schriftelijke vragen.

20 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Orthoprideregister voor implantaten" (55038175C)

20.01 Patrick Prévot (PS): De regering besliste destijds om de protheses die in ons land gebruikt worden op te nemen in een nationaal register, om op die manier zicht te krijgen op de klinische evolutie. In 2013 plaatste het RIZIV het programma Orthopride online, waarin de gegevens met betrekking tot heup- en kniegewrichtsprothesen geregistreerd worden. De terugbetaling van de prothese hangt af van die registratie. De zorgverstrekkers en de ziekenhuizen werden op de hoogte gebracht van de inkanteling van Orthopride in healthdata.be. Het nieuwe registratiesysteem kampte echter met kinderziekten en het was onmogelijk om er deze implantaten in te registreren.

Bevestigt u dat? Zo ja, wat zijn daarvan de oorzaken? Wanneer zal men dat probleem oplossen? Hoe staat het met de vertraging bij de registratie? Zullen de gegevens die nog niet geregistreerd werden, nu wel ingegeven kunnen worden? Zullen er registratiefaciliteiten voorgesteld worden aan de ziekenhuizen? Hoe staat het met de terugbetaling van reeds ingebrachte implantaten die nog niet in het systeem geregistreerd werden?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Sinds 1 maart 2023 is het register Orthopride overgeheveld naar het Healthdata.be-platform. Over de overheveling werd al op 1 september 2022 gecommuniceerd en op 21 september 2022 werd een informatiesessie gehouden. Toen werd ook beslist de sector nog zes maanden te geven.

In april heeft het Verzekeringscomité overgangsbepalingen goedgekeurd voor alle registers die naar de Healthdata.be for data providers versie 2.0-omgeving werden overgeheveld. Die module moet door de ziekenhuizen voor de registratie worden gebruikt en kan in de ziekenhuissoftware worden geïntegreerd. Zo kunnen de verstrekkingen – ingrepen of

facturées avant même d'avoir été enregistrées.

À cette occasion, Healthdata.be organise des séances d'information et de démonstration pour les départements des logiciels des hôpitaux. Ceux-ci peuvent également poser des questions sur une base hebdomadaire. Le 6 juillet 2023, il a été convenu entre l'INAMI et les fédérations hospitalières que la période de transition pourra être interrompue à partir du 1^{er} septembre 2023. À partir de cette date, les prestations devront donc être enregistrées pour être facturées. Les hôpitaux auront jusqu'au 31 décembre 2023 pour enregistrer dans Healthdata.be les enregistrements reportés de la période allant jusqu'au 1^{er} septembre 2023.

20.03 Patrick Prévot (PS): Je m'en tiendrai au fait que les problèmes sont résolus, que les encodages pourront être faits et qu'une période d'adaptation sera prévue.

L'incident est clos.

Le **président**: Les questions n^{os} 55037943C de M. Bacquelaine et 55038092C de Mme Muylle sont reportées.

21 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de la nomenclature" (55037952C)

21.01 Frieda Gijbels (N-VA): Une équipe scientifique réunissant plusieurs centres universitaires et Möbius a été mobilisée pour la réforme de la nomenclature et le rééquilibrage des honoraires. Le projet comporte trois phases et devrait durer quatre ans. La phase 1 est achevée, les phases 2.1 et 2.2 sont en cours et le tout devrait être terminé fin 2024.

Quel est l'état d'avancement du projet? Combien a-t-on dépensé jusqu'à présent pour l'équipe scientifique et les études? Les études de toutes les parties prenantes ont-elles bel et bien été utilisées? Dans la négative, pourquoi? Où pouvons-nous trouver les conclusions et les recommandations des études menées initialement?

Présidente: Nawal Farih.

21.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Les résultats des études de la phase 1 de tous les acteurs ont effectivement été utilisés: les travaux de l'ULB pour les actes techniques médico-chirurgicaux dits ATMC; les travaux de Möbius pour les actes médico-techniques automatisés et assimilés, les AMTAA; et les travaux de l'UGent pour les actes de consultation et assimilés, les ACA, bien

implantatens – worden gefactureerd zonder dat zij al geregistreerd zijn.

Naar aanleiding daarvan organiseert Healthdata.be informatie- en demossessies voor de softwareafdelingen van de ziekenhuizen. Zij kunnen ook wekelijks vragen stellen. Op 6 juli 2023 werd tussen het RIZIV en de ziekenhuisfederaties afgesproken dat de overgangperiode vanaf 1 september 2023 kan worden stopgezet. Vanaf die datum moeten de verstrekkingen dus geregistreerd zijn om ze te kunnen factureren. De ziekenhuizen hebben tot 31 december 2023 de tijd om de uitgestelde registraties van de periode tot 1 september 2023 te registreren in Healthdata.be.

20.03 Patrick Prévot (PS): Ik hou mij aan de feiten: de problemen zijn opgelost, de records kunnen worden ingegeven en er zal een overgangperiode worden ingebouwd.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 55037943C van de heer Bacquelaine en 55038092C van mevrouw Muylle worden uitgesteld.

21 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nomenclatuurnieuwvorming" (55037952C)

21.01 Frieda Gijbels (N-VA): Voor de nomenclatuurnieuwvorming en de herijking van de honoraria werd een wetenschappelijk team ingeschakeld van verschillende universitaire centra en Möbius. Het project bevat drie fasen en zou vier jaar lopen. Fase 1 is ondertussen afgerond, fasen 2.1 en 2.2 lopen en eind 2024 zou alles rond zijn.

Wat is de huidige stand van zaken? Hoeveel is er tot nu toe uitgegeven voor het wetenschappelijk team en de studies? Werden de studies van alle betrokken actoren wel degelijk gebruikt? Zo niet, waarom? Waar kunnen we de conclusies en de aanbevelingen van de eerste studies vinden?

Voorzitster: Nawal Farih.

21.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De resultaten van de studies van fase 1 van alle actoren werden inderdaad gebruikt: het werk van de ULB voor de technisch-medische chirurgische handelingen, de zogenaamde ATMC; het werk van Möbius voor de geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische handelingen, de AMTAA; en het werk van de UGent

qu'il s'agisse de pistes de réflexion sur la réforme.

voor de handelingen van raadplegingen en daaraan geassimileerde handelingen, de ACA, hoewel dat denksproten inzake hervorming betreft.

Les rapports des acteurs ont été transférés au comité d'accompagnement du projet, composé de représentants des médecins, des organismes assureurs, des fédérations hospitalières, de la cellule politique des Affaires sociales, de l'INAMI, du SPF Santé publique et du KCE.

De verslagen van de actoren werden doorgestuurd naar het begeleidingscomité van het project, dat bestaat uit vertegenwoordigers van de artsen, de verzekeringsinstellingen, de ziekenhuisfederaties, de beleidscel Sociale Zaken, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het KCE.

En ce qui concerne les actes techniques médico-chirurgicaux, la phase 2.1 a démarré début 2022 et se déroule comme prévu. Actuellement, 19 disciplines ou sous-disciplines ont vu leurs prestations paramétrées selon les critères de durée, de complexité et de risque. Afin d'établir une échelle de valeur relative intra-disciplinaire de la section professionnelle, 12 disciplines ou sous-disciplines supplémentaires doivent encore être paramétrées. En même temps, on commence également à relier toutes les échelles de valeur relative intra-disciplinaires pour créer la même échelle de valeur relative disciplinaire interne.

Met betrekking tot de technisch-medisch chirurgische handelingen is fase 2.1 begin 2022 gestart en dat ligt op schema. Momenteel hebben 19 disciplines of subdisciplines hun verstrekkingen laten parametriseren volgens de criteria duur, complexiteit en risico. Om een intradisciplinaire relatieve waardeschaal van het beroepsgedeelte vast te stellen, moeten nog 12 disciplines of subdisciplines worden geparametriseerd. Tegelijkertijd begint men ook alle intradisciplinaire relatieve waardeschalen te koppelen om dezelfde interne disciplinaire relatieve waardeschaal te creëren.

La phase 2.2 a démarré mi-2022. Après l'approbation de la sélection de 28 hôpitaux pilotes par le Comité de l'assurance, les équipes de l'ULB et de la KUL ont pu commencer leurs travaux en collaboration avec ces hôpitaux. Tout se déroule conformément au calendrier. Le but est d'élaborer une échelle de valeurs relatives des frais de fonctionnement pour toutes les prestations. Cette phase devrait être achevée fin 2024.

Fase 2.2. is gestart midden 2022. Na goedkeuring door het Verzekeringscomité van de selectie van 28 pilootziekenhuizen kon het werk van de ULB- en KUL-teams in samenwerking met deze ziekenhuizen beginnen. Men zit op schema. Het doel is om een relatieve waardeschaal van de werkingskosten te ontwikkelen voor alle verstrekkingen. Dit zou eind 2024 rond moeten zijn.

Concernant les actes médico-techniques automatisés et assimilés, la phase 2.1 a démarré début 2023 pour l'anatomopathologie, la radiothérapie et la génétique, dans le but ici aussi de créer une échelle de valeurs relatives intradisciplinaire pour la partie professionnelle en collaboration avec les experts de chaque discipline. Cette phase devrait être achevée fin 2023.

Met betrekking tot geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische handelingen is fase 2.1. begin 2023 gestart voor de pathologische anatomie, de radiotherapie en de genetica, ook om intradisciplinaire relatieve waardeschalen te creëren van het beroepsgedeelte in samenwerking met de experts van elke discipline. Dit zou eind 2023 af moeten zijn.

La phase 2.2 pour l'anatomopathologie, la radiothérapie et la génétique a démarré début 2023. Après l'approbation par le Comité de l'assurance de la sélection des hôpitaux et laboratoires pilotes, l'équipe Möbius a pu commencer ses travaux en collaboration avec ces hôpitaux et laboratoires. À nouveau, tout se déroule conformément au calendrier. Il s'agit ici aussi d'élaborer une échelle de valeurs relatives des frais de fonctionnement pour toutes les prestations. Cette phase devrait être achevée fin 2023.

Fase 2.2. is begin 2023 gestart voor de pathologische anatomie, radiotherapie en genetica. Na goedkeuring door het Verzekeringscomité van de selectie van pilootziekenhuizen en –laboratoria kon het werk van het Möbiusteam beginnen in samenwerking met deze ziekenhuizen en laboratoria. Dat verloopt ook volgens schema. Ook hier gaat het om de ontwikkeling van een relatieve waardeschaal van werkingskosten voor alle verstrekkingen. Eind 2023 zou dit afgerond zijn.

Président: Thierry Warmoes.

Voorzitter: Thierry Warmoes.

