

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MERCREDI 11 MAI 2022

WOENSDAG 11 MEI 2022

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 31 et présidée par M. Robby De Caluwé.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.31 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

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

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

De **voorzitter**: Goedemiddag, collega's. Voorzitter Warmoes zal later komen. Hij heeft mij gevraagd zijn plaats in te nemen omdat de twee ondervoorzitters verontschuldigd zijn.

01 Actualiteitsdebat over HPV-vaccinatie, interpellatie en toegevoegde vragen van

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitspraak van de arbeidsrechtbank inzake de terugbetaling van de HPV-vaccinatie" (55000276I)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het vonnis over de discriminatie van jongens bij HPV-vaccinatie" (55026786C)**
- **Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De discriminatie van jongens bij HPV-vaccinatie" (55026816C)**
- **Séverine de Laveleye aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De HPV-vaccinatie" (55026843C)**
- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het HPV-vaccin" (55027667C)**

01 Débat d'actualité sur la vaccination contre le HPV, interpellation et questions jointes de

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La déclaration du tribunal du travail relative au remboursement de la vaccination contre le VPH" (55000276I)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le jugement portant sur la discrimination des garçons en matière de vaccination contre le VPH" (55026786C)**
- **Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La discrimination dont sont victimes les garçons dans le cadre de la vaccination contre le VPH" (55026816C)**
- **Séverine de Laveleye à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le HPV" (55026843C)**
- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin HPV" (55027667C)**

De **voorzitter**: Mevrouw Sneppe, u hebt een interpellatie. U hebt dus tien minuten spreektijd; ik veronderstel dat die tijd ruim voldoende is. Ik geef u graag het woord.

01.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, dat moet zeker lukken.

Mijnheer de minister, het humaan papillomavirus, HPV in de volksmond, is een groep sterk verwante virussen die abnormale celgroei in huid en slijmvliezen veroorzaken. Daardoor kunnen verschillende soorten kankers ontstaan.

De meest bekende is baarmoederhalskanker, waardoor lang werd gedacht dat het virus enkel vrouwen trof – of moet ik zeggen 'personen met een baarmoeder'. Niettemin bleek uit een advies van de Hoge Gezondheidsraad dat een kwart van de HPV-gerelateerde kankers ook bij mannen optreedt. Sinds het schooljaar 2019-2020 kunnen meisjes en jongens zich daarom via het gratis schoolvaccinatieprogramma laten beschermen.

Wie daarvoor niet in aanmerking komt, kan het vaccin ook zelf bij de apotheker kopen, zij het dan zonder terugbetaling. Vandaag voorziet het RIZIV immers enkel in een terugbetaling van het HPV-vaccin onder bepaalde voorwaarden voor meisjes en niet voor jongens. Een jongen die bijvoorbeeld het vaccin Gardasil 9 aanschafte in de apotheek, betaalt daar bijna 135 euro voor. De kostprijs kan verder oplopen tot meer dan 400 euro, omdat meerdere dosissen nodig zijn voor een volledige bescherming. Een meisje in dezelfde situatie betaalt daarvoor 8 of 12 euro.

Naar aanleiding van die ongelijke terugbetaling ontving het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen een klacht van een jongen. Samen gingen zij in beroep tegen de weigering van het RIZIV om bij te dragen in de kosten. Volgens hen is de ongelijke behandeling een schending van de genderwet en de antidiscriminatiewet, waarin de arbeidsrechtbank van Brussel hun gelijk geeft. Op 30 maart 2022 oordeelde de arbeidsrechtbank van Brussel dat jongens worden gediscrimineerd bij de terugbetaling van het vaccin tegen het HPV.

Mijnheer de minister, hoe profetisch waren dan ook mijn woorden in de commissie voor Volksgezondheid naar aanleiding van mijn vraag over de HPV-vaccinatie? Ik citeer mijzelf uit het verslag: "Waarom zou u dat dan niet doen voor jongens? In het kader van discriminatie kan dat immers wel tellen." Waarvoor ik toen waarschuwde, wordt nu bevestigd door de rechtbank. Er is discriminatie op basis van geslacht of, om het met wokebewoordingen te zeggen, discriminatie op basis van gender.

Mijnheer de minister, in uw antwoord op mijn vraag over het thema sprak u over drie stappen. De eerste stap is jonge meisjes maximaal vaccineren. U wilt bij hen aan minstens 90 % raken. Dat gebeurt reeds in Vlaanderen. Welk percentage is er intussen al bereikt? De tweede stap is het vaccineren van de cohort jonge jongens, namelijk uit het eerste jaar secundair onderwijs in Vlaanderen en het tweede jaar secundair onderwijs in Wallonië en Brussel. Dat gebeurt sinds 2019 voornamelijk via de CLB's. De derde stap is de eventuele inhaalvaccinatie van jongens die net te oud waren in 2019 en nu nog geen 19 jaar zijn.

Momenteel loopt er in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een procedure voor een van de vaccins. Daarin wordt de uitbreiding van de vergoedbaarheid gevraagd voor jongens van 12 tot 18 jaar. Hoever staat het daarmee? Komt dat in een stroomversnelling door de uitspraak van de Brusselse rechtbank? Wat wordt er gedaan voor de uitbreiding van de terugbetaling naar jongens en meisjes tot 26 jaar? Wat is daaromtrent de stand van zaken?

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mevrouw Sneppe heeft al veel gezegd, maar ik kom ook graag even terug op de uitspraak van de rechtbank. De vaccinatie is heel belangrijk in het tegenhouden van de verspreiding van het humaan papillomavirus (HPV) en vooral in het tegenhouden van de ontwikkeling van genitale wratten en kankers.

Een aantal mensen valt echter uit de boot bij de vaccinatie, bijvoorbeeld jongens die via de Gemeenschappen geen gratis vaccinatie hebben kunnen genieten, maar ook homoseksuele mannen, die eigenlijk nog minder beschermd zijn dan heteroseksuele mannen, omdat hun partners niet beschermd zijn door de vaccinatie.

In hoeverre zult u rekening houden met de uitspraak van de rechtbank? Welke actie zult u ondernemen? Zult u, indien nodig en via aankoop in de apotheek, overgaan tot de terugbetaling van het vaccin voor mensen die uit de boot zijn gevallen bij de vaccinatie voor de algemene populatie die georganiseerd wordt door de Gemeenschappen?

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle is verontschuldigd.

01.03 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, le tribunal du travail de Bruxelles a établi fin mars que le régime de remboursement de la vaccination contre le papillomavirus (HPV) constitue une infraction à la Loi Genre et à la loi Anti-discrimination. Cette décision intervient à la suite de l'action en justice d'un garçon, avec le soutien de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, qui a dénoncé le fait qu'il*

n'avait pas droit au remboursement de ses vaccins contre le HPV contrairement aux filles de son âge. Plusieurs types de HPV peuvent mener à des cancers (du col de l'utérus, mais aussi de la bouche, de la gorge, du pénis, de l'anus). 75 % des cancers liés aux HPV se déclarent chez les femmes, 25 % chez les hommes.

Pour ces raisons, le Conseil Supérieur de la Santé est arrivé à la conclusion qu'il était fortement recommandé de vacciner les filles ET les garçons âgé-e-s de 9 à 14 ans inclus. De plus, il conseille une vaccination de rattrapage des femmes et des hommes âgé-e-s de 15 à 26 ans, sur base individuelle.

Cependant, l'accès à la vaccination n'est pas le même pour les filles et les garçons. Depuis l'année scolaire 2019-2020, un programme de vaccination scolaire permet de vacciner gratuitement les filles et les garçons. Les personnes qui n'ont pas pu bénéficier de ce programme, peuvent acheter elles-mêmes le vaccin en pharmacie. Dans ce cas, l'INAMI rembourse le vaccin pour les filles sous certaines conditions, mais pas pour les garçons. Par exemple : un garçon qui achète du Gardasil 9® dans une pharmacie paie 134,84 € par vaccin. Une fille dans la même situation ne paie que 12,10 € ou 8,00 € grâce au remboursement de l'INAMI. Étant donné qu'il faut plusieurs vaccinations pour être complètement protégé-e, le coût sans remboursement peut atteindre 406,5 euros.

Suite à la décision du tribunal qui reconnaît un infraction directe basée sur le sexe, ainsi qu'une discrimination intersectionnelle fondée sur le sexe, spécifiquement pour le groupe des hommes homosexuels, et sur base des recommandations de l'IEFH, voici mes questions :

Envisagez-vous de rendre les conditions de remboursement neutres du point de vue du genre?

Envisagez-vous d'étudier la possibilité d'une vaccination de rattrapage pour les hommes qui n'ont pas eu l'opportunité de se faire vacciner auparavant?

01.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, je ne reprendrai pas les éléments qui viennent d'être exprimés par mes collègues. Cependant, l'actualité remet un coup de projecteur sur l'importance majeure du vaccin HPV pour prévenir le cancer de l'utérus, mais pas seulement. En effet, un avis du Conseil Supérieur de la Santé, qui ne date pas d'aujourd'hui, préconise clairement d'élargir la prévention vaccinale contre les infections à papillomavirus en prévention non seulement du cancer du col de l'utérus, mais aussi de tous les autres cancers dans lesquels il est impliqué ainsi que des verrues anogénitales compte tenu de leur morbidité. C'est donc une évidence sur le plan scientifique.

Aujourd'hui, si c'est intégré dans le calendrier, il n'existe encore aucune dynamique en matière de remboursement. Or, comme vous le savez aussi bien que moi, si tel n'est pas le cas, il n'y aura évidemment pas d'élargissement pour nos jeunes et pour nos jeunes adultes – j'insiste sur ce point – alors qu'un tel élargissement est vital ainsi qu'une couverture la plus large possible.

Monsieur le ministre, la Conférence interministérielle s'est-elle saisie du sujet? Qu'en est-il en matière de remboursement? Qu'en est-il quant à la stratégie effective d'une vaccination de rattrapage? Je pense ici notamment aux filles puisque l'enjeu est d'élargir le remboursement, y compris jusqu'à 26 ans. Il faudrait également élargir le remboursement aux personnes immunodéprimées (les transplantés et les patients HIV adultes), sans oublier les jeunes garçons et les jeunes hommes. Aujourd'hui, on ne peut plus ergoter et discuter sur ce dossier; il faut mettre un véritable coup d'accélérateur.

De **voorzitter**: Dit is een actualiteitsdebat. Leden die ook het woord willen nemen, kunnen dat nu of tijdens de replieken. Niemand vraagt het woord, dus geef ik het woord aan de minister voor zijn antwoorden.

01.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil in de eerste plaats verwijzen naar een antwoord dat ik in januari gaf en waar ik de toenmalige historiek en stand van zaken heb gegeven met betrekking tot de terugbetaling van de HPV-vaccinatie.

De procedure bij de CTG voor de inhaalvaccinatie bij jongens is nog steeds lopende. Ik heb hun advies dus nog niet ontvangen. Dergelijke procedures vergen tijd omdat ze een uitgebreide kritische en up-to-date evaluatie veronderstellen van onder meer de therapeutische waarde, de maatschappelijke en medische nood, de kosteneffectiviteit en de budgettaire impact. De bedoeling van de CTG is altijd om een advies te geven met het oog op een efficiënte en optimale aanwending binnen een aanvaardbaar en beschikbaar financieel kader. Ik denk dat ik dat de vorige keer al heb uitgelegd.

Ik verwachtte dat ik voor de zomer een beslissing zou kunnen nemen, maar na een laatste navraag vernam ik dat de termijn van de procedure opgeschoven is door schorsingen op vraag van de betrokken firma. Ik verwacht het advies van de CTG ten laatste begin augustus. De dag dat ik uiterlijk een beslissing moet nemen, situeert zich, volgens de normale CTG-procedure van 180 dagen, begin september. Dat is teleurstellend qua tijdspad en ik begrijp dat er vele mensen wachten op die beslissing. Zodra ik het advies van CTG ontvang, zal ik dan ook geen tijd verliezen en snel een beslissing nemen.

De uitspraak van de arbeidsrechtbank zal ongetwijfeld een element zijn in die beslissing van de CTG, net als de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. Ik ga ervan uit dat de CTG dat allemaal meeneemt in haar advies.

De inhaalvaccinatie zal vooral belangrijk zijn voor de jongens die net te oud waren om in 2019 via de gratis vaccinatiecampagne het vaccin te krijgen. Gelukkig gaat het om een niet al te grote groep met een uitdovend karakter.

Ik herhaal dat de eerste stap de maximale vaccinatie is van jonge meisjes en jongens in het eerste en tweede jaar van het secundair onderwijs, en dat een hoge vaccinatiegraad bij deze groep het belangrijkste doel is.

Concernant d'autres extensions de remboursement jusqu'à 26 ans, ainsi qu'aux immunodéprimés, les firmes responsables de la commercialisation des vaccins contre l'HPV peuvent toujours soumettre une nouvelle demande de remboursement ou de modification du remboursement à la Commission de remboursement des médicaments (CRM) si elles disposent de nouvelles données scientifiques solides dans les populations spécifiques. La CRM évaluera alors ces nouvelles données et proposera une éventuelle extension du remboursement. En tenant compte de cet avis, je pourrai décider d'étendre le remboursement à une population plus large. En revanche, si ces firmes n'introduisent pas de dossiers, je peux envisager de lancer moi-même une procédure d'évaluation du remboursement et d'extension.

Enfin, toutes les nouvelles informations concernant la vaccination sont partagées au niveau du groupe de travail chargé de la coordination de la politique de prévention au sein de la Conférence interministérielle Santé publique.

01.06 **Dominiék Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. U zegt dat het onderzoek bij de CTG nog loopt en vertraging oploopt door een schorsing van de termijn. Kunt u wat meer vertellen over de reden waarom die firma een schorsing heeft ingeroepen?

Voor het overige moet u uiteraard wachten op het advies van de CTG, dat begrijp ik wel. Als uit studies blijkt dat ook jongens er baat bij hebben, waarom mogen jongens de kans dan niet krijgen om zich te laten vaccineren, uiteraard onder dezelfde voorwaarden als de meisjes?

U zegt zelf dat het om een kleine en uitdovende groep gaat, de jongens tot 19 jaar. Mijn vraag is om het uit te breiden tot de 26-jarigen, ook voor meisjes uiteraard, anders ontstaat er weer een vorm van discriminatie. Ik begrijp dat u daarvoor wacht op advies van de CTG. Mocht u wat verduidelijking kunnen geven bij de redenen waarom de firma een schorsing aanvroeg, dan kunnen we beter begrijpen waarom er een vertraging is.

Ik ben ervan overtuigd dat de uitbreiding van de terugbetaalde vaccinatie tegen HPV wel degelijk gezondheidswinst zal opleveren. Dat blijkt ook uit studies daarover. Op voorhand kunnen we het natuurlijk niet weten, we zullen dat pas in de toekomst zien.

U zegt dat de vaccinatie tegen HPV historisch gegroeid is, wat inderdaad klopt. We zijn begonnen met een lagere leeftijd, ondertussen zitten we aan 19-jarige meisjes en hopelijk binnenkort ook 19-jarige jongens. Iets wat historisch groeit en een bepaalde evolutie kent, moet af en toe ook eens geëvalueerd worden. De tijd lijkt mij rijp om die procedure nu te evalueren, zeker gelet op het voortschrijdend inzicht, ook in de wetenschap.

Ik hoop, naar ik denk samen met u, dat de CTG snel een advies klaar heeft en dat dit in de goede richting evolueert.

Om mijn interpellatie kracht bij te zetten, dien ik een motie in.

01.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Alles neemt uiteraard zijn tijd, maar het is een beetje flauw dat u wilt wachten tot de firma nog een aanvraag indient. U kunt die terugbetalingsmodaliteiten herzien. Het gaat hier niet om tienduizenden patiënten. Het gaat om mensen die uit de boot gevallen zijn. Er kunnen bovendien verschillende kankers optreden. Bepaalde nummers van het HPV-virus zijn bewezen cancerogeen op eender welke plaats. De waarde die u kunt halen uit de terugbetaling van die vaccins is overwegend positief. Ik moedig u dus aan om niet te wachten, maar te ageren en ervoor te zorgen dat alle patiënten die terugbetaling kunnen genieten. Het gaat voor de patiënten om vrij substantiële bedragen. Voor de ziekteverzekering zijn het vooral bedragen in behandeling die uitgespaard kunnen worden. Het is dus een win-winsituatie.

01.08 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je voudrais souligner quelques points, même s'ils ont déjà été mentionnés.

Il est rare de se retrouver dans une telle situation: il y a l'évidence scientifique – ce virus provoque le cancer chez les femmes et chez les hommes – et une décision d'un tribunal disant qu'il s'agit d'une situation de discrimination. Nous avons donc maintenant tous les éléments pour avancer.

Vous dites espérer prendre une décision pour le mois de septembre. Cela reste un délai relativement raisonnable.

Vous précisez qu'il faut faire attention au coût. Mais comme Mme Depoorter vient de le dire, le coût de la prévention sera toujours inférieur au coût du traitement. On sait combien coûtent les traitements des cancers dans notre société. Il me semble qu'"il n'y a pas photo", et que c'est un investissement, et pas un coût, que nous devons faire collectivement.

Enfin, le public cible prioritaire, ce sont les femmes, mais ce cancer touche aussi les hommes. Je souhaiterais que nous avancions collectivement dans une réflexion sur le fait que la santé des femmes n'est pas que l'affaire des femmes. Bien sûr, vacciner les hommes a un bénéfice direct pour les hommes, mais aussi pour les femmes. Soyons tous solidaires de la santé des uns et des autres, et investissons collectivement dans cette protection tant des femmes que des hommes. C'est bon pour tout le monde, et c'est bon pour les finances de l'État. C'est prouvé scientifiquement. J'espère qu'en septembre, vous viendrez avec une bonne nouvelle, monsieur le ministre.

01.09 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous nous répondez en parlant de la procédure CRM, en disant que cela prendra plus de temps que prévu, etc. C'est le genre de propos que l'on entend en permanence pour de nombreux dossiers.

Tout cela pour nous dire que si une décision est prise en septembre, elle concernera seulement les garçons et les jeunes hommes, et que, pour ce qui concerne l'autorisation de remboursement pour la vaccination des jeunes filles jusqu'à 26 ans ainsi que pour certaines populations pour lesquelles elle est nécessaire, la firme n'a qu'à se bouger.

De quand date l'*evidence based*? Elle date déjà d'un certain nombre d'années. De plus, le Conseil Supérieur de la Santé a rendu un avis en juillet 2017. Depuis, cinq ans se sont écoulés. Il s'agit de faire un choix de stratégie en matière de santé publique et donc en matière de politique de santé publique. Il ne s'agit pas de renvoyer la balle aux autres, mais d'assumer vos propres responsabilités.