La phase 2.1 n'a pas encore démarré pour la biologie clinique et doit encore être examinée au

Fase 2.1. voor de klinische biologie is nog niet gestart en dat moet nog worden behandeld in een

sein d'un groupe de travail de la commission nationale médico-mutualiste.

La phase 2.2. de la biologie clinique a démarré mi-2023 en collaboration avec une sélection de 16 laboratoires pilotes validés par le Comité de l'assurance. Cette phase devrait être achevée mi-2024.

Pour ces mêmes phases, s'agissant des actes de consultation et actes assimilés, il n'est question que de la partie professionnelle, la phase 2.1. Cette phase a été confiée à un groupe de travail de la commission nationale médico-mutualiste, dont les travaux ont commencé début 2023 et dont le but consiste également à créer une échelle de valeurs relatives pour la partie professionnelle afin de l'intégrer à la même échelle de valeurs relatives interdisciplinaire. Cette phase devrait être achevée mi-2024.

Le budget pour les phases 2.1. et 2.2. s'élève à 11 871 017 euros. La part déjà allouée de ce budget s'élève à 2 344 067 euros. L'échéance prévue, toutes phases confondues, demeure le 31 décembre 2024.

21.03 Frieda Gijbels (N-VA): Je souhaiterais encore savoir où nous pouvons trouver les conclusions et les recommandations des études déjà terminées. Ces informations peuvent être très pertinentes pour les secteurs concernés. C'est pourquoi je demande au ministre de rendre publiques les conclusions, les recommandations et les études, afin que chacun puisse en prendre connaissance et que les observations et objections puissent être signalées à temps.

L'incident est clos.

22 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La préparation magistrale d'Antabuse" (55038010C)

22.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Après son indisponibilité, on a appris l'arrêt de la commercialisation de l'Antabuse. Pour des dizaines de milliers de patients, c'est une catastrophe dans leur sevrage d'alcool. Sanofi a prétendu que le fournisseur ne fournissait plus la substance active. Or on a appris que les pharmaciens, eux, ont pu l'obtenir pour réaliser des préparations magistrales. Mais le prix de l'achat et le remboursement de la préparation ne couvrent pas leurs dépenses et ils travaillent donc à perte.

Allez-vous revoir les conditions de remboursement de ce médicament?

werkgroep van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen.

Fase 2.2. van de klinische biologie is medio 2023 gestart in samenwerking met een selectie van 16 pilootlaboratoria, gevalideerd door het Verzekeringscomité. Dat zou rond moeten zijn midden 2024.

Voor dezelfde fasen met betrekking tot de handelingen van raadpleging en de daaraan geassimileerde handelingen, gaat het enkel over het professionele gedeelte, fase 2.1. Deze fase is toevertrouwd aan een werkgroep van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, waarvan de werkzaamheden begin 2023 zijn gestart, en ook hier wil men de relatieve waardeschaal van het beroepsgedeelte creëren om die te integreren in dezelfde interdisciplinaire relatieve waardeschaal. Dat moet afgerond zijn voor midden 2024.

Het budget voor de fasen 2.1 en 2.2 bedraagt 11.871.017 euro. Tot nu toe is van dat budget 2.344.067 euro uitgegeven. De geplande looptijd om al deze fasen tot een goed einde te brengen, blijft 31 december 2024.

21.03 Frieda Gijbels (N-VA): Ik zou nog wel willen weten waar we de conclusies en aanbevelingen kunnen vinden van de reeds afgeronde studies. Die kunnen zeer relevant zijn voor de betrokken sectoren. Ik wil de minister daarom vragen om de conclusies, aanbevelingen en studies openbaar te maken, zodat iedereen kan meekijken en bedenkingen en bezwaren tijdig kunnen worden gemeld.

Het incident is gesloten.

22 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De magistrale bereiding van Antabuse" (55038010C)

22.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Eerst was Antabuse niet meer beschikbaar. Vervolgens hebben we vernomen dat het van de markt gehaald werd. Voor tienduizenden patiënten is dit een ramp wanneer ze van alcohol willen afkicken. Sanofi beweerde dat de werkzame stof niet langer verkrijgbaar was bij de leverancier. We hebben echter vernomen dat de apothekers die stof wel konden verkrijgen voor magistrale bereidingen. De aankoopprijs en de terugbetaling van de bereiding dekken echter hun kosten niet zodat ze met verlies werken.

Zult u de terugbetalingsvoorwaarden voor dat geneesmiddel herzien?

22.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Pour un grand nombre de matières premières, la base actuelle de l'intervention ne correspond plus aux prix facturés par les entreprises pharmaceutiques. Cela pose de nombreux problèmes aux pharmaciens qui achètent ces produits. Une liste de produits sera fournie au groupe de travail "Préparations magistrales" qui l'analysera et fera une proposition à la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques. La liste pourra être adaptée en fonction des moyens financiers.

22.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Les firmes pharmaceutiques négligent les patients pour des questions de rentabilité. Les pharmaciens ont une préparation pour les patients, mais le font à perte. J'attends de vous une solution rapide. L'Antabuse est un médicament critique pour des dizaines de milliers de patients.

L'incident est clos.

23 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recrutement de personnel infirmier par le biais de sociétés d'intérim" (55038028C)

23.01 Frieda Gijbels (N-VA): Le personnel infirmier occupé par l'intermédiaire de sociétés d'intérim est beaucoup plus coûteux et pose de plus grandes exigences sur le plan des heures de travail. En raison de la forte demande, les hôpitaux n'ont cependant pas d'autre choix que d'y recourir.

Que pense le ministre de cette pratique? Peut-elle engendrer des problèmes pour les soins? Combien de sociétés d'intérim spécialisées de ce type existe-t-il? Le ministre capte-t-il également des signaux émanant des hôpitaux à ce sujet? Quel est le rapport entre ce surcoût et les budgets des moyens financiers pour les hôpitaux? Le ministre envisage-t-il de prendre des mesures contre de telles pratiques?

23.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Nous parlons, en l'occurrence, de l'utilisation impropre de l'art infirmier axé sur des projets dans le contexte des soins de santé. En soi, l'art infirmier axé sur des projets ne constitue pas un problème dans le cadre de projets bien délimités visant à améliorer la qualité des soins ou à soutenir l'innovation. Je m'inquiète toutefois de son utilisation impropre, car les personnes concernées sont alors affectées en tant que personnel infirmier ordinaire sous l'autorité des établissements de soins dans le cadre d'un contrat d'entreprise, ce qui signifie qu'elles font partie du secteur des services et bénéficient de conditions de travail et de

22.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Voor een groot aantal grondstoffen stemt de huidige basis van tegemoetkoming inderdaad niet meer overeen met de prijzen die bedrijven aanrekenen. Dat geeft veel problemen voor apothekers die deze producten kopen. Een lijst van producten zal worden bezorgd aan de werkgroep Magistrale Bereidingen, die deze zal analyseren en een voorstel zal doen aan de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen. Afhankelijk van de financiële middelen kan de lijst worden aangepast.

22.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Farmabedrijven laten patiënten in de steek uit winstbejag. Apothekers hebben een magistrale bereiding als alternatief voor de patiënten, maar werken daarbij met verlies. Ik verwacht daarvoor een snelle oplossing van u. Antabuse is voor duizenden patiënten een cruciaal geneesmiddel.

Het incident is gesloten.

23 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanwerving van verpleegkundigen via uitzendbureaus" (55038028C)

23.01 Frieda Gijbels (N-VA): Verpleegkundigen die worden tewerkgesteld via uitzendbureaus, zijn veel duurder en ze stellen meer voorwaarden inzake werkuren. Door de grote vraag kunnen ziekenhuizen echter niet om hen heen.

Wat vindt de minister van deze praktijk? Kan die problemen opleveren voor de zorg? Hoeveel dergelijke gespecialiseerde uitzendbureaus zijn er? Vangt hij hierover ook signalen op van ziekenhuizen? Hoe verhoudt die hogere kostprijs zich tot de Budgetten van Financiële Middelen aan ziekenhuizen? Denkt de minister aan maatregelen tegen dergelijke praktijken?

23.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): We spreken hier over het oneigenlijke gebruik van projectverpleging in de context van de zorg. Op zich is projectverpleging geen probleem in het kader van goed afgebakende projecten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren of ter ondersteuning van innovatie. Maar ik maak me wel zorgen over het oneigenlijke gebruik ervan, want dan worden de betrokkenen ingezet als gewone verpleegkundigen onder het gezag van de zorginstellingen via een aannemingsovereenkomst, waardoor ze behoren tot de dienstensector en zo andere en vaak ook betere arbeids- en loonvoorwaarden hebben dan het gewone

rémunération différentes et souvent meilleures que le personnel ordinaire. personeel.

En ce qui concerne le nombre de sociétés d'intérim: comme ce secteur n'entre malheureusement pas dans mes compétences, je ne dispose pas de ces chiffres, ni des données permettant d'effectuer une comparaison des coûts.

Une plainte auprès de l'Inspection du travail est actuellement la solution la plus appropriée si le fonctionnement des services hospitaliers est compromis. En effet, du personnel soignant ne peut pas être affecté en sous-traitance à des tâches de soins quotidiennes classiques dans les hôpitaux.

Toutefois, l'interdiction totale de financement de projets, telle qu'elle existe en Flandre, ne va pas de soi dans les hôpitaux, car les projets innovants demeurent importants pour la qualité des soins. Nous étudions toutefois conjointement les moyens d'endiguer ce phénomène. Le financement des institutions flamandes est, en outre, complètement différent. Il n'est pas non plus évident d'interdire les infirmières de projet. J'ai déjà demandé au ministre du Travail d'examiner ce point en profondeur et de lutter contre l'utilisation abusive du *projectsourcing* dans le secteur des soins de santé.

L'incident est clos.

24 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Drug Delivery Shortage Control and Supply Improvement Act" (55038019C)

24.01 Kathleen Depoorter (N-VA): L'EMA va mettre sur pied une plateforme de monitoring pour faciliter la collecte de données sur les dispositifs médicaux et médicaments critiques. Le *Drug Delivery Shortage Control and Supply Improvement Act* a été adopté en Allemagne. Ce document dispose que les officines hospitalières et les pharmacies qui assurent des livraisons aux hôpitaux devront transmettre ces données par voie électronique à la BfArM, l'agence fédérale allemande des médicaments et des dispositifs médicaux. L'AFMPS prépare-t-elle une procédure comparable?

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le cadre législatif relatif aux stocks a déjà été évoqué lors de l'examen du projet de loi portant des dispositions diverses concernant l'AFMPS. Ce texte contient une base légale pour le monitoring des stocks. Les diverses parties impliquées transmettront des données relatives aux stocks, sur une base volontaire, dans le cadre de la phase de test du Stock Monitoring Tool. Cette phase durera un an, avec une évaluation intermédiaire

Wat het aantal uitzendbureaus betreft: deze sector valt helaas niet onder mijn bevoegdheid en dus heb ik die cijfers niet, net zo min als de gegevens om een kostenvergelijking te maken.

Een klacht bij de Arbeidsinspectie is momenteel het meest aangewezen als de werking op de ziekenhuisafdelingen wordt geschaad. Men mag immers geen zorgpersoneel in onderaanneming inschakelen voor reguliere dagelijkse zorgtaken in het ziekenhuis.

Het volledige verbod van projectfinanciering zoals in Vlaanderen is echter niet vanzelfsprekend in de ziekenhuizen, want innovatieve projecten blijven belangrijk voor de zorgkwaliteit. Wel wordt gezamenlijk onderzocht hoe we het fenomeen kunnen inperken. De financiering van de Vlaamse instellingen is ook helemaal anders. Het is ook niet evident om projectverpleegkundigen sowieso te verbieden. Ik heb aan de minister van Werk ook al gevraagd om dit eens heel grondig te onderzoeken en het oneigenlijke gebruik van de projectsourcing tegen te gaan in de zorgsector.

Het incident is gesloten.

24 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Drug Delivery Shortage Control and Supply Improvement Act" (55038019C)

24.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Het EMA gaat een monitoringplatform opzetten om makkelijker gegevens te verzamelen over kritische geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. In Duitsland werd de *Drug Delivery Shortage Control and Supply Improvement Act* goedgekeurd en daarin is bepaald dat ziekenhuisapotheken en apotheken die aan ziekenhuizen leveren, die gegevens elektronisch zullen moeten verzenden naar het BfArM, het Duitse Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Medische Hulpmiddelen. Werkt het FAGG aan iets gelijkaardigs?

24.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het wetgevende kader voor de voorraden is al aan bod gekomen bij de bespreking van het wetsontwerp diverse bepalingen met betrekking tot het FAGG. Daarin is een wettelijke basis bepaald voor de stock monitoring. De verschillende betrokken partijen zullen vrijwillig stockgegevens doorgeven voor de proeffase van de Stock Monitoring Tool. Die fase loopt één jaar en na zes maanden is er een tussentijdse evaluatie.

après six mois. Une évaluation finale sera ensuite réalisée pour préparer un cadre réglementaire pour la communication des données sur les stocks.

Le marché des dispositifs médicaux est beaucoup plus complexe que celui des médicaments. Le monitoring des stocks en préparation ne s'appliquera qu'aux médicaments.

L'EMA a élargi son mandat en vue de gérer les pénuries de dispositifs médicaux, mais uniquement en cas de crise sanitaire. La future banque de données européenne, dont la date de lancement n'est pas encore connue, devrait faciliter le développement d'un outil pour le suivi de la disponibilité des dispositifs médicaux.

Les hôpitaux et les autres parties prenantes pourront soumettre leurs données relatives aux stocks par voie électronique, mais aussi manuellement. Une première version de la partie manuelle de l'application est terminée et nous organiserons une courte phase de test avec des volontaires dans les semaines à venir pour pouvoir apporter des modifications. Le développement de la partie automatique de cet outil de surveillance des stocks (*Stock Monitoring Tool*) est toujours en cours. La fin du développement et le début de la phase de test sont provisoirement prévus pour septembre.

24.03 Kathleen Depoorter (N-VA): La base légale a, certes, été approuvée par le biais des dispositions diverses, mais elle est plutôt vague. Une approche un peu plus affinée et structurée nous permettrait d'aller plus loin. En outre, on a manqué l'occasion de prendre en compte les dispositifs médicaux. Le cadre relatif à ces dispositifs devrait également être plus large. Et quelle procédure a-t-on suivie pour permettre le développement de l'outil électronique?

L'incident est clos.

Le **président**: La question n° 55038040C de Mme De Jonge est transformée en question écrite.

25 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement des centres de prise en charge des violences sexuelles" (55038042C)

25.01 Nawal Farih (cd&v): Le forfait par victime versé par l'État aux hôpitaux dans les centres de prise en charge des violences sexuelles est passé de 100 euros à 150 euros en 2021, mais les médecins affirment que ce montant n'est toujours pas suffisant pour offrir aux victimes toute l'aide multidisciplinaire nécessaire. Les hôpitaux doivent

Daarna volgt een eindevaluatie met het oog op de voorbereiding van een reglementair kader voor het communiceren van stockgegevens.

De markt van de medische hulpmiddelen is veel complexer dan die van de geneesmiddelen. De stock monitoring die nu wordt voorbereid, zal uitsluitend gelden voor geneesmiddelen.

Het EMA heeft zijn mandaat uitgebreid om het tekort aan medische hulpmiddelen te beheren, maar enkel bij gezondheids crises. De toekomstige Europese databank waarvan de implementatiedatum nog niet is bekend, moet de ontwikkeling vergemakkelijken van een tool voor het volgen van de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen.

Ziekenhuizen en andere belanghebbenden zullen hun stockgegevens elektronisch, maar ook nog steeds handmatig kunnen indienen. Een eerste versie van het handmatige deel van de toepassing is af en we organiseren in de komende weken een korte testfase met vrijwilligers om wijzigingen te kunnen aanbrengen. De ontwikkeling van het automatische deel van deze Stock Monitoring Tool is nog in volle gang. Het einde van de ontwikkeling en de start van de testfase is voorlopig gepland voor september.

24.03 Kathleen Depoorter (N-VA): De wettelijke basis is inderdaad goedgekeurd via de diverse bepalingen, maar die is nogal vaag. Een wat meer verfijnde en gestructureerde werkwijze zou ons heel wat verder brengen. Daarnaast is het een gemiste kans dat die medische hulpmiddelen niet werden meegenomen. Het kader rond de hulpmiddelen zou ook breder moeten zijn. En via welke procedure heeft men de ontwikkeling van de elektronische tool mogelijk gemaakt?

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55038040C van mevrouw De Jonge wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

25 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de zorgcentra na seksueel geweld" (55038042C)

25.01 Nawal Farih (cd&v): Het forfait per slachtoffer van de overheid aan de ziekenhuizen in de zorgcentra na seksueel geweld werd in 2021 verhoogd van 100 euro naar 150 euro, maar volgens de artsen volstaat dit nog altijd niet om de slachtoffers al die multidisciplinaire hulp aan te bieden. Ziekenhuizen moeten zelf inspringen om

intervenir eux-mêmes financièrement pour que les victimes reçoivent l'aide dont elles ont besoin.

Une augmentation du forfait par victime est-elle envisagée? Comment le sous-financement des centres de prise en charge des violences sexuelles sera-t-il abordé structurellement?

25.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le forfait pour chaque victime qui se présente à un tel centre de prise en charge est financé par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH). Il n'est pas toujours évident de savoir exactement quels coûts sont couverts par ce forfait de 150 euros par victime. Ce forfait vise précisément à garantir que la victime ne doit pas payer de sa poche pour les soins prodigués. Les centres de prise en charge sont financés pour les soins et le soutien qu'ils offrent.

L'IEFH réévaluera le forfait afin de pouvoir indiquer en détail quels coûts il permet de financer. Pour un nombre x de victimes, les centres de prise en charge enregistreront les soins médicaux prodigués, ainsi que leur coût. Sur la base de ces données, l'IEFH examinera à combien le forfait devrait s'élever pour couvrir tous les soins médicaux, de sorte que la victime ne doit rien payer elle-même.

À partir de 2024, on tiendra compte de 10 ans d'ancienneté pour le calcul du forfait. Par ailleurs, les salaires des membres du personnel seront adaptés chaque année, lors de la conclusion du nouveau contrat, aux indexations de l'année précédente. Toutes les observations concernant le financement des centres de prise en charge seront prises en compte dans les discussions sur un cadre financier structurel.

25.03 Nawal Farih (cd&v): Il est certain que l'augmentation de l'ancienneté constituera déjà un progrès. S'agissant des actes médicaux, je suppose que les fonds proviendront du budget du ministre. Le forfait y sera-t-il également augmenté?

25.04 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Les fonds seront collectés par différents canaux. Nous avons effectivement besoin d'une vue d'ensemble. Nous devons nous demander, lors de l'évaluation, quelles mesures doivent être prises et si elles sont financées de manière suffisante.

L'incident est clos.

26 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription de PrEP" (55038043C)

ervoor te zorgen dat de slachtoffers de nodige hulp krijgen.

Wordt er nagedacht over een verhoging van het forfait per slachtoffer? Hoe gaat men structureel werk maken van de onderfinanciering van de zorgcentra na seksueel geweld?

25.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het forfait voor elk slachtoffer dat zich aanmeldt in een dergelijk zorgcentrum wordt gefinancierd door het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (IGVM). Het is niet altijd even duidelijk welke kosten er nu precies vallen onder dat forfait van 150 euro per slachtoffer. Het forfait dient er specifiek voor te zorgen dat het slachtoffer geen eigen bijdrage voor de verleende zorgen moet betalen. De zorgcentra worden gefinancierd voor de zorg en ondersteuning die ze bieden.

Het IGVM zal het forfait opnieuw evalueren, zodat gedetailleerd kan worden aangegeven welke kosten er onder dit forfait vallen. De zorgcentra zullen voor x aantal slachtoffers de geleverde medische zorgen bijhouden, alsook hun kostprijs. Op basis daarvan zal het IGVM bekijken hoeveel het forfait zou moeten beslaan om alle medische zorgen te dekken, zodoende dat het slachtoffer zelf niets moet betalen.

Vanaf 2024 zal 10 jaar anciënniteit in rekening worden gebracht voor de berekening van het forfait. Daarnaast worden de lonen van de personeelsleden elk jaar bij het sluiten van de nieuwe overeenkomst aangepast aan de indexeringen van het voorgaande jaar. Alle opmerkingen betreffende de financiering van de zorgcentra worden meegenomen naar de besprekingen over een structureel financieel kader.

25.03 Nawal Farih (cd&v): De opschaling van de anciënniteit zal zeker al helpen. Bij medische handelingen neem ik aan dat het geld uit het budget van de minister komt. Wordt het forfait daar ook verhoogd?

25.04 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het geld komt langs verschillende kanalen. We hebben inderdaad een compleet zicht nodig. We moeten ons bij de evaluatie afvragen wat er moet gebeuren en of dat voldoende is gefinancierd.

Het incident is gesloten.