Je ne peux donc que vous suggérer fortement d'étendre, à l'occasion de la décision qui sera prise en septembre pour les garçons, le remboursement aux filles jusqu'à 26 ans ainsi qu'à certaines populations ciblées pour qui c'est absolument nécessaire. Toutes ces mesures sont validées sur le plan scientifique.

Quand on étend la vaccination jusqu'à 26 ans chez les filles, il n'est pas question d'un double vaccin. Il s'agit simplement d'un vaccin qu'elles n'ont pas reçu plus tôt et qu'elles reçoivent un peu plus tard. Il n'y a donc pas un seul euro en plus à donner. C'est juste un budget qui est décalé.

En matière de santé publique, nous avons tous intérêt à avoir une stratégie forte et claire. Cela doit notamment être le cas dans le cadre de ce dossier.

01.10 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, is het mogelijk om een antwoord te krijgen op mijn vraag betreffende de schorsing of kunt u daarover niks zeggen?

01.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, neen, ik kan het niet zeggen. Ik weet het niet, maar zelfs indien ik het te weten zou kunnen komen, zou ik dat toch niet gemakkelijk doen, omdat wij normaal niet uit de biecht klappen tijdens een lopende procedure. Ik kan het u dus niet zeggen.

De **voorzitter**: Zijn er leden die in de replieken het woord wensen?

01.12 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Ik hoop met de collega's dat er, zoals de minister zei, snel schot in de zaak komt. Ik dien graag een eenvoudige motie in, mijnheer de voorzitter.

Moties **Motions**

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Dominiek Sneppe en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Dominiek Sneppe

en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

- overwegende dat de arbeidsrechtbank van Brussel in haar uitspraak van 30 maart 2022 oordeelde dat de terugbetaling voor het HPV-vaccin discriminerend is voor jongens;

- gelet op het advies van de Hoge Gezondheidsraad;

- gelet op het advies van Kom op tegen Kanker;

vraagt de regering

de terugbetalingsvoorwaarden voor het HPV-vaccin aan te passen aan de antidiscriminatiewet en uit te breiden naar een maximumleeftijd van 26 jaar voor jongens en meisjes."

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Dominiek Sneppe et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Dominiek Sneppe

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

- considérant que le tribunal du travail de Bruxelles a estimé, dans son jugement du 30 mars 2022, que le remboursement du vaccin contre le HPV est discriminant pour les garçons;

- compte tenu de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé;

- compte tenu de l'avis de l'ASBL Kom op tegen Kanker;

demande au gouvernement

d'adapter les conditions de remboursement du vaccin contre le HPV à la loi visant à lutter contre les discriminations et de les étendre à un âge maximum de 26 ans pour les garçons et les filles."

Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Karin Jiroflée.

Une motion pure et simple a été déposée par Mme Karin Jiroflée.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

02 **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overgangsregeling in de Europese verordening 2019/6 betreffende diergeneesmiddelen" (55025645C)**

02 **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le régime transitoire prévu dans le règlement européen 2019/6 relatif aux médicaments vétérinaires" (55025645C)**

02.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, op 28 januari 2022 trad de Europese verordening 2019/6 betreffende geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik in werking. Zij handelt over nieuwe distributiekanaalen en verpakkingsmodaliteiten voor diergeneesmiddelen. Een van de artikelen

daarvan stelt dat diergeneesmiddelen die overeenkomstig richtlijn 2001/82/EG of verordening 726/2004 in de handel zijn gebracht, nog tot en met 29 januari 2027 op de markt mogen komen, ook als zij niet aan de nieuwe verordening voldoen.

De meeste vergunninghouders van diergeneeskundige specialiteiten in Europa interpreteerden dit artikel als een toelating om reeds eerder geregistreerde producten nog tot 2027 in de bestaande verpakkingen te verdelen. Eind 2021 werd er door Europa een *legal opinion* gegeven aan het betreffende artikel. Die stelt dat het niet gaat om de geregistreerde producten op zich, maar wel om de loten die op dit ogenblik van de producten in de handel werden gebracht.

Dat betekent eigenlijk dat farmaceutische firma's vanaf 28 januari 2022 geen nieuwe loten diergeneesmiddelen meer in de handel mogen brengen. Het gaat in totaal over meer dan 40.000 productverpakkingen die opnieuw moeten worden geregistreerd, wat uiteraard extra en tijdrovend werk betekent.

Weet u waarom Europa ervoor heeft geopteerd om niet de geregistreerde producten op zich maar wel de loten die op dit ogenblik van de producten in de handel gebracht werden onder de overgangsregeling te laten vallen? Hoe staat u tegenover de interpretatie die Europa hieraan heeft gegeven?

Werd er al nagedacht welke de concrete gevolgen kunnen zijn voor de terbeschikkingstelling van diergeneesmiddelen op de Belgische markt? Zijn er indicaties dat de regeling leidt tot een uitputting van de voorraden in ons land? Zult u de aangelegenheid op Europees niveau aankaarten?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Op 21 december 2021 werd vanuit de Europese Commissie een *legal opinion* gegeven met betrekking tot artikel 152, punt 2, van de verordening 2019/6 betreffende de diergeneesmiddelen, die niet overeenkwam met de interpretatie die tot dan door de lidstaten, door het EMA en door de farmaceutische industrie aan dat artikel 152, punt 2, werd gegeven.

Deze interpretatie van de Europese Commissie zou tot heel wat praktische problemen leiden bij het in voege treden van de verordening op 28 januari 2022 en zeker beschikbaarheidsproblemen van de diergeneesmiddelen tot gevolg hebben gehad. Daarom werd vanuit verschillende lidstaten aan de Europese Commissie gevraagd om de interpretatie van artikel 152, punt 2, te herzien of een oplossing te bieden voor de praktische problemen die daarmee gepaard gingen.

De Europese Commissie heeft op 2 maart 2022 dan ook een voorstel van verordening uitgebracht. Dat voorstel strekt ertoe om de vergunninghouders toe te laten om diergeneesmiddelen verder in de handel te brengen tot 29 januari 2027, ook al voldoen de verpakkingen van deze producten niet aan de verpakkingsvereisten zoals opgenomen in de verordening 2019/6, maar voor zover ze wel voor de inwerkingtreding van deze verordening voldeden aan de op dat ogenblik vigerende Europese regelgeving. Teneinde interpretatieproblemen te vermijden in afwachting van de goedkeuring en de publicatie, heeft de Europese Commissie daarover een communicatie op haar website gepubliceerd.

Aangezien het initiatief van de commissie en de communicatie daarover overeenstemt met de interpretatie die tot hertoe aan dat artikel 152, punt 2, werd gegeven door de verschillende lidstaten, het EMA en de industrie, steunt België ook de door de Europese Commissie voorgestelde oplossing. Ik verwacht dat daarmee ook alle problemen met betrekking tot de implementatie van dit artikel kunnen worden vermeden.

02.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het stelt mij gerust dat dit wordt opgevolgd. Dat is belangrijk. Wij moeten er vanuit België mee over waken dat er geen tekorten ontstaan. Bedankt dat u dit in het oog houdt.

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

03 **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan kinderverpleegkundigen" (55026358C)**

03 **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'infirmiers pédiatriques" (55026358C)**

03.01 Robby De Caluwé (Open Vld): In Vlaanderen kampen heel wat kinderafdelingen met een tekort aan kinderverpleegkundigen. Dat zijn verpleegkundigen met de bijzondere beroepstitel 'pediatrie en neonatologie'. Dat is in feite een gevolg van de afschaffing door Vlaanderen van de banaba-vervolgopleiding verpleegkunde in 2016. Vandaag bestaat er in Vlaanderen enkel nog een postgraduaat dat toegang geeft tot deze beroepstitel. Die hervorming leidt ertoe dat verpleegkundigen voor die vervolgopleiding een aantal duizenden euro's moeten investeren, terwijl de vergoeding voor de bijzondere beroepstitel bij de invoering van het IFIC verdwenen is.

De opleiding werd dus minder aantrekkelijk. Slechts twee hogescholen bieden het postgraduaat nog aan en daardoor krijgen ziekenhuizen het moeilijk om te voldoen aan het zorgprogramma pediatrie, dat bepaalt dat 75 % van de verpleegkundigen een beroepstitel 'pediatrie' moet hebben.

Door de afwezigheid van een beroepstitel is er ook geen verplichting meer op het vlak van permanente vorming. Naast het aanbod gaat dus ook de kwaliteit van de zorg achteruit doordat de kennis, knowhow en expertise dalen.

Zijn er in Vlaanderen ziekenhuizen die op dit moment niet meer voldoen aan de voorwaarden van het zorgprogramma pediatrie, omdat ze de 75 %-norm niet meer halen?

U trok 43 miljoen euro uit om te voorzien in een forfaitair bedrag voor gespecialiseerde verpleegkundigen. Zal dat bedrag er ook zijn voor verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel 'pediatrie en neonatologie'? Zal dat bedrag er ook zijn voor de verpleegkundigen die werken in de thuisverpleging?

In welke mate hypothekeert het tekort aan kinderverpleegkundigen het proefproject 'Thuiszorgkinderen' dat u wilt opzetten?

Zult u overleggen met Vlaams minister Weyts om te bekijken hoe vanuit het onderwijs de vervolgopleiding pediatrie aantrekkelijker kan worden gemaakt voor verpleegkundigen?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer De Caluwé, ik zal, om te beginnen, een open deur intrappen.

Verpleegkunde is al jaar en dag een knelpuntberoep, waardoor er op alle vlakken binnen het beroep een tekort is op de arbeidsmarkt. Vooral voor verpleegkundigen in de ouderenzorg blijft de vraag groot, maar ook voor pediatriesch verpleegkundigen zijn er vacante plaatsen, al dan niet seizoensgebonden.