26 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven van PrEP" (55038043C)

26.01 Nawal Farih (cd&v): La prophylaxie pré-exposition ou PrEP n'est remboursée que si le patient se rend dans un centre de référence VIH, où le temps d'attente est très long. Les médecins généralistes ne peuvent plus la prescrire. Une étude a également souligné la problématique de l'accessibilité. Un médecin généraliste permettra de lever plus facilement que les centres de référence les tabous liés à ces médicaments.

Comment le ministre évalue-t-il la communication de l'INAMI aux centres de référence VIH? Veillera-t-il à ce que les prescriptions émanant des médecins généralistes soient également remboursées? Comment améliorer l'accès à ces médicaments?

26.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): L'INAMI n'a adressé aucune communication générale aux centres de référence concernant la prescription de la PrEP par les médecins généralistes. Il a en revanche répondu aux questions de certains centres, mais je peux difficilement vérifier la teneur de ces questions.

Début janvier, la CRM a lancé une procédure visant à modifier les conditions de remboursement de toutes les spécialités à base d'emtricitabine/tenofoviridisoproxil indiquées en PrEP. J'ai suivi la proposition définitive de la CRM, et les conditions de remboursement actuelles sont plus souples qu'auparavant. Avant le 1er mai, seuls les médecins spécialistes associés à un centre de référence VIH pouvaient prescrire des spécialités pharmaceutiques indiquées en PrEP. Aujourd'hui, tous les médecins associés à un centre de référence le peuvent.

Les consultations trimestrielles de suivi peuvent, en partie, être assurées par le généraliste, qui peut également effectuer, en partie, les tests recommandés pour les maladies sexuellement transmissibles. Je ne cesse de tenter d'abaisser le seuil d'accès. Si nécessaire, les conditions de remboursement seront revues, mais pas avant un an après leur entrée en vigueur.

Un réseau PrEP a été mis en place afin de conseiller les décideurs politiques sur l'utilisation de la PrEP et de discuter des problèmes éventuels. Ce réseau étudie également la possibilité de mettre au point un module de formation en coopération avec Domus Medica et la Société Scientifique de Médecine Générale.

J'ai pris connaissance des résultats de l'étude PROMISE. L'optimisation de l'utilisation de la PrEP, et en particulier de son accès, est un point d'action prioritaire du plan national VIH d'octobre 2022. Par l'intermédiaire du Comité de monitoring VIH, les actions, les résultats et les réalisations sont

26.01 Nawal Farih (cd&v): Pre-exposure prophylaxis of PrEP wordt enkel terugbetaald als de patiënt terechtkomt in een hiv-referentiecentrum en daar zijn er wachttijden. Huisartsen mogen het niet meer voorschrijven. Een studie had het ook over drempels. Medicijnen die in de taboesfeer zitten, zullen sneller via huisartsen uit die taboesfeer komen dan via referentiecentra.

Hoe evalueert de minister de communicatie van het RIZIV aan de hiv-referentiecentra? Zal hij ervoor zorgen dat de voorschriften via huisartsen ook worden terugbetaald? Hoe kunnen we de toegankelijkheid tot medicatie verhogen?

26.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het RIZIV heeft geen algemene communicatie aan de referentiecentra gericht over het voorschrijven van PrEP door huisartsen. Het heeft wel geantwoord op vragen van centra, maar ik kan moeilijk nagaan welke vragen er allemaal geweest zijn.

De CTG is begin januari een procedure gestart om de vergoedingsvoorwaarden te wijzigen voor alle specialiteiten op basis van emtricitabine/tenofoviridisoproxil in de indicatie PrEP. Ik ben het definitieve voorstel van CTG gevolgd en de actuele vergoedingsvoorwaarden laten meer soepelheid toe dan de oude. Voor 1 mei mochten alleen artsen-specialisten verbonden aan een aidsreferentiecentrum farmaceutische specialiteiten PrEP voorschrijven. Nu mogen alle artsen in een referentiecentrum dat.

De driemaandelijke opvolgbezoeken kunnen gedeeltelijk bij de huisarts plaatsvinden en die mag ook gedeeltelijk de aanbevolen testen op geslachtsziekten doen. Ik probeer voortdurend de drempels te verlagen. Indien nodig zullen de vergoedingsvoorwaarden worden herzien, maar niet eerder dan een jaar na de inwerkingtreding.

Er werd een PrEP-netwerk opgericht om de beleidsmakers te adviseren over het gebruik ervan en om eventuele problemen te bespreken. Het netwerk onderzoekt ook of een trainingsmodule kan worden uitgewerkt in samenwerking met Domus Medica en de Société Scientifique de Médecine Générale.

Ik heb kennisgenomen van de resultaten van de PROMISE-studie. Het optimaliseren van het PrEP-gebruik met in het bijzonder de toegang ertoe, is een prioritair actiepunten van het nationaal hiv-plan van oktober 2022. Via het hiv-monitoringcomité worden acties, resultaten en verwezenlijkingen besproken in

examinés en groupe de travail intercabinets Prévention.

de interkabinettenwerkgroep Preventie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

27 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres d'accompagnement de la transidentité" (55038044C)

27 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De centra voor transgenderzorg" (55038044C)

27.01 Nawal Farih (cd&v): Actuellement, seuls deux hôpitaux sont dotés d'un centre conventionné d'accompagnement de la transidentité. Les listes d'attente y sont extrêmement longues.

27.01 Nawal Farih (cd&v): Er zijn momenteel slechts twee ziekenhuizen met een geconventioneerd centrum voor transgenderzorg. De wachtlijsten zijn er enorm lang.

D'autres hôpitaux ont-ils introduit une demande d'affiliation à la convention et recevront-ils une réponse positive? Comment veiller à ce que l'accompagnement de la transidentité reste suffisamment accessible?

Zijn er andere ziekenhuizen die een aanvraag hebben ingediend om aan te sluiten bij de conventie en zal daaraan een positief gevolg gegeven worden? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de transgenderzorg voldoende toegankelijk blijft?

27.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): La convention de l'INAMI sur l'accompagnement de la transidentité a été signée avec l'UZ Gent et le CHU de Liège. Je ne dispose pas d'informations sur l'existence d'une liste d'attente dans le centre de Liège. Le centre de Gand a fait savoir que le délai d'attente pour une première consultation psychologique avait fortement augmenté en 2022 pour atteindre 20 mois. Ce centre a été confronté à l'absence de plusieurs membres de l'équipe, qui n'a pas permis d'épuiser la capacité de traitement prévue dans la convention.

27.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De RIZIV-overeenkomst voor transgenderzorg is afgesloten met het UZ Gent en het CHU de Liège. Van het centrum in Luik heb ik geen informatie over het bestaan van een wachtlijst. Gent deelde mee dat de wachttijd voor een eerste psychologische raadpleging in 2022 sterk opliep tot 20 maanden. Ze hadden daar wel te kampen met de afwezigheid van teamleden, waardoor de behandelingscapaciteit van de overeenkomst niet kon worden uitgeput.

Pour 2023, j'ai débloqué un budget supplémentaire de 471 000 euros en vue de la création de centres satellites d'accompagnement de la transidentité. Le mode d'affectation concret de cette enveloppe est en cours d'élaboration. L'année passée, plusieurs hôpitaux se sont montrés intéressés par la conclusion d'une convention d'accompagnement de la transidentité avec l'INAMI.

Voor 2023 heb ik een bijkomend budget van 471.000 euro uitgetrokken voor het oprichten van satellietcentra voor transgenderzorg. De concrete besteding daarvan wordt momenteel uitgewerkt. Het afgelopen jaar hebben enkele ziekenhuizen interesse getoond in de overeenkomst voor transgenderzorg met het RIZIV.

Sur la base de la proposition de l'UZ Gent, plusieurs initiatives ont déjà été prises dans l'optique d'une organisation plus efficace des soins aux transgenres. De plus, les traitements hormonaux peuvent être remboursés depuis septembre 2022, ce qui permet de libérer davantage de moyens pour l'accompagnement psychosocial des transgenres dans les centres conventionnés.

Er werden al verschillende initiatieven genomen om de transgenderzorg efficiënter te organiseren op basis van het voorstel van UZ Gent. Daarnaast kan een hormonale behandeling sinds september 2022 vergoed worden, waardoor er meer middelen vrijkomen voor psychosociale begeleiding in de geconventioneerde centra.

Actuellement, nous examinons avec les centres la manière d'améliorer encore l'accessibilité. Entre-temps, les personnes qui ne peuvent pas se rendre directement à l'UZ Gent peuvent faire appel au dispositif de soins psychologiques de première ligne.

Momenteel wordt samen met de centra bekeken hoe de toegankelijkheid nog verbeterd kan worden. Personen die niet onmiddellijk terecht kunnen in UZ Gent, kunnen intussen wel een beroep doen op de regeling inzake psychologische zorg in de eerste lijn.

27.03 Nawal Farih (cd&v): Il y a aussi des listes d'attente dans les soins de première ligne. Il est

27.03 Nawal Farih (cd&v): Ook in de eerste lijn zijn er wachtlijsten. De psychologische zorg kan beter in

préférable que les soins psychologiques soient prodigués dans un hôpital où l'on pratique également des interventions chirurgicales. Répondra-t-on positivement à la demande d'autres hôpitaux souhaitant adhérer à la convention?

27.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Je n'ai pas l'intention dans l'immédiat de permettre à d'autres hôpitaux d'intégrer la convention.

27.05 **Nawal Farih** (cd&v): C'est regrettable, a *fortiori* lorsqu'il y a des listes d'attente avec des délais pouvant aller jusqu'à 20 mois.

L'incident est clos.

28 **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La limite d'âge pour les donneurs de cellules souches" (55038045C)**

28.01 **Nawal Farih** (cd&v): En Belgique, on ne peut se porter candidat pour un don de moelle osseuse que jusqu'à l'âge de 40 ans, tandis qu'aux Pays-Bas, la limite d'âge est de 55 ans. Nous nous privons ainsi d'un large groupe de donneurs potentiels, alors que la population ne cesse de vieillir alors qu'elle est en bonne santé.

Pourquoi ces différentes limites d'âge? La limite d'âge en Belgique peut-elle être ajustée?

28.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): En Belgique, il est possible de faire un don de cellules souches entre 18 et 60 ans, mais l'enregistrement des donneurs n'est possible que jusqu'à 40 ans. Les centres de don tentent de recruter davantage de jeunes volontaires parce que la littérature scientifique montre que ces derniers apportent de meilleurs résultats. Leur état de santé général est souvent meilleur et les complications sont moins nombreuses. Le manuel de la Société européenne pour la transfusion sanguine et la greffe de moelle osseuse (*European Society for Blood and Marrow Transplantation*) est d'accord avec cette affirmation. L'enregistrement jusqu'à l'âge de 40 ans est un critère utilisé par l'INAMI dans la convention de financement avec le Marrow Donor Program Belgium. En effet, les jeunes donneurs sont disponibles plus longtemps.