Voor uw vraag of er in Vlaanderen ziekenhuizen zijn die niet meer voldoen aan de voorwaarden van het zorgprogramma pediatrie, moet ik u doorverwijzen naar de inspectierapporten voor de erkenningnormen, waarvoor de deelstaten bevoegd zijn. Op die vraag kan ik dus niet concreet antwoorden.

U stelde ook vragen over het complement dat ik wil geven aan gespecialiseerde verpleegkundigen. Een ontwerp van koninklijk besluit is in voorbereiding. Het wordt nu voorgelegd aan de administratieve en de begrotingscontrole.

De bedoeling is om de loontrekkende gespecialiseerde verpleegkundigen die de overstap hebben gemaakt of nog zullen kunnen maken naar IFIC, te valoriseren via een zogenaamd specialisatiecomplement, dat zou worden toegekend aan categorieën van verpleegkundigen met een erkenning voor een bijzondere beroepstitel of voor een bijzondere beroepsbekwaamheid die in een ziekenhuis werken. Daar komen de verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel 'pediatrie en neonatologie' ook voor in aanmerking.

Het is ook de bedoeling in een valorisatie te voorzien voor de gespecialiseerde loontrekkende verpleegkundigen in de thuisverpleging. Bij hen komen de loontrekkende thuisverpleegkundigen gespecialiseerd in diabetologie in aanmerking, zoals dat vroeger al het geval was in het systeem dat voorzorg in een premie voor een bijzondere beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid.

Het systeem voor de zelfstandige thuisverpleegkundigen is hetzelfde gebleven als vroeger. U weet dat zij vanzelfsprekend ook niet onder de toepassing van IFIC vallen. Zij zijn geen werknemers.

U vraagt of een en ander een hypotheek vormt voor het pilootproject 'Thuiszorgkinderen'. Dat pilootproject zit nu in de ontwikkelingsfase, waarbij wordt overlegd met het werkveld en het KCE om de krijtlijnen van de

mogelijke projecten uit te tekenen. Eens de oproep van het pilootproject wordt gelanceerd, zal pas kunnen blijken welke topics vanuit de ziekenhuizen naar voren komen en zal moeten worden nagegaan op welke manier de projecten concreet zullen worden ingevuld. Dat is voor mij wel belangrijk voor een pilootproject.

Uw laatste vraag ging over het overleg met minister Weyts. Ik vermeld eerst even een positief element. Uit het KCE-rapport 325A van 2019 bleek dat tussen 2009 en 2016 de kwalificatiemix van verpleegkundigen in de acute ziekenhuizen verbeterde. Op de dienst pediatrie steeg het percentage verpleegkundigen met en bachelor van 86 % naar 92 %. Verder ziet men voor het academiejaar 2021-2022 een grote instroom van studenten verpleegkunde. Daarnaast is er voortdurend afstemming tussen de federale en deelstatelijke overheid met betrekking tot de opleiding en akten die verpleegkundigen moeten volgen en kunnen uitvoeren.

03.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord. U kaart terecht aan dat een aantal verantwoordelijkheden bij de gemeenschappen ligt. Ik ben blij om te horen dat vanuit de federale regering het nodige wordt gedaan om aan die tekorten te proberen tegemoet te komen, via het specialisatiecomplement.

U gaf ook aan dat het pilootproject voor u belangrijk is. Ook daar ben ik uiteraard heel blij om, want ik vind dat ook heel belangrijk.

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

04 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De strategische geneesmiddelen en actieve bestanddelen" (55026388C)

04 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments et principes actifs stratégiques" (55026388C)

04.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, de coronacrisis en de oorlog in Oekraïne leren ons dat we voor een aantal basisbehoeften sterk, misschien zelfs te sterk, afhankelijk zijn van het buitenland.

Voor de gezondheidszorg werden we in het begin van de crisis geconfronteerd met aanvoerproblemen van mondmaskers, reagentia en bepaalde geneesmiddelen en voor geneesmiddelen en actieve bestanddelen zijn we sterk afhankelijk van China en India. Bij de totstandkoming van de regering werd die bekommernis in het regeerakkoord opgenomen. Het regeerakkoord stelt dan ook: "We bekijken hoe we de ontwikkeling en productie van strategische geneesmiddelen en actieve bestanddelen terug kunnen halen naar België en Europa om onze afhankelijkheid van derde landen te beperken."

Welke stappen zijn er al gezet op Belgisch en Europees niveau om de productie van actieve bestanddelen en geneesmiddelen terug te halen naar Europa? Vormt dit streven een onderdeel van het meerjarenplan dat zal worden gesloten met de farmaceutische sector? Is er al concrete vooruitgang geboekt?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer De Caluwé, zowel op Belgisch als op Europees niveau werd een analyse van strategische afhankelijkheden uitgevoerd. Op Europees niveau wordt dat opgevolgd door het directoraat-generaal SANTE, dat onder meer een studie over tekorten van geneesmiddelen liet uitvoeren en een gestructureerde dialoog voert met de stakeholders over de veiligstelling van de geneesmiddelenvoorziening.

Deze gestructureerde dialoog leverde al een reeks beleidsaanbevelingen op met betrekking tot de Europese farmaceutische strategie en de Europese strategie voor het industriebeleid. Verdere voorstellen van beleidsopties voor een flexibelere en veerkrachtigere farmaceutische toeleveringsketen in de Europese Unie worden nog verwacht.

U vroeg of dat streven deel uitmaakt van het meerjarenplan dat we zullen sluiten met de farmaceutische sector. Het antwoord is ja. Proactieve maatregelen om de beschikbaarheid van essentiële of kritieke geneesmiddelen te garanderen zullen deel uitmaken van dat plan. Een van de onderdelen is de opvolging van de voorraden van kritieke geneesmiddelen bij alle actoren in de distributieketen om mogelijke tekorten tijdig te kunnen opvangen. Ook het verzekeren van de economische leefbaarheid om essentiële oudere geneesmiddelen op de markt te kunnen houden, zal daarbij een aandachtspunt zijn.

Zijn er concrete resultaten geboekt? Op Europees vlak verwijst ik naar de oprichting van de Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) binnen de Europese Commissie. HERA werd opgericht om de nodige reactiecapaciteiten op te bouwen. Daarnaast neemt België deel aan de Important Projects of Common European Interest (IPCEI). Dat wil het marktfalen aanpakken en de vernieuwing en vergroening van technologieën en productieprocessen ondersteunen voor actieve farmaceutische ingrediënten, geneesmiddelen en farmaceutische producten.

04.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Aan de strategische voorraden, onder andere van die geneesmiddelen, is ook in de coronacommissie veel aandacht besteed. Daar is toen ook een aantal aanbevelingen rond geformuleerd. Ik ben blij dat daar ook iets mee gedaan wordt. Binnenkort is er een gedachtewisseling met u over die aanbevelingen. Het is belangrijk dat u daarmee aan de slag bent gegaan. Ik ben ervan overtuigd dat we dat verder op Europese schaal moeten aanpakken.

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

05 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ESMO-score bij de beoordeling van de therapeutische meerwaarde van een geneesmiddel door de CTG" (55026445C)

05 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le score ESMO dans l'appréciation de la plus-value thérapeutique d'un médicament par la CRM" (55026445C)

05.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, the European Society for Medical Oncology heeft de ESMO-score ontwikkeld, de Magnitude of Clinical Benefit Scale, met als doel de besluitvorming inzake de evaluatie van kankertherapieën en de toegang tot de betrokken geneesmiddelen te faciliteren.

De ESMO-score geeft een appreciatie over de omvang van de klinische meerwaarde van een kankergeneesmiddel. Hij houdt daarbij rekening met effectiviteit, langetermijnoverleving en bijwerkingen. Een A- of B-score of een 4- of 5-score betekent dat het kankergeneesmiddel een belangrijke meerwaarde betekent in de behandeling tegen kanker.

De CTG adviseert u voor de terugbetaling van een geneesmiddel op basis van een evaluatie van de therapeutische waarde van het geneesmiddel. Met andere woorden, zij onderzoekt in hoeverre een geneesmiddel een genezende werking heeft.

Mijnheer de minister, ik verneem graag van u in welke mate de CTG bij haar evaluatie van de therapeutische waarde van een kankergeneesmiddel rekening houdt met de ESMO-score. Heeft het zin dat de CTG nog een evaluatie van de therapeutische waarde van een kankergeneesmiddel uitvoert indien er een ESMO-score beschikbaar is?

Is het al gebeurd dat de CTG tot de conclusie kwam dat een kankergeneesmiddel geen of onvoldoende therapeutische meerwaarde had terwijl de ESMO-score A of B, ofwel 4 of 5, bedroeg? Zo ja, in welke mate kan de evaluatie van de therapeutische meerwaarde van een kankergeneesmiddel door de CTG dan nog ernstig genomen worden?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer De Caluwé, de ESMO-MCBS (European Society for Medical Oncology-Magnitude of Clinical Benefit Scale) is een onderdeel van de evaluaties. De schaal vergemakkelijkt een objectieve evaluatie van de omvang van het klinische voordeel van kankergeneesmiddelen, maar net als andere instrumenten heeft de ESMO-score ook zijn beperkingen. Het veronderstelt een geldige onderzoeksmethodologie en een goede implementatie.

Studies waarin een gebrekkig design of een gebrekkige implementatie en/of gegevensanalyse zijn verwerkt, kunnen leiden tot bevooroordeelde resultaten en conclusies die het werkelijke voordeel overdrijven. Dat ondermijnt de intentie van de ESMO-score om een representatieve score te geven en kan de integriteit ervan in gevaar brengen en zo een bias creëren.