La recherche d'un donneur parfait pour les patients présentant un phénotype rare se fait à une échelle beaucoup plus large que l'échelon national.

28.03 **Nawal Farih** (cd&v): Si le budget consacré au typage tissulaire est augmenté, nous pouvons également veiller à ce que les limites d'âge soient élargies. En effet, nous passons aujourd'hui à côté

un ziekenhuis gebeuren waar er ook de chirurgische ingrepen gebeuren. Zal er een positief gevolg gegeven worden aan de vraag van andere ziekenhuizen die zich bij de conventie willen aansluiten?

27.04 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Ik ben niet onmiddellijk van plan om andere ziekenhuizen in de conventie te laten stappen.

27.05 **Nawal Farih** (cd&v): Dat is jammer, zeker als er wachtlijsten zijn tot 20 maanden.

Het incident is gesloten.

28 **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De leeftijdsgrens voor stamceldonoren" (55038045C)**

28.01 **Nawal Farih** (cd&v): In België kan men zich maar tot 40 jaar kandidaat stellen als beenmergdonor, in Nederland tot 55 jaar. Op die manier missen we een grote groep mogelijke donoren, terwijl we alsmaar ouder en gezonder worden.

Vanwaar die verschillende leeftijdsgrenzen? Kan de leeftijdsgrens bij ons worden aangepast?

28.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): In België kan men stamcellen doneren tussen het 18de en het 60ste levensjaar, maar registreren kan maar tot het 40ste levensjaar. Donorcentra proberen meer jonge vrijwilligers te werven, omdat de wetenschappelijke literatuur aantoonde dat dat tot betere resultaten leidt. Hun algemene gezondheidstoestand is vaak beter en er doen zich minder complicaties voor. Het handboek *European Society for Blood and Marrow Transplantation* treedt deze stelling bij. De registratie tot het 40ste levensjaar is een criterium dat wordt gehanteerd door het RIZIV in de financieringsovereenkomst met het Marrow Donor Program Belgium. Jongere donoren zijn immers langer beschikbaar als donor.

De zoektocht naar een perfecte match voor patiënten met een zeldzaam fenotype gebeurt op een veel grotere schaal dan louter de nationale.

28.03 **Nawal Farih** (cd&v): Als het budget voor weefseltypering wordt opgetrokken, kunnen we er ook voor zorgen dat de leeftijdsgrenzen verruimd worden. Vandaag missen we immers een grote

d'un groupe cible important qui pourrait être vital pour des patients potentiels.

28.04 Frank Vandenbroucke, ministre (en *néerlandais*): L'incidence d'un plus grand nombre de donneurs potentiels sera négligeable pour un phénotype rare. Ce problème ne peut être résolu en prenant une mesure à l'échelon belge, mais doit être organisé à l'échelle mondiale. Il ne s'agit pas d'une discussion budgétaire.

28.05 Nawal Farih (cd&v): Je pense qu'il existe bel et bien un lien avec le budget disponible pour le typage tissulaire. Le relèvement de la limite d'âge devrait certainement être envisagé, dès lors que l'espérance de vie ne cesse d'augmenter et que nous aurons besoin de nombreux donneurs.

L'incident est clos.

29 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'oncologie pédiatrique" (55038055C)

29.01 Nawal Farih (cd&v): *Les cancers de l'enfant sont rares et exigent une prise en charge adaptée. Notre pays compte sept centres reconnus. Aux Pays-Bas, tous les enfants atteints d'un cancer sont traités dans un seul hôpital, ce qui en fait le plus grand centre de lutte contre le cancer de l'enfant en Europe, avec un énorme attrait pour les chercheurs. Les recherches scientifiques démontrent également que la centralisation des soins en augmente la qualité. Quel est le point de vue du ministre?*

29.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en *néerlandais*): Ces derniers mois, une proposition a été rédigée afin de concentrer davantage la prise en charge des enfants atteints d'un cancer au sein d'un nombre restreint de centres de référence spécialisés qui collaborent avec des centres affiliés, de sorte que le patient puisse bénéficier d'un suivi plus près de chez lui. Cette proposition est en cours de finalisation et sera ensuite soumise pour avis au Conseil fédéral des établissements hospitaliers. Une meilleure centralisation devrait effectivement stimuler la recherche scientifique.

29.03 Nawal Farih (cd&v): Au début de cette législature, le ministre avait promis d'œuvrer à la mise en place d'une stratégie pour les tumeurs de la tête et du cou et pour l'oncologie pédiatrique. Qu'en est-il?

29.04 Frank Vandenbroucke, ministre (en *néerlandais*): En réponse à cette question supplémentaire, je me contenterai de répéter ce que j'ai déjà dit. Nous élaborons en ce moment une proposition visant une meilleure centralisation, mais

doelgroep, die van levensbelang kan zijn voor mogelijke patiënten.

28.04 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Bij een zeldzaam fenotype zal de impact van een groter aantal mogelijke donoren verwaarloosbaar zijn. Dat kan niet worden opgelost met een Belgische maatregel, maar moet op wereldschaal worden georganiseerd. Het gaat niet om een budgettaire discussie.

28.05 Nawal Farih (cd&v): Er is volgens mij wel degelijk een verband met het beschikbare budget voor weefseltypering. Het optrekken van de leeftijdsgrens moet zeker worden overwogen, want we worden alsmäär ouder en zullen veel donoren nodig hebben.

Het incident is gesloten.

29 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Pediatrische oncologie" (55038055C)

29.01 Nawal Farih (cd&v): *Kinderkankers zijn zeldzaam en vragen aangepaste zorg. Er zijn zeven erkende centra in ons land. In Nederland worden alle kinderen met kanker behandeld in één ziekenhuis, waardoor dit het grootste kinderkankercentrum van Europa is, met een enorme aantrekkingskracht op onderzoekers. Ook wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de centralisatie van zorg de kwaliteit ervan verhoogt. Wat is de visie van de minister?*

29.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): De voorbije maanden werd een voorstel uitgewerkt om de zorg voor kinderen met kanker meer te concentreren in een beperkt aantal gespecialiseerde referentiecentra die samenwerken met geaffilieerde centra waar de patiënt dicht bij huis kan worden opgevolgd. Dit voorstel wordt nu gefinaliseerd om vervolgens voor advies te worden voorgelegd aan de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen. Meer centralisatie zal inderdaad het wetenschappelijk onderzoek stimuleren.

29.03 Nawal Farih (cd&v): In het begin van deze regeerperiode belofde de minister om werk te maken van een strategie voor hoofd- en halstumoren en pediatrische oncologie. Wat is daarmee gebeurd?

29.04 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Als antwoord op deze bijkomende vraag zou ik gewoon mijn antwoord moeten herhalen. We werken aan een voorstel voor meer centralisatie, maar ik kan niet vooruitlopen op

je ne puis préjuger des décisions qui seront prises, d'autant qu'elles ne seront pas prises dans un avenir proche.

L'incident est clos.

Le **président**: Les questions n^{os} 55038080C et 5538085C de M. Patrick Prévot et la question n^o 55038090C de M. Bacquelaine sont transformées en questions écrites.

30 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'historique médicamenteux des patients" (55038096C)

30.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Pour les traitements de longue durée ou dans le cas de nouveaux patients, il est important que le médecin ait une idée précise des médicaments pris par le patient dans le passé. Or actuellement, c'est là que le bât blesse. Le dossier médical ne comprend en effet aucune information sur les médicaments effectivement administrés au patient. Les officines belges disposent bel et bien de ces données par le biais du Dossier pharmaceutique partagé (DPP) qu'elles ont mis en place avec leurs propres moyens. Les négociations menées dans le passé sur une participation dans les coûts du DPP et sur un échange de données n'ont jamais abouti.

Par ailleurs, aucun échange électronique de données n'est prévu entre les prestataires de première ligne et les hôpitaux en matière de médicaments. Pourtant, cette collaboration serait très importante pour aboutir à des soins intégrés de qualité. Les patients n'ont eux-mêmes qu'un accès limité à leur historique de médication. Ils peuvent consulter leur schéma de médication ainsi que les prescriptions électroniques en attente de délivrance par le biais de Vitalink et de Recip-e, mais ils n'ont pas la possibilité de consulter les médicaments délivrés auparavant.

Le ministre estime-t-il qu'il est souhaitable que le patient ait un accès élargi à son historique de médication? Est-ce réalisable? Quelles initiatives va-t-il encore prendre au cours de cette législature pour améliorer l'accès des médecins et des patients à ces informations et pour permettre un échange de données entre les prestataires de première et de deuxième ligne? Le ministre est-il disposé à reprendre les négociations sur une participation dans les coûts et sur un échange de données?

Quelles autres initiatives seront encore prises dans le projet VIDIS – *Virtual Integrated Drug Information System* – en vue d'améliorer l'interopérabilité entre les systèmes logiciels et de permettre aux prestataires de soins d'obtenir un aperçu des

beslissingen die nog lang niet genomen zijn.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 55038080C en 5538085C van de heer Patrick Prévot en vraag nr. 55038090C van de heer Bacquelaine worden omgezet in schriftelijke vragen.

30 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medicatiehistoriek van patiënten" (55038096C)

30.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Bij langdurige behandelingen of bij nieuwe patiënten is het van belang dat de arts een goed zicht krijgt op de geneesmiddelen die de patiënt in het verleden heeft gebruikt, maar daar schort het vandaag aan. Het medisch dossier bevat immers geen informatie over de effectief aan de patiënt afgeleverde geneesmiddelen. Belgische officina-apotheken beschikken via het gedeeld farmaceutisch dossier (GFD), dat ze met eigen middelen hebben opgezet, wel over die gegevens. In het verleden werd er onderhandeld over een deelname in de kosten van het GFD en wederkerige gegevensdeling, maar die onderhandelingen werden nooit afgerond.

Daarnaast is er ook geen digitale uitwisseling van medicatiegegevens tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen. Nochtans is die samenwerking zeer belangrijk voor een goed geïntegreerde zorg. Ook de patiënten zelf hebben slechts beperkt toegang tot hun medicatiehistoriek. Ze kunnen hun medicatieschema en openstaande elektronische voorschriften raadplegen via Vitalink en Recip-e, maar ze hebben geen zicht op de vroeger afgeleverde geneesmiddelen.

Is de minister van mening dat een bredere toegang tot de medicatiehistoriek voor de patiënt wenselijk en haalbaar is? Welke initiatieven zal hij deze legislatuur nog nemen om de toegang tot die informatie voor artsen en patiënten te verbeteren en om de gegevensuitwisseling tussen de eerste en tweede lijn te realiseren? Is de minister bereid opnieuw te onderhandelen over een deelname in de kosten en een wederkerige gegevensdeling?