Enkele belangrijke tekortkomingen van de ESMO-score zijn de volgende – ik zal niet exhaustief zijn in mijn

lijstje. De ESMO-score eist geen specifiek niveau van maturiteit van de gegevens. De ESMO-score evalueert de geldigheid van de controlearm niet en beschikt ook niet over een mechanisme om onderzoeken met een niet-standaard controlearm aan te duiden of te penaliseren. De ESMO-score wijst niet op studies waarin het overlevingsvoordeel mogelijk is overdreven op basis van een substandaard behandeling na tumorprogressie. De ESMO-score wijst niet op studies waarin gegevens over levenskwaliteit niet of nog niet zijn gepubliceerd. Dat zijn toch een aantal tekortkomingen.

U vroeg of de CTG nog een evaluatie van de therapeutische waarde moet uitvoeren indien er een ESMO-score is. Ik heb u net meegegeven dat de ESMO-score de geldigheid van de controlearm niet evalueert. De controlearm die in het klinisch onderzoek wordt gebruikt, kan dus ongeschikt of onvolledig zijn of niet in overeenstemming met de Belgische medische praktijk. Bovendien richt de ESMO-score zich op de specifieke indicaties die in de klinische studie worden geëvalueerd en wordt geen rekening gehouden met het geneesmiddel in het totale behandelingstraject van de patiënt. Dat wordt weerspiegeld in de richtlijnen, waaronder de ESMO-richtlijnen. De richtlijnen moeten ook worden geïnterpreteerd volgens de specifieke beschikbaarheid of vergoedingsvoorwaarden van het geneesmiddel in België. Ten slotte beoordeelt de ESMO-score het klinisch voordeel. Het gaat niet om de financiële waarde van het geneesmiddel, de budgettaire impact op de sociale zekerheid en de kosteneffectiviteit in vergelijking met de geschikte comparator. Dat is typisch of doorgaans deel van de opdrachten die aan de CTG worden gegeven.

U vraagt of het al gebeurd is dat de CTG tot de conclusie kwam dat een kankergeneesmiddel geen of onvoldoende therapeutische meerwaarde had, terwijl de ESMO-score A of B of 4 of 5 bedroeg. Zo'n situatie kan zich voordoen omwille van de eerdergenoemde redenen. Het is dus gebeurd dat er geen meerwaarde werd erkend bij een specialiteit met een geclaimde curatieve eigenschap omwille van extreem immature gegevens die leiden tot te belangrijke onzekerheden, geen kostenefficiëntie en/of een te hoge budgettaire impact. Andere gevallen kunnen het gevolg zijn van ongeschiktheid van de comparator die in de ESMO-score in aanmerking wordt genomen in vergelijking met de Belgische praktijk.

We kunnen dus besluiten dat het werk van de CTG essentieel blijft om de juiste interpretatie van de ESMO-score te garanderen. Om die problemen of dat voorbehoud te begrijpen, moet men echt wel een kritische beoordeling maken van de klinische studie. De ESMO-score ontslaat ons niet van de plicht om studies over kankergeneesmiddelen kritisch te bekijken. Het nut van de score ligt in de handen van de gebruiker. De tekortkomingen werden erkend door de ESMO-MCBS Working Group, die in een publicatie liet weten van plan te zijn om hier in de toekomst rekening mee te houden, met name bij nieuwe iteraties van de ESMO-MCBS-score.

05.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Dank u voor het heel duidelijke en volledige antwoord, mijnheer de minister. Het biedt mij voldoende inzicht in hoe die ESMO-score werkt en zich verhoudt tegenover de beoordeling door de CTG.

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

06 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "**Het (te) hoge geneesmiddelengebruik op oudere leeftijd**" (55026519C)
- **Robby De Caluwé** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "**Het geneesmiddelengebruik**" (55026746C)
- **Gitta Vanpeborgh** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "**Het overmatig en ongepast medicatiegebruik bij 75-plussers**" (55026846C)
- **Dominiek Snelpe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "**Polymedicatie bij 65-plussers**" (55027104C)

06 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "**La consommation (trop) importante de médicaments à un âge avancé**" (55026519C)
- **Robby De Caluwé** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "**La consommation de médicaments**" (55026746C)
- **Gitta Vanpeborgh** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "**La consommation excessive et non judicieuse de médicaments par les personnes de plus de 75 ans**" (55026846C)
- **Dominiek Snelpe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "**La**

polymédication chez les personnes de plus de 65 ans" (55027104C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het veelvuldige gebruik van medicijnen op oudere leeftijd werd al vaker aangekaart in deze commissie. Er is een aantal voorstellen geformuleerd om een afbouw van het medicijngebruik te faciliteren. Daarop wil ik met deze vraag terugkomen.

Het hoogste geneesmiddelengebruik doet zich voor bij patiënten boven de 75 jaar. Zeker in de laatste levensfase zien we een exponentiële toename van het aantal medicijnen. In het laatste jaar verdubbelt vaak het aantal medicijnen dat wordt voorgeschreven. In de studie van de Socialistische Mutualiteit, waarnaar de VRT verwees, is dan nog geen rekening gehouden met alle medicijnen, aangezien bepaalde pijnstillers ontbreken in de dataset.

Mijnheer de minister, wat zijn uw plannen om het medicatiegebruik bij ouderen te optimaliseren? Hebt u plannen voor een doordacht voorschrijven? Welke aanbevelingen of maatregelen hebt u in petto?

Zijn er maatregelen specifiek voor 75-plussers gepland? Zult u daartoe overleg tussen artsen en apothekers ondersteunen? Er liepen immers enkele pilootprojecten rond *medication review*, waarbij de huisapothekers samen met de huisartsen een afschaling van bepaalde medicijnen in een bepaalde levensfase hebben opgenomen. Bent u daarvan voorstander? Zult u een nieuw pilootproject organiseren of zult u een structureel voorstel formuleren? Zowel de huisarts als de huisapotheker hebben voldoende kennis om te evalueren welke geneesmiddelen men op welk moment kan afschalen.

06.02 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

Uit een studie van de socialistische mutualiteiten blijkt dat een kwart van alle geneesmiddelen afgeleverd aan hun leden wordt afgeleverd aan 75-plussers die slechts 8% van hun ledental uitmaakt.

We wisten al uit eerdere studies dat er bij ouderen een overconsumptie is van slaapmiddelen, antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra. Uit nieuw onderzoek van deze mutualiteit is gebleken dat er vaak ongepast geneesmiddelengebruik is, met name geneesmiddelengebruik dat nodeloos is. Zo stelde ze bij palliatieve patiënten vast dat één op drie patiënten nog cholesterolverlagers krijgt voorgeschreven. In de twaalfde maand voor het overlijden krijgt een 75-plusser 7 verschillende geneesmiddelen, in de laatste maand neemt dat toe tot 15 geneesmiddelen. Vaak gaat het om het verlengen van bestaande geneesmiddelenvoorschriften. In woonzorgcentra ziet de socialistische mutualiteit betere resultaten. Dat danken we wellicht aan de vele initiatieven die in het verleden zijn genomen.

Er is vastgesteld dat het medicatiegebruik van ouderen onvoldoende aan een regelmatige evaluatie wordt onderworpen en onvoldoende wordt aangepast aan de situatie van de patiënt op een bepaald moment in zijn leven. Deze mutualiteit vraagt dat artsen in de laatste levensfase zich meer zouden focussen op de wensen van de oudere en diens kwaliteit van leven.

Tenslotte vragen zij ook het overleg tussen apothekers en artsen te stimuleren waarbij de rol van de apotheker zou moeten worden versterkt. Hier ligt een rol weggelegd voor de federale minister van volksgezondheid, maar ook voor de Vlaamse Gemeenschap vanuit haar bevoegdheid voor preventieve gezondheidszorg.

- 1. U bent betrokken partij zowel vanuit het oogpunt van volksgezondheid als vanuit de bekommernis voor het budget van het RIZIV. Hoe reageert u op bovenstaande vaststellingen? Zal u overleg plegen met de deelstaten inzake preventie?*
- 2. Hoe kunnen we ervoor zorgen zodat de medicatieschema's van patiënten regelmatig worden geëvalueerd en aangepast aan de actuele noden van de oudere?*
- 3. Kan de zorgraad van de eerstelijnszones vanuit haar opdracht tot het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking het overleg tussen apothekers en artsen verder versterken met het oog op een gepast geneesmiddelengebruik voor thuiswonende ouderen? Zal u hiervoor overleg plegen met de deelstaten?*

06.03 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Ik wil nog wat uitleg toevoegen, maar ook niet te veel, want uiteindelijk komt het allemaal op hetzelfde neer en mevrouw Depoorter heeft er al veel over gezegd.

Ook mijn vraag is gebaseerd op die studie van de Socialistische Mutualiteit, waarin het overmatige en ongepaste geneesmiddelengebruik bij 75-plussers, met name tijdens hun laatste levensjaren, aan bod komt. Het gaat niet alleen om vergoedbare medicatie. We kunnen ons ook veel vragen stellen bij alle medicatie die

niet wordt vergoed en die ook niet aan bod komt in de studie.

Er staan een aantal merkwaardige vaststellingen in de studie, waarop ik niet zal terugkomen, tenzij op de laatste: bijna een op de twee 75-plussers heeft tijdens de laatste drie maanden voor hun overlijden minstens één soort medicatie afgeleverd gekregen die als ongepast kan worden beschouwd. Er wordt in dit verband onder meer verwezen naar bloeddrukverlagers bij alle patiënten, kankermedicatie bij palliatieve patiënten en tot slot cholesterolverlagers.