Welke volgende stappen in het project VIDIS – *Virtual Integrated Drug Information System* – zullen nog worden gezet om de interoperabiliteit tussen softwaresystemen te verbeteren en voor zorgverleners een overzicht te krijgen van alle

médicaments délivrés?

30.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en néerlandais): Il est à la fois souhaitable et réalisable d'offrir aux patients une vision plus large de leur historique de médication. À partir de la fin de cette année, les patients et les prestataires de soins pourront consulter l'historique des médicaments délivrés se trouvant dans le DPP, par le biais des applications mobiles et web de VIDIS.

Nous avons signé un protocole d'accord concernant eHealth avec les entités fédérées afin d'optimiser l'échange électronique de données entre les acteurs du secteur de la santé et du bien-être. Il existe également une proposition de convention entre l'INAMI et FarmaFlux en vue de rendre l'historique des médicaments et produits de santé, délivrés par les pharmacies publiques, disponible pour une utilisation primaire par les patients et les prestataires de soins dans le cadre de VIDIS, et pour une utilisation secondaire par les autorités fédérales et le réseau secondaire de l'INAMI. Des groupes de travail détermineront les besoins professionnels, techniques et fonctionnels pour l'échange des données de médication entre les première et deuxième lignes.

Étant donné que le Comité de l'assurance a approuvé début juillet 2023 l'accord avec FarmaFlux, lequel prévoit une participation dans les frais et un échange mutuel de données, aucune nouvelle négociation n'est prévue pour le moment.

Dans le cadre du projet VIDIS, des groupes de travail collaborent avec les coffres-forts de santé et des fournisseurs de logiciels pour trouver des solutions aux problèmes techniques et fonctionnels liés à l'interopérabilité. Un nouveau protocole d'échange de données médicales, conforme à la norme internationale FHIR, est également en voie d'élaboration.

Une initiative est en cours pour s'attaquer cette année encore à tous les problèmes techniques et permettre ainsi à tous les prescripteurs d'accéder aux prescriptions ouvertes de leurs confrères.

L'incident est clos.

31 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le produit amaigrissant Ozempic" (55038133C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de l'EMA portant sur l'Ozempic" (55038166C)

31.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): L'antidiabétique

afgeleverde geneesmiddelen?

30.02 **Minister Frank Vandenbroucke** (Nederlands): Het is wenselijk en haalbaar om de patiënt een breder overzicht te geven van zijn medicatiehistoriek. Vanaf eind dit jaar zullen patiënten en zorgverleners de afleveringshistoriek van het GFD kunnen raadplegen via mobiele en webtoepassingen van VIDIS.

We hebben met de gefedereerde entiteiten een protocolakkoord over eHealth ondertekend met het oog op een optimale elektronische uitwisseling van gegevens tussen de actoren uit de gezondheids- en welzijnssector. Er is ook een voorstel van overeenkomst tussen het RIZIV en FarmaFlux om de historiek van afgeleverde geneesmiddelen en gezondheidsproducten, afgeleverd door publieke apotheken, ter beschikking te stellen voor primair gebruik door patiënten en zorgverstrekkers in het kader van VIDIS, en voor secundair gebruik door de federale overheid en het secundaire netwerk van het RIZIV. Werkgroepen zullen de bedrijfsgebonden, technische en functionele noden bepalen voor het uitwisselen van medicatiegegevens tussen de eerste en tweede lijn.

Aangezien het akkoord met FarmaFlux begin juli 2023 werd bekrachtigd in het Verzekeringscomité, met deelname in de kosten en een wederkerige gegevensdeling, zijn er voorlopig geen nieuwe onderhandelingen gepland.

In het kader van het VIDIS-project zoeken werkgroepen met de gezondheidskluizen en softwarehuizen naar mogelijke oplossingen voor de functionele en technische problemen met betrekking tot de interoperabiliteit. Er wordt ook een nieuw protocol voor de uitwisseling van medische gegevens op punt gesteld, in lijn met de internationale FHIR-standaard.

Er loopt een initiatief om nog dit jaar alle technische uitdagingen aan te pakken, zodat alle voorschrijvers voortaan toegang hebben tot de openstaande voorschriften van hun confraters.

Het incident is gesloten.

31 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het afslankmiddel Ozempic" (55038133C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onderzoek van het EMA naar Ozempic" (55038166C)

31.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het

Ozempic est prescrit pour traiter le diabète de type 2, mais il est également utilisé hors indication contre l'obésité. L'Agence européenne des médicaments (EMA) enquête sur ses éventuels effets secondaires, tels que les pensées suicidaires.

Quelles sont les mesures prises actuellement pour garantir la sécurité des patients qui prennent ce médicament? L'AFMPS a-t-elle également enquêté sur la sécurité et l'efficacité de l'Ozempic? Quels sont les informations et les avertissements actuellement disponibles pour les prestataires de soins et les patients concernant le risque de pensées suicidaires lors de l'utilisation du médicament Ozempic? Ces informations sont-elles suffisamment largement diffusées?

31.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Il a été décidé de procéder à cette évaluation à la suite de notifications faisant état d'idées suicidaires et d'actes d'automutilation. Les cas signalés sont rares au regard de l'utilisation très répandue de ce médicament et à ce stade, aucun lien de cause à effet n'a encore pu être formellement établi entre l'utilisation du produit et les réactions observées.

L'Ozempic a été autorisé par le biais de la procédure centrale européenne. L'AFMPS suit attentivement les développements de cette évaluation.

Quoi qu'il en soit, la Belgique prendra des mesures adaptées conformément aux conclusions de l'évaluation européenne qui est en cours.

L'AFMPS a publié l'an passé, sur son site internet, des recommandations concernant l'utilisation du médicament pour les indications pour lesquelles il a été autorisé. Les médecins et les pharmaciens ont la possibilité et l'obligation d'assumer leur responsabilité à la lumière de ces recommandations.

La disponibilité peut être vérifiée sur PharmaStatut.be. Le médicament reste en disponibilité limitée.

31.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Les recommandations sont en effet toujours nécessaires. En pharmacie, nous devons bien contrôler au début de chaque mois combien de patients atteints de diabète utilisent l'Ozempic. Chaque utilisation devra désormais être surveillée étroitement. Tant le médecin qui prescrit le médicament que le pharmacien qui le délivre devront être en mesure de réagir immédiatement à d'éventuels signaux et devra pouvoir les communiquer à l'AFMPS.

L'incident est clos.

antidiabeticum Ozempic wordt gebruikt voor de behandeling van diabetes type 2, maar ook offlabel als obesitaspil. Het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) onderzoekt mogelijke bijwerkingen zoals zelfmoordgedachten.

Welke maatregelen worden er momenteel genomen om de veiligheid te waarborgen van patiënten die dit medicijn gebruiken? Heeft het FAGG ook onderzoek gedaan naar de veiligheid en effectiviteit van Ozempic? Welke informatie en waarschuwingen zijn er momenteel beschikbaar voor zorgverleners en patiënten in verband met het risico op zelfmoordgedachten bij het gebruik van Ozempic? Wordt er voldoende gedaan om deze informatie breed te verspreiden?

31.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De evaluatie volgt op meldingen van zelfmoordgedachten en automutilatie. De gemelde gevallen zijn zeldzaam ten aanzien van het wijdverbreide gebruik en een oorzakelijk verband tussen het gebruik en de waargenomen reacties is in dit stadium nog niet formeel vastgesteld.

Ozempic is via de centrale Europese procedure vergund. Het FAGG volgt deze evaluatie nauwgezet op.

België zal alleszins passende maatregelen nemen in overeenstemming met de conclusies van de Europese evaluatie die momenteel wordt uitgevoerd.

Het FAGG heeft vorig jaar aanbevelingen gepubliceerd op zijn website over het gebruik van het geneesmiddel voor indicaties waarvoor het vergund is. Artsen en apothekers hebben de plicht en de mogelijkheden om in het licht van deze aanbevelingen hun verantwoordelijkheid te nemen.

De beschikbaarheid staat op PharmaStatus.be. Het geneesmiddel blijft beperkt beschikbaar.

31.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Aanbevelingen zijn inderdaad nog altijd noodzakelijk. In de apotheek moeten we in het begin van de maand goed monitoren hoeveel patiënten met diabetes Ozempic gebruiken. Elk gebruik zal nu goed gemonitord moeten worden. Zowel de arts die voorschrijft als de apotheker die aflevert, zal alert moeten kunnen reageren op signalen en zal deze moeten kunnen meedelen aan het FAGG.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n^{os} 55038109C en 55038111C de Mme Dillen sont supprimées.

De **voorzitter**: Vragen nrs. 55038109C en 55038111C van mevrouw Dillen vervallen.

32 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le trajet de soins buccaux" (55038189C)

32 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het mondzorgtraject" (55038189C)

32.01 Frieda Gijbels (N-VA): Le trajet de soins buccaux a été lancé en 2016 dans le but d'encourager les patients à se rendre régulièrement chez le dentiste. L'Agence InterMutualiste (AIM) en a récemment examiné l'impact. Il est frappant de constater qu'une personne sur 12 ne va jamais chez le dentiste et que si tout le monde participait au trajet de soins buccaux, il y aurait trop peu de dentistes. C'est pourquoi l'AIM propose de prévoir qu'il suffit de se rendre chez le dentiste une fois tous les deux ans pour obtenir un remboursement.

32.01 Frieda Gijbels (N-VA): Het mondzorgtraject werd in 2016 gelanceerd met als doel patiënten te stimuleren regelmatig naar de tandarts te gaan. Het InterMutualistisch Agentschap (IMA) onderzocht recent de impact daarvan. Opvallende vaststellingen zijn dat 1 op 12 personen nooit naar de tandarts gaat en dat als iedereen aan het mondzorgtraject zou deelnemen, er te weinig tandartsen zouden zijn. Daarom suggereert het IMA om een tandartsbezoek per twee jaar te laten volstaan om terugbetaling te krijgen.

Que pense le ministre de cette proposition? Une concertation a-t-elle déjà été organisée avec les associations professionnelles? Comment le ministre compte-t-il lever les obstacles à une visite chez le dentiste, en particulier pour les bénéficiaires d'une intervention majorée? Le ministre a-t-il l'intention de donner aux hygiénistes bucco-dentaires un rôle plus important dans les soins préventifs et, plus spécifiquement, d'améliorer leur accès à la nomenclature?

Wat denkt de minister daarover? Werd er al overleg gepleegd met de beroepsverenigingen? Hoe wil de minister de drempel naar de tandarts wegwerken, in het bijzonder voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming? Is de minister van plan de mondhygiënisten een grotere rol toe te bedelen in de preventieve zorg en meer bepaald hun toegang tot de nomenclatuur te verbeteren?