Er worden ook enkele aanbevelingen gedaan: inzetten op zinvol en evidencebased voorschrijfgedrag, op multidisciplinair medisch-farmaceutisch overleg, op het GGG-gesprek bij de apothekers, op gegevensdeling, op een tijdig gesprek met de patiënt en diens naasten en, tot slot, op *advanced care planning* en palliatieve zorg, met aandacht voor het geneesmiddelengebruik. Ik weet dat de regering hierop inzet. De bestrijding van de overconsumptie van geneesmiddelen maakt deel uit van het plan om de financiering van onze gezondheidszorg structureel te verbeteren.

Hebt u kennisgenomen van de studie? Welke aanbevelingen die ik zonet opsomde, neemt u op in uw beleid? Kunt u een stand van zaken geven van de acties die worden ondernomen om de overconsumptie van geneesmiddelen te bestrijden?

06.04 **Dominiek Sneppé** (VB): Mijnheer de minister, in maart vorig jaar stelde ik u reeds een vraag over polymedicatie bij ouderen. Toen antwoordde u dat uw administratie en de FOD Volksgezondheid op dat vlak een initiatief zouden nemen. Uit de cijfers van de gezondheidsenquête van Sciensano bleek toen al dat een kwart van de 65- tot 74-jarigen en ongeveer 40 % van de 75-plussers meer dan vijf geneesmiddelen per dag slikt. U schrok toen zelf ook van die cijfers.

Ik verwijs ook naar de studie van de Socialistische Mutualiteit, waaruit onder andere blijkt dat die cijfers verder stijgen. U had nochtans beloofd om dat probleem aan te pakken, maar blijkbaar heeft uw aanpak nog niet veel effect of bent u er nog niet mee gestart. Dat is niet alleen problematisch voor de patiënt, die vaak onnodige geneesmiddelen slikt, maar zorgt ook voor hogere kosten voor onze gezondheidszorg.

Wat werd in het afgelopen jaar, dus sinds mijn vorige vraag, ondernomen om de polymedicatie bij ouderen aan te pakken? Welke maatregelen zullen nog worden uitgerold? Wat is de tijdlijn daarvan? Is daarover overleg tussen uw administratie en de apothekers en huisartsen? Ten slotte, bent u daarover ook in dialoog gegaan met de deelstaten?

06.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, een goed gebruik van geneesmiddelen is een voortdurend aandachtspunt.

Mevrouw Vanpeborgh, ik ken inderdaad die studie en ik verwelkom die ook. Dat komt ook terug als beleidslijn. Ik geef twee essentiële elementen. De optimalisatie van het geneesmiddelengebruik is een van de gezondheidsdoelstellingen die is opgenomen in de langetermijndoelstellingen vastgelegd bij het budget van de ziekteverzekering voor de periode 2022-2024. In het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen is een engagement van de voorschrijvers opgenomen met betrekking tot het oordeelkundige gebruik van geneesmiddelen. We moeten dat natuurlijk ook concreet maken.

Om die optimalisatie van het geneesmiddelengebruik te concretiseren, heeft de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen de volgende prioritaire initiatieven bepaald: *medication review*; goed gebruik geneesmiddelen (GGG)/polymedicatie en goed gebruik geneesmiddelen/therapietrouw. Die projecten zijn nog in een uitwerkingsfase. Het is de bedoeling om ze dit jaar op punt te stellen.

Er bestaan al langer begeleidende gesprekken door de apotheker bij de opstart van astmamedicatie en ter bevordering van terapietrouw in het pretraject diabetes. Ook bij het medisch-farmaceutisch overleg, dat als doel heeft multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en apothekers te bevorderen door vergaderingen en kwaliteitsbevorderende programma's financieel te steunen, zijn het rationeel voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen en het veilige gebruik ervan centrale doelstellingen.

De gesprekken op het niveau van het RIZIV tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen om deze projecten concreet vorm te geven, zijn vorige week opgestart. Ik heb begrepen dat men dat tegen ten laatste begin volgend jaar concreet wil hebben. Het glas is dus halfvol of halfleeg. De concretiseringsprojecten en het overleg daarover lopen, maar we zullen nog even moeten wachten op de concrete afronding.

Hetzelfde geldt voor een ander initiatief waarover mevrouw Depoorter al sprak in de commissie, met name een ontwenningprogramma voor benzodiazepinegebruik op basis van magistrale bereidingen. Ik vind dat, in alle eerlijkheid, geen evident voorstel, maar ik vind het wel de moeite het om te onderzoeken. Als een dergelijk programma opgezet wordt, moet men het namelijk wel goed afstemmen met de activiteiten van BelPEP (Belgian Psychotropics Expert Platform) in de schoot van onze FOD. Het RIZIV is daarover op dit moment in overleg met BelPEP en de betrokken beroepsgroepen. Mijn medewerkers volgen dat van nabij op.

De reden waarom het niet zomaar vanzelfsprekend is, mevrouw Depoorter, is omdat men op deze manier iets terugbetaalt door de magistrale bereiding wat vandaag niet in de terugbetaling inbegrepen is. Dat is echter geen reden om het niet te doen. Ik bedoel enkel dat men bij het RIZIV zegt dat dat niet gemakkelijk is. We onderzoeken het dus en overleggen erover.

Daarnaast zijn we de functie van huisapotheker aan het evalueren. Ik vond dat een zeer zinvolle hervorming van de vorige legislatuur. De huisapotheker volgt, zoals u weet, de chronische patiënt op, begeleidt hem bij zijn medicamenteuze behandeling en stelt het medicatieschema op. Hij stelt het schema ook ter beschikking van andere zorgverleners die een therapeutische relatie met de patiënt hebben. Dat is volgens mij allemaal belangrijk, maar goed, we moeten het evalueren.

Het Observatorium voor chronische ziekten heeft al een eerste evaluatie van de prestaties van de huisapotheker uitgevoerd. De komende maanden zal er nog een evaluatie gebeuren door het Observatorium voor chronische ziekten en het OCA.

Ik hoop dus echt in de loop van dit jaar concretisering te krijgen van de verschillende projecten, zodat we de vragen die hier gesteld worden, kunnen beantwoorden. Ik vind het zelf ook belangrijk en hoop dus dat we op het einde van het jaar over een mooie portefeuille aan initiatieven en projecten beschikken.

06.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het glas is niet halfvol, maar er zitten wel een paar druppeltjes goede intenties in. Dat is al iets.

De *medication review* en het goed gebruik van geneesmiddelen en medicatie- en therapietrouw zijn goede pistes. Alstublieft, onderzoek ze en voer ze uit. Ik hoop dat ze tegen het einde van het jaar of tegen begin volgend jaar operationeel kunnen zijn.

Ik ben het oneens met uw uitspraak over de ontwenning van psychofarmaca, zeker bij oudere mensen. U zegt dat het eigenaardig zou zijn om de afbouw ervan terug te betalen als ze zelf niet terugbetaald worden. Nochtans zou u daar een ontzettend grote gezondheidswinst kunnen behalen. Dat geldt trouwens ook voor valpreventie. Het is evidencebased, het is een van de prioriteiten van de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) die naar voren zijn geschoven binnen de RIZIV-conventies. Ik pleit er dus voor om het te onderzoeken, want het is noodzakelijk voor onze oudere bevolking en voor de gezondheidswinst die we er met zekerheid kunnen uithalen.

06.07 Minister Frank Vandenbroucke: Ik spreek u niet tegen. Het is juist wat u zegt. Alleen heb ik u de reden gegeven waarom het niet zomaar met een vingerknip beslist is. We zijn het in elk geval aan het bekijken.

06.08 Kathleen Depoorter (N-VA): In de apotheken is men dat gewoon. Er zijn bijvoorbeeld de methadonprogramma's, al zijn die natuurlijk van een heel andere orde. We weten dat die werken en budgettair haalbaar zijn.

06.09 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, door eerdere studies wisten we al dat er bij ouderen een overconsumptie is van slaappillen, antidepressiva en antipsychotica, ook in de woon-zorgcentra. Bovendien is gebleken dat er vaak een ongepast en nodeloos geneesmiddelengebruik is. Vaak gaat het dan om de verlenging van bestaande geneesmiddelenvoorschriften.

De Socialistische Mutualiteit heeft in de woon-zorgcentra gezien dat men daar betere resultaten kan boeken. Wellicht is dat te danken aan de vele initiatieven uit het verleden. Met de juiste initiatieven kan men dus het geneesmiddelengebruik effectief doen afnemen, zeker als het medicatiegebruik van ouderen aan een

regelmatige evaluatie onderworpen wordt en aangepast aan de situatie van de patiënt op een bepaald moment in diens leven. Artsen zouden zich dan ook in die laatste levensfase meer moeten focussen op de wensen van de ouderen en op hun levenskwaliteit.

06.10 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik ben, nadat ik de studie las, ervan overtuigd dat overmatig en ongepast medicatiegebruik geen win-winsituatie, maar een lose-losesituatie is, zowel voor de patiënten, aan wie dat geen meerwaarde geeft, als voor onze gezondheidszorg. Het kost immers alleen maar meer geld.

Voor mij is het glas wel halfvol. Dat zal echter mijn natuur zijn. Ik heb genoteerd dat het goed is dat de concretiseringsprojecten zijn opgestart. Het blijft nog wel wachten op de resultaten, maar ik hoop echt dat ze positief zullen zijn. Dat is ook nodig. Ik ben ook absoluut een fan van het evalueren van de huisapothekers. Zij kunnen inderdaad een erg belangrijke rol spelen. Hoe langer hoe meer ik met gezondheidszorg bezig ben, hoe langer hoe meer ik ervan overtuigd ben dat zij een heel belangrijke rol kunnen spelen in de eerstelijnszorg.

Ik dank u voor de antwoorden en kijk zeker uit naar de resultaten van de concretiseringsprojecten.

06.11 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. In de *Artsenkrant* las ik ook dat zowat 30 % van de hospitalisaties bij ouderen te wijten zijn aan ongepast gebruik van geneesmiddelen, vaak door te vallen, omdat zij bedwelmd zijn en weinig controle hebben over hun ledematen. 50 % van die hospitalisaties zou zelfs kunnen worden vermeden.

Mevrouw Vanpeborgh, voor u was het glas halfvol. Dat kan natuurlijk aan uw aard liggen. Ik ben daarvan overtuigd. Het zal evenwel ook aan uw politieke kleur liggen dat het glas niet halfleeg is.

Mijnheer de minister, ik hoop inderdaad dat u ter zake een tandje bijzet. Onze ouderen verdienen het immers om op hun oude dag goed te worden verzorgd en om niet de speelbal van de farmasector of van enige ideologie of praktijken te zijn.

De huisarts is ter zake zeker de eerste die daaraan iets kan doen, door regelmatig de geneesmiddelenlijst op te vragen en te overlopen en de geneesmiddelen op de lijst in vraag te stellen. Hij of zij kent zijn of haar patiënten natuurlijk ook het best. Wanneer bijvoorbeeld de patiënt na verloop van tijd toe- of afneemt in gewicht, is dat een van de factoren waardoor geneesmiddelen kunnen worden af- of opgebouwd. Ook bij ontslag uit het ziekenhuis moet rekening worden gehouden met het feit dat er meestal geneesmiddelen bijkomen in plaats van dat er wegvallen. Ook op dat vlak is nog heel wat werk aan de winkel, met name op het vlak van de communicatie tussen de specialisten in het ziekenhuis en de huisarts, zodat alles goed kan worden besproken en op één lijn zit.

In mijn inleiding gaf ik al aan dat het niet alleen veel beter is voor onze ouderen dat zij minder pillen moeten slikken – elke pil of elke combinatie van pillen heeft immers bijwerkingen –, het is ook beter voor onze ziekteverzekering.

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

07 **Samengevoegde vragen van**

- **Daniel Bacquellaine** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang tot antivirale behandelingen" (55026527C)
- **Kathleen Depoorter** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidpandemie" (55026943C)
- **Sofie Merckx** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Paxlovid verkrijgbaar in de apotheek" (55027149C)
- **Kathleen Depoorter** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het doelgroepbeleid voor Paxlovid" (55027156C)
- **Daniel Bacquellaine** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven van antivirale behandelingen" (55027180C)
- **Catherine Fonck** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onlinestudie over molnupiravir en de covidbehandeling van mensen met een verzwakte immuniteit" (55027198C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven en terugbetalen van het geneesmiddel Paxlovid tegen COVID-19" (55027301C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Evusheld voor de preventie van COVID-19 bij patiënten met een sterk verzwakt immuunsysteem" (55027302C)

07 Questions jointes de

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès aux traitements antiviraux" (55026527C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pandémie de Covid-19" (55026943C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Paxlovid disponible en pharmacie" (55027149C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique des groupes cibles pour le Paxlovid" (55027156C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription des traitements antiviraux" (55027180C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude en ligne sur le molnupiravir et le traitement du Covid-19 des immunodéprimés" (55027198C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription et le remboursement du Paxlovid, un médicament contre le Covid-19" (55027301C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prévention du covid chez les patients immunodéprimés sévères grâce à l'Evusheld" (55027302C)

De **voorzitter**: Collega Bacquelaine is niet aanwezig, zijn vragen vervallen dus.

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijn eerste vraag dateert al van een tijd geleden en ging over de covidpandemie en de paasvakantie. Daar hoeft niet meer op geantwoord te worden. Voor mijn tweede vraag verwijs ik naar schriftelijk neerslag ervan.

Op 22 april bericht het Nieuwsblad dat artsen vanaf nu Paxlovid kunnen voorschrijven. Met dit medicijn kunnen ziekenhuisopnames worden voorkomen na een covid-besmetting. De aankoop van dit medicijn – geproduceerd door Pfizer – kwam al enkele malen aan bod in de commissie volksgezondheid. Het blijkt dat er 10.000 dosissen werden aangekocht maar voor wie het medicijn in feite bedoeld is wordt nogal eng gedefinieerd. De wereldgezondheidsorganisatie (WHO) meent dat Paxlovid ook voor patiënten die besmet zijn en die een hoog risico op hospitalisatie hebben kan worden ingezet. Ze worden bijgetreden door prof. Johan Neyts: hij stelt voor om toch na te gaan of voor deze personen geen opening gemaakt kan worden. Een mogelijke doelgroep zou bestaan uit patiënten die verzwakt zijn tijdens hun behandeling tegen kanker. Studies wijzen immers uit dat deze groep gebaat zou zijn met Paxlovid omdat hun algemene immuniteit verzwakt is.

Mijn vragen voor de minister:

1. Graag vernam ik van de minister hoeveel patiënten op dit moment met de huidige aankoop geholpen zullen worden?
2. Bestaat de mogelijkheid om bijkomende dosissen Paxlovid aan te kopen? Zo ja, onder welke voorwaarden? Werd hiervoor een budget voorzien?
3. Hoe verantwoordt de minister dat er afgeweken wordt van het advies van de WHO om de mogelijke doelgroep van Paxlovid uit te breiden?
4. Overweegt de minister de doelgroep voor Paxlovid uit te breiden naar kankerpatiënten? Zo nee, waarom niet?

07.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, Paxlovid is door de WHO uitgeroepen als het beste middel tegen covid. Zij raden dat aan voor ongevaccineerde ouderen of patiënten met een verzwakt immuunsysteem. Het zou binnen de drie tot vijf dagen na de eerste symptomen moeten worden toegediend, na het uitvoeren van een test. Dat vraagt om een goede logistiek en een performant systeem.

Over de prijs is er niet zoveel transparantie, maar in *De Standaard* lezen we dat wij in België 600 euro per dosis betalen. In de Verenigde Staten zou dit 490 euro zijn.

Er is ook discussie over hoe Paxlovid over heel de wereld kan worden verspreid en niet alleen naar België gaat. Mijn vraag is of de ongelijkheid die we bij de vaccins zagen zich ook bij de pillen zal herhalen.

Artsen Zonder Grenzen berichtte dat de eerste voorraden door 22 westerse landen worden opgekocht. Een aantal dosissen werd via de *patent pool* beschikbaar gemaakt, maar dat gaat om een klein aantal dosissen voor weinig landen. De eerste generische vormen zouden pas in 2023 op de markt komen. Artsen Zonder Grenzen vraagt daarom, wat wij ook al vanaf het begin vragen, dat een TRIPS-waiver zou worden toegepast, niet alleen op de vaccins, maar ook op de pillen tegen covid.

In België is het voorlopig vrij omslachtig om Paxlovid toe te dienen: alleen aan immuungedeprimeerde personen die ambulatoir zijn en alleen voorgeschreven door een specialist. Dat geeft heel wat problemen op het terrein voor het goed inzetten van de pillen.

Waarom worden de WHO-criteria niet toegepast in België? Hoe zit het met het testsysteem in België? Is dat performant? Hoe zit het met de prijs in België? Is die 600 euro per dosis correct? Waarom werd die prijs afgesproken? Zal België inspanningen leveren om ervoor te zorgen dat men niet alleen in België toegang heeft tot Paxlovid, maar dat dit wereldwijd beschikbaar wordt?

07.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, j'aborderai trois volets: le volet thérapeutique, le volet préventif et un volet sur une étude qui m'interpelle.

Sur le volet curatif, nous disposons des données de l'Organisation mondiale de la Santé. Une importante publication dans le *British Medical Journal* du 22 avril a mené à une révision des recommandations. La recommandation principale concerne le Paxlovid, médicament limité en Belgique aux patients immunodéprimés sévères, chez qui il est remboursé depuis le 15 avril 2022. C'est pourtant, *evidence-based*, le meilleur choix, aujourd'hui, en matière de traitement précoce, mais pas seulement chez les immunodéprimés sévères mais, en fait, pour toutes les personnes à haut risque de maladie grave, y compris les patients âgés et les patients atteints de comorbidités.

C'est donc un axe majeur en termes d'approche de la pandémie aujourd'hui. Ce n'est bien sûr pas le seul, mais c'est un axe majeur. Ma question est très claire là-dessus: n'est-il pas crucial et logique d'élargir l'indication aux patients âgés avec comorbidités, et de ne pas le réserver uniquement aux immunodéprimés sévères?

Toujours sur le volet thérapeutique, il y a l'enjeu de l'accessibilité rapide à ce traitement. Pour obtenir une réduction de 89 % des hospitalisations et de la mortalité pour les personnes à risque qui sont touchées par un covid, il faut pouvoir l'administrer le plus vite possible, dans un délai le plus court possible après les symptômes. D'ailleurs, la réduction de mortalité a uniquement été mise en évidence dans une étude où le délai était de maximum cinq jours après l'apparition des symptômes.