32.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en *néerlandais*): Je n'ai pas encore reçu le rapport de l'AIM. Pour autant que je sache, ce rapport a été analysé par la Commission nationale dento-mutualiste le 22 juin. Dans le cadre du budget 2024, les secteurs doivent déposer leurs propositions de priorités budgétaires d'ici le mois de septembre. Si le Conseil technique dentaire et la Commission nationale dento-mutualiste considèrent la suggestion de l'AIM comme une priorité, je l'examinerai en détail.

32.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik heb het rapport van het IMA nog niet gekregen. Voor zover ik weet, werd dit rapport onderzocht door de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen op 22 juni. In het kader van de begroting 2024 moeten de sectoren hun voorstellen van begrotingsprioriteiten indienen voor september. Als de Technische tandheelkundige raad en de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen de suggestie van het IMA als prioriteit naar voren schuiven, zal ik ze grondig bekijken.

Ces dernières années, nous avons multiplié nos efforts pour améliorer la prévention et l'accessibilité des soins dentaires. Les hygiénistes bucco-dentaires ont été dotés d'une nomenclature et intégrés dans les soins de première ligne. Les soins dentaires gratuits ont été étendus jusqu'à 19 ans. La limite d'âge pour le contrôle dentaire annuel a été supprimée. Le travail n'est pas encore terminé. Il reste encore beaucoup à faire mais nous sommes évidemment limités par les possibilités budgétaires.

De voorbije jaren hebben we hard gewerkt aan een betere preventie en toegankelijkheid van tandheelkundige zorg. De mondhygiënisten kregen een nomenclatuur en worden geïntegreerd in de eerstelijnszorg. Gratis tandzorg werd uitgebreid tot 19 jaar. De leeftijdsgrens voor een jaarlijks mondonderzoek werd afgeschaft. Het werk is niet af. Er moet nog veel gebeuren, maar uiteraard limiteren de budgettaire mogelijkheden ons.

32.03 Frieda Gijbels (N-VA): La prévention est importante, non seulement pour la santé bucco-dentaire de la population mais aussi pour libérer du budget. C'est pourquoi l'analyse de l'AIM est très intéressante. En faisant appel à des hygiénistes bucco-dentaires, nous œuvrons à la mise en œuvre

32.03 Frieda Gijbels (N-VA): Preventie is belangrijk, niet alleen voor de mondgezondheid van de bevolking, maar zo komt er budget vrij. De analyse van het IMA is daarom heel interessant. De inzet van mondhygiënisten is in het belang van een betaalbare en kwaliteitsvolle mondzorg. Als ze een

de soins bucco-dentaires abordables et de haute qualité. S'ils obtenaient une meilleure nomenclature, nous pourrions éviter bien des problèmes. L'élimination des obstacles financiers est une bonne chose, mais la sensibilisation et la mise en place d'une nomenclature simplifiée sont également très importantes.

L'incident est clos.

33 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les chiffres alarmants relatifs au surpoids et à l'obésité chez les jeunes" (55038192C)

33.01 Mieke Claes (N-VA): Le ministre va-t-il modifier le Plan Fédéral Nutrition Santé (PFNS) en fonction des taux alarmants de surpoids et d'obésité chez les jeunes? De nouveaux objectifs nutritionnels seront-ils présentés? Quelle est la position du ministre concernant les traitements médicamenteux, comme l'Ozempic? Comment garantira-t-il l'accompagnement médical de ces traitements? Comment les abus seront-ils évités? Quelles mesures fiscales le ministre envisage-t-il dans le cadre du "virage santé"?

33.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Le projet de PFNS tient compte d'études qui montrent que le surpoids et l'obésité touchent un adulte sur deux. Les mesures proposées sont destinées à réduire l'incidence du surpoids et de l'obésité. Nous devons cependant prendre en considération le fait que la prévention primaire et la promotion d'une alimentation saine relèvent des compétences des entités fédérées. Il convient de bien coordonner les politiques.

Les objectifs du PFNS en matière de nutrition ont été revus en fonction des dernières recommandations formulées par le Conseil Supérieur de la Santé en 2019. Ils ont pour but de réduire la consommation de sucres ajoutés à moins de 10 % de l'apport énergétique total.

L'abus de médicaments pour patients diabétiques est inquiétant. Les enfants obèses ont besoin d'un suivi complet en polyclinique et d'une gestion diététique pour modifier durablement leurs habitudes alimentaires et leur mode de vie.

Je ne puis actuellement donner aucune précision sur la réforme fiscale.

Le projet transversal lié à l'obésité chez les enfants prévoit actuellement des centres pédiatriques multidisciplinaires de l'obésité dans le cadre des soins de deuxième ligne. Le document de la convention qui a été approuvé est en cours de

betere nomenclatuur krijgen, zouden we veel ellende kunnen voorkomen. Het wegwerken van financiële drempels is goed, maar ook sensibilisering en een eenvoudige nomenclatuur zijn heel belangrijk.

Het incident is gesloten.

33 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onrustwekkende overgewicht- en obesitascijfers bij jongeren" (55038192C)

33.01 Mieke Claes (N-VA): Zal de minister het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan (FVGP) aanpassen op basis van de alarmerende overgewicht- en obesitascijfers bij jongeren? Komen er nieuwe nutritionele doelstellingen? Hoe staat de minister tegenover medicamenteuze therapie, zoals Ozempic? Hoe zal hij de medische begeleiding daarvan garanderen? Hoe zal misbruik worden voorkomen? Welke fiscale maatregelen heeft de minister voor ogen in het raam van de gezondheidsschift?

33.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Het ontwerp-FVGP houdt rekening met studies die aantonen dat overgewicht en obesitas een op twee volwassenen treffen. De voorgestelde maatregelen moeten overgewicht en obesitas terugdringen. We moeten er wel rekening mee houden dat primaire preventie en de bevordering van gezond eten onder de bevoegdheden van de deelstaten vallen. Er moet goed worden afgestemd.

De voedingsdoelstellingen van het FVGP werden herzien volgens de laatste voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad van 2019 en hebben tot doel de inname van toegevoegde suikers te verminderen tot minder dan 10 % van de totale energie-inname.

Het misbruik van geneesmiddelen voor diabetespatiënten is zorgwekkend. Bij zwaarlijvige kinderen is er nood aan een volledige poliklinische follow-up met dieetmanagement om eetgewoonten en levensstijl duurzaam te veranderen.

Over de fiscale hervorming kan ik momenteel niets zeggen.

Binnen het transversale project Obesitas bij kinderen wordt momenteel voorzien in pediatrie multidisciplinaire obesitascentra in de tweede lijn. De goedgekeurde overeenkomsttekst wordt nu in een reglementaire tekst omgezet en het onderdeel

transposition en un texte réglementaire. Le volet relatif aux indicateurs de qualité et de processus sera achevé dans les prochains jours en concertation avec le Centre d'Expertise. La proposition sera soumise aux organismes concernés fin août. La convention devrait être soumise à l'approbation du Comité de l'assurance au mois de septembre.

33.03 Mieke Claes (N-VA): Le ministre n'a pas parlé concrètement des objectifs. Je répète ma demande concernant un remboursement plus important des diététiciens, qui ont un rôle important à jouer.

L'incident est clos.

34 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La convention logopèdes" (55038193C)

34.01 Frieda Gijbels (N-VA): À Bruxelles, 53 % des logopèdes adhèrent à la convention, en Wallonie 61 % et en Flandre 34 %. Il y a vingt ans, le taux de logopèdes conventionnés dépassait les 99 %. Plus de 150 cabinets ont fermé leurs portes l'année dernière.

À quoi est dû le déconventionnement selon le ministre? Y a-t-il une concertation avec les associations professionnelles à ce sujet? Le ministre peut-il donner des informations concernant le nombre de logopèdes ayant quitté la profession? Quelles actions le ministre envisage-t-il pour inverser la tendance et réduire les listes d'attente?

34.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Les chiffres avancés par Mme Gijbels sont exacts. Le mécontentement règne dans le secteur au niveau des tarifs mais, ces dernières années, des efforts financiers significatifs ont été entrepris au bénéfice de ce secteur. En 2020, les honoraires ont été relevés de 23,6 à 28,04 euros pour une séance de 30 minutes. Le 1^{er} juin 2022, une avance sur indexation a été accordée à toutes les professions de soins.

Dans le contexte budgétaire actuel pour 2023, il n'était pas possible de prévoir des mesures structurelles supplémentaires. Le budget consacré au secteur pourra faire l'objet d'une évaluation lors des négociations relatives à un nouvel accord en 2024 et dans le cadre de la définition des objectifs budgétaires partiels à l'automne 2023. Pour cette année, en plus des honoraires existants, un budget supplémentaire de 3,7 millions d'euros a déjà été dégagé afin de financer une prime de conventionnement.

kwaliteits- en procesindicatoren wordt eerstdaags in overleg met het Kenniscentrum afgerond. Het voorstel wordt eind augustus voorgelegd aan de betrokken organen. Het is de bedoeling de overeenkomst in september ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité voor te leggen.

33.03 Mieke Claes (N-VA): De minister is niet concreet ingegaan op de doelstellingen. Ik herhaal mijn vraag om een ruimere terugbetaling van diëtisten, voor wie een belangrijke taak is weggelegd.

Het incident is gesloten.

34 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventie logopedisten" (55038193C)

34.01 Frieda Gijbels (N-VA): In Brussel is 53 % van de logopedisten toegetreden tot de conventie, in Wallonië 61 % en in Vlaanderen 34 %. Twintig jaar geleden lag de conventiegraad boven de 99 %. Het afgelopen jaar hebben meer dan 150 praktijken de deuren gesloten.

Waaraan ligt de deconventionering volgens de minister? Is hierover overleg met de beroepsverenigingen? Kan de minister informatie geven over het aantal gestopte logopedisten? Welke acties plant de minister om het tij te keren en de wachtlijsten te reduceren?

34.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De cijfers van mevrouw Gijbels kloppen. Er heerst onvrede in de sector over de tarieven, maar er zijn in de afgelopen jaren beduidende financiële inspanningen geleverd voor de sector. In 2020 werden de honoraria verhoogd van 23,6 naar 28,04 euro voor een sessie van 30 minuten. Op 1 juni 2022 werd aan alle zorgberoepen een voorschot op de indexering toegekend.