Aujourd'hui, en Belgique, c'est le spécialiste qui doit prescrire ce médicament. Mais le texte légal ne prévoit pas que les officines hospitalières puissent en disposer. Comment cela se passe-t-il? Pour un patient qui est à l'extérieur de l'hôpital, le médecin généraliste ne peut pas le prescrire. Il passe donc par le médecin spécialiste. Ensuite, le patient doit aller chercher le médicament auprès d'une officine classique. La réalité, c'est que l'information sur les procédures n'a pas été transmise de manière correcte aux officines classiques. Le patient se retrouve donc démuni.

Il y a un deuxième problème pour des patients concernés qui viennent à l'hôpital pour de nombreuses raisons. Un patient se présente, par exemple, parce qu'il a des symptômes. Il voit là un spécialiste, qui peut donc prescrire le médicament, mais la pharmacie hospitalière n'en a pas à disposition. Ils peuvent alors commander le Paxlovid via Medista, mais pour ce faire, il faut l'accord préalable de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), alors que c'est le médecin spécialiste qui le prescrit. Pour obtenir cet accord auprès de l'AFMPS, il faut envoyer un courrier à la pharmacie, qui doit envoyer un email à l'AFMPS. Lorsque, enfin, la pharmacie a obtenu l'accord, elle peut commander le médicament à Medista.

Quel temps perdu, alors que la clé est de tester, et en cas de résultat positif, traiter. La procédure existante n'est pas adaptée au terrain et à la réalité des patients et des soignants. Elle constitue un frein majeur qui ralentit tout le processus, alors que la clé est de lever les freins administratifs et permettre une procédure rapide pour faire bénéficier les patients à risques de la pleine efficacité du médicament via un traitement par le Paxlovid.

Le second volet de mon intervention concerne l'Evusheld, en traitement préventif. Cette prévention peut être

administrée chez les patients immunodéprimés sévères. Elle les protège pendant un certain temps. L'Evusheld n'est toujours pas disponible en Belgique. La date annoncée était le mois de mai, mais selon mes dernières vérifications, il n'est pas encore disponible. Quand l'Evusheld sera-t-il enfin disponible en Belgique pour la prévention du covid-19 chez les patients immunodéprimés sévères? En France, il est disponible depuis fin décembre 2021. Face à une crise sanitaire exposant les patients à risque et immunodéprimés, pour lesquels le vaccin s'avère moins efficace que pour le reste de la population, la non-disponibilité de ce traitement signifie que l'on ne peut pas les protéger correctement.

Le troisième volet que je veux aborder aujourd'hui concerne le Molnupiravir, pour lequel j'espère obtenir des réponses précises car pas mal d'interrogations sont interpellantes.

Une étude clinique est disponible en accès libre sur le site de la Task Force-KCE médicaments anti-viraux (« participer à l'étude clinique DAWN-antiviral »). Cette étude renvoie à une étude initialement prévue avec le Camostat, mais maintenant testerait le Molnupiravir.

Le Molnupiravir (Lagevrio) est cependant moins efficace que les autres antiviraux disponibles (Paxlovid per os, Remdesivir iv) pour protéger les patients avec comorbidités (en particulier les plus âgés) qui restent à risque d'hospitalisation voire de décès après infection par le variant Omicron BA.2. Il n'est par ailleurs pas approuvé par l'EMA, alors que la Belgique s'est toujours targuée d'attendre l'approbation formelle de l'EMA pour donner accès aux vaccins et traitements.

Pourquoi la Belgique a-t-elle commandé du Molnupiravir pas validé par l'EMA? Sur quelle base le justifiez-vous?

Trouvez-vous cette communication en ligne aux médecins (et patients, le site est en accès libre) sur l'étude Molnupiravir adéquate?

Cet essai Molnupiravir a-t-il fait l'objet d'un nouvel avis d'un comité d'éthique compte tenu des autres traitements disponibles et de la situation épidémiologique actuelle (dominance du variant BA.2)?

Le formulaire de consentement éclairé fournit-il les informations les plus récentes sur le Molnupiravir (efficacité réduite par rapport aux autres traitements disponibles (Paxlovid et Remdesivir), absence d'autorisation par l'EMA après 4 mois d'évaluation, sans compter l'annulation des commandes du gouvernement français)?

07.04 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, ik geef eerst de meest recente cijfers inzake de federale stock. Wat de monoklonale antilichamen betreft, hadden we 19.072 verpakkingen van Xevudy, geteld op 9 mei. Van de antivirale middelen van Veklury hadden we 3.063 verpakkingen op 9 mei. Van Lagevrio of molnupiravir hadden we 10.941 verpakkingen op 9 mei en van Paxlovid hadden wij 2.450 verpakkingen op dezelfde dag.

Ik ga eerst in op de specifieke vragen over de antivirale middelen en kom dan terug op Evusheld. Ik zal ze allemaal even aanraken.

Le remdesivir ou Veklury semble être efficace pour éviter l'hospitalisation s'il est administré précocement. Cependant, ce traitement implique l'administration d'un minimum de trois perfusions intraveineuses avec un jour d'intervalle entre chacune d'entre elles, ce qui rend son administration difficilement réalisable chez un patient covid-19 ambulatoire. Son utilisation pour le traitement des patients atteints du covid-19 doit être limitée aux exceptions décrites dans les directives de traitement.

Lagevrio ou molnupiravir n'a, quant à lui, pas encore reçu l'approbation de l'EMA mais une procédure a été élaborée pour une utilisation précoce en Belgique dans le cadre de foyers épidémiques au sein de maisons de repos et de soins ainsi que pour une utilisation dans le cadre d'un essai clinique en cours avec des médecins généralistes afin de recueillir des preuves supplémentaires. J'y reviendrai à la fin de ma réponse avec plus de détails, notamment sur cette question de l'étude clinique.

Ensuite, plusieurs questions concernaient Paxlovid. Quelle est la population cible? Bien que Paxlovid semble avoir des résultats prometteurs au sein d'une population à risque de développer une forme sévère de covid-19, notre task force Therapeutics a tenu à prendre en compte les différentes incertitudes concernant son efficacité lors de la rédaction de son avis, notamment le fait que ce médicament ait été testé

au sein d'une population non vaccinée relativement jeune et qu'il n'existe actuellement aucune donnée clinique permettant de confirmer son efficacité contre le variant omicron.

Par ailleurs, des incertitudes concernant la sécurité et le bon usage du médicament, en particulier au sein d'une population âgée et/ou polymédicamentée, ont également été prises en compte lors de la rédaction de l'avis. En plus du nirmatrelvir, le Paxlovid contient également du ritonavir, un inhibiteur de la protéase pouvant provoquer de graves interactions avec d'autres médicaments, même à faible dose.

Des incertitudes quant à l'efficacité du Paxlovid en tant que traitement curatif et quant à sa sécurité au sein d'un contexte réel subsistent. Les résultats de l'étude clinique Panoramic en cours au Royaume-Uni devraient permettre aux membres de la *task force* de bénéficier de données quant à l'efficacité, la sécurité et l'utilisation du Paxlovid en tant que traitement curatif au sein d'un contexte réel ainsi que d'une population largement vaccinée. Il est en effet important, pour les membres de la *task force*, de disposer de données concrètes pour ces différents variables lors de la définition de la population éligible au traitement ainsi que des volumes commandés.

Afin de définir la population éligible aux différents traitements, la *task force* prend en considération la situation épidémiologique actuelle. La *task force* COVID Therapeutics (TF-COVID-Tx) recommande de réserver l'utilisation du Paxlovid aux personnes sévèrement immunodéprimées étant à haut risque d'hospitalisation et de formes graves de covid-19.

Pour en savoir plus sur les motivations scientifiques et sur la position de la *task force*, nous vous invitons à consulter l'avis émis à ce sujet sur le site du KCE. L'achat actuel de Paxlovid devrait permettre de traiter 10 000 patients estimés gravement immunodéprimés. L'OMS a récemment recommandé l'utilisation de Paxlovid auprès de toutes les personnes à haut risque de développer une forme grave de covid-19 sans définition plus précise de ce groupe et sans que de nouvelles données scientifiques ne soient disponibles.

Après discussion entre la *task force* et l'OMS, il apparaît que cette recommandation de portée globale a été élaborée par l'OMS pour tenir compte de l'environnement sanitaire des régions du monde, où la couverture vaccinale est basse et où les soins hospitaliers de qualité sont moins accessibles.

C'est l'explication de ces différences.

La *task force* COVID Therapeutics (TF-COVID-Tx) a dans un premier temps limité l'utilisation de ce traitement aux patients gravement immunodéprimés en ambulatoire. Lors de sa réunion du 29 avril, la TF-COVID-Tx a également approuvé l'utilisation précoce de nirmatrelvir-ritonavir également chez des patients sévèrement immunodéprimés ayant contracté le covid lors d'une hospitalisation, c'est-à-dire ayant contracté le covid au sein de l'hôpital alors qu'ils étaient hospitalisé pour une autre raison.

Cependant, cette utilisation est impossible pour les patients souffrant d'une infection covid rapidement identifiée après l'apparition des premiers symptômes, au cours des cinq premiers jours et pour lesquels l'utilisation d'oxygène supplémentaire n'est pas nécessaire. Les recommandations de la TF-COVID-Tx seront adaptées dans les plus brefs délais à cette nouvelle vision des choses.

Les avis émis par la *task force* étant principalement fondée par les avis d'experts et sur les données cliniques connues des membres au moment de l'émission des avis, ces derniers sont susceptibles d'être revus. Par conséquent, la *task force* discutera de la révision et de l'allègement de la population éligible au traitement par Paxlovid ainsi que du nombre de traitements commandés