Binnen het huidige budgettaire kader voor 2023 waren extra structurele maatregelen niet mogelijk. Bij de onderhandelingen over een nieuwe overeenkomst in 2024 en de partiële begrotingsdoelstellingen die in het najaar van 2023 worden opgesteld, kan het budget voor de sector worden geëvalueerd. Voor dit jaar is er boven op de bestaande honoraria al een extra budget van 3,7 miljoen euro uitgetrokken voor een conventiepremie.

Cette compensation structurelle des coûts est une intervention pour les prestataires de soins de santé dans un contexte d'augmentation des coûts des cabinets en termes de personnel, d'énergie, etc.

Selon l'Association flamande des logopèdes, 160 logopèdes ont cessé d'exercer depuis le début de l'année 2022, et de nombreux logopèdes ont des listes d'attente. Je ne dispose pas de chiffres spécifiques, mais je peux suivre l'évolution du nombre de logopèdes ayant un profil d'activité au cours des dernières années et des années à venir. Un logopède ayant un profil d'activité a au moins une prestation de soins enregistrée dans l'année en question. La tendance à la fermeture des cabinets ne se reflète pour l'instant pas dans les chiffres jusqu'en 2021. Nous pouvons continuer à suivre les chiffres actualisés pour l'année 2022. En outre, les futurs rapports PlanCad de la Commission de planification pourraient révéler les tendances en termes d'arrivées et de départs de logopèdes ainsi que les facteurs qui interviennent dans ceux-ci.

Les thèmes et préoccupations actuels soulevés par les prestataires et organismes assureurs au sein de la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs constituent un autre moyen pour le gouvernement de capter les signaux émis par les logopèdes. Le 8 mai, mon cabinet a encore reçu une délégation de l'Association flamande des logopèdes et de l'Union Professionnelle des Logopèdes Francophones pour discuter des questions urgentes dans le secteur, telles que le taux de conventionnement, les honoraires, la révision de la nomenclature et la demande de simplification administrative, qui s'inscrivent d'ailleurs dans le sillage de projets liés à la convention 2022-2023.

Les organisations professionnelles et les organismes assureurs continuent à se concerter à ce sujet en vue d'une convention pour 2024-2025. Je suis en tout cas impatient de recueillir de nouvelles propositions du secteur.

34.03 Frieda Gijbels (N-VA): Un déconventionnement aussi marqué parmi les logopèdes est très frappant. Apparemment, ces derniers trouvent les propositions invivables, sinon ils ne fermentaient pas leurs cabinets. Ces fermetures augmentent la pression sur les logopèdes restants qui ont toujours plus de mal à tenir bon. J'en appelle donc vraiment à une consultation constructive. Les logopèdes ayant un profil sont ceux qui effectuent au moins une prestation par an. Cette réalité doit être suivie de façon plus minutieuse.

L'incident est clos.

35 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé

Die structurele kostencompensatie is een tegemoetkoming voor zorgverleners bij oplopende praktijkkosten voor personeel, energie en dergelijke.

Volgens de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten hebben sinds begin 2022 160 logopedisten hun praktijk stopgezet en veel logopedisten hebben een wachtlijst. Ik beschik niet over specifieke cijfers, maar ik kan wel de evolutie van het aantal logopedisten met profiel van de voorbije en de komende jaren opvolgen. Een logopedist met profiel heeft in dat betreffende jaar ten minste één geboekte verstrekking. De tendens van het stopzetten van praktijken is voorlopig niet zichtbaar in de cijfers tot en met 2021. De geactualiseerde cijfers voor het jaar 2022 kunnen verder worden opgevolgd. Daarnaast kunnen toekomstige PlanKad-rapporten van de Planningscommissie tendensen blootleggen inzake in- en uitstroom van logopedisten en de factoren die daarin meespelen.

In de Overeenkomstencommissie logopedisten – verzekeringsinstellingen bespreekt men actuele thema's en bezorgdheden van de zorgverleners en verzekeringsinstellingen, dus kunnen ook zo signalen van de logopedisten worden opgevangen door de overheid. Op 8 mei heeft mijn kabinet nog een delegatie ontvangen van de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten en de Union Professionnelle des Logopèdes Francophones om prangende thema's in de sector te bespreken, zoals de conventiegraad, de honoraria, een herziening van de nomenclatuur en de vraag naar administratieve vereenvoudiging, die overigens in de lijn liggen van projecten in de overeenkomst 2022-2023.

De beroepsorganisaties gaan daarover verder in overleg met de verzekeringsinstellingen met het oog op een overeenkomst voor 2024-2025. Ik kijk in elk geval uit naar verdere voorstellen vanuit de sector.

34.03 Frieda Gijbels (N-VA): Een dergelijke sterke deconventie onder de logopedisten is erg opvallend. Ze vinden de voorstellen blijkbaar onleefbaar, anders zouden ze hun praktijk niet sluiten, iets wat meteen de druk verhoogt op de overblijvende logopedisten die het dan op hun beurt moeilijker krijgen om vol te houden. Ik roep dus echt op tot constructief overleg. De logopedisten met een profiel zijn diegenen die minstens één verstrekking per jaar doen. Dat moet echter fijnmaziger worden opgevolgd.

Het incident is gesloten.

35 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en

publique) sur "Le montant non versé lors de l'application de la règle de 25 % en kinésithérapie" (55038195C)

Le **président**: Il s'agit du dernier point à l'ordre du jour sous ma présidence de cette commission.

[35.01] Frieda Gijbels (N-VA): Une loi censée mettre fin à la règle des 25 % pour les prestations des professionnels de la santé non conventionnés a été adoptée au cours de la législature précédente. Néanmoins, cette loi n'a pas encore pu entrer en application, à défaut des arrêtés royaux nécessaires. L'application de cette règle implique le non-versement de montants importants, en particulier en kinésithérapie.

À quoi le budget ainsi économisé sera-t-il alloué? L'étude annoncée sur les causes du faible taux de conventionnement des kinésithérapeutes en Flandre a-t-elle déjà été mise sur le métier? Quand les résultats sont-ils attendus?

Analysera-t-on également les raisons du taux de conventionnement plus important en Wallonie? Apparemment, on y aurait trouvé une échappatoire pour augmenter les tarifs.

[35.02] Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le budget économisé permet de respecter la norme de croissance et de combler d'autres besoins dans le budget des prestations de santé.

La disposition qui abroge la règle des 25 % n'entrera en vigueur que lorsque la date aura été fixée dans un arrêté royal. Le dossier doit être examiné attentivement étant donné que la suppression de cette règle entraînera des conséquences non négligeables.

L'INAMI examine une proposition visant à organiser une enquête parmi les kinésithérapeutes sur les raisons du conventionnement et du déconventionnement. Les organismes assureurs veulent cependant élargir cette enquête à d'autres prestataires de soins. Il s'agit d'un exercice relativement complexe qui n'a pas encore abouti.

[35.03] Frieda Gijbels (N-VA): Je trouve étrange de partir d'un taux de déconventionnement déterminé. 21 millions d'euros n'ont pas été versés en 2021, et ce sont les patients qui devront régler l'addition. Ils sont les dupes de mauvais accords. Le ministre annonce une étude, mais elle n'a toujours pas démarré. Je n'ai pas obtenu de réponse à ma question sur la règle des 25 %. Le ministre fait fi de la décision du Parlement.

Volksgezondheid) over "Het niet-uitgekeerde bedrag bij toepassing van de 25 %-regel in kinesitherapie" (55038195C)

De **voorzitter**: Dit is het laatste agendapunt van mijn voorzitterschap van deze commissie.

[35.01] Frieda Gijbels (N-VA): In de vorige regeerperiode werd een wet goedgekeurd die de 25 %-regel voor verstrekkingen van niet-geconventioneerde zorgverstrekkers zou beëindigen. Die wet kon echter nog niet in werking treden omdat de nodige KB's er nog steeds niet zijn. Vooral bij kinesitherapeuten gaat het om fikse bedragen die niet worden uitgekeerd als de regel wordt toegepast.

Waarvoor wordt dat uitgespaarde budget dan gebruikt? Werd het aangekondigde onderzoek naar de oorzaken van de lage conventioneringsgraad van kinesitherapeuten in Vlaanderen al opgestart? Wanneer worden de resultaten verwacht?

Zal ook onderzocht worden waarom de conventiegraad in Wallonië hoger is? Er zouden daar achterpoortjes gevonden zijn om de tarieven op te trekken.

[35.02] Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het uitgespaarde budget laat toe om de groeinorm te respecteren en om binnen de begroting van geneeskundige verstrekkingen andere noden in te vullen.

De bepaling die de 25 %-regel afschaft, treedt pas in werking als de datum in een KB wordt vastgelegd. Omdat de afschaffing van deze regel aanzienlijke gevolgen heeft, moet dit goed onderzocht worden.

Het RIZIV bestudeert een voorstel om een enquête te organiseren bij kinesitherapeuten om de redenen te achterhalen van conventionering of deconventionering. De verzekeringsinstellingen willen deze enquête echter uitbreiden naar andere zorgverstrekkers. Dit is een relatief complexe oefening die nog niet is afgerond.

[35.03] Frieda Gijbels (N-VA): Ik vind het vreemd dat er wordt uitgegaan van een bepaalde deconventiegraad. De 21 miljoen euro die niet werd uitgekeerd in 2021 moet worden opgehoest door de patiënten. Zij zijn de dupe van slechte akkoorden. De minister kondigt een onderzoek aan, maar dat is nog niet van start gegaan. Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag over de 25 %-regel. De minister legt de beslissing van het Parlement naast zich neer.

L'incident est clos.

Le **président**: Je remercie le ministre pour la bonne et agréable collaboration au sein de notre commission. Je remercie également Mme Schellens, M. Schoenmaeckers et les membres du groupe N-VA ici présents pour leur collaboration.

Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Nous avons parfois des différends sur les procédures et l'approche, mais le président a essayé de s'acquitter de sa mission correctement. Ce n'est pas sa tâche de faciliter la vie d'un ministre. Je lui souhaite un bon retour à son ancien employeur.

Frieda Gijbels (N-VA): Au nom de la N-VA, mais aussi, je suppose, au nom de tous les groupes, je vous remercie pour votre présidence.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 43.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor de aangename samenwerking in deze commissie. Ik bedank ook mevrouw Schellens, de heer Schoenmaeckers en de hier aanwezige leden van de N-VA-fractie voor hun medewerking.

Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Wij hadden soms meningsverschillen over de procedures en de aanpak, maar de voorzitter heeft zijn taak correct proberen uitvoeren. Het is niet zijn taak het leven van een minister gemakkelijk te maken. Ik wens hem een goede terugkeer naar zijn vroegere werkgever.

Frieda Gijbels (N-VA): Namens de N-VA, maar ik vermoed namens alle fracties, hartelijk dank voor uw voorzitterschap.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.43 uur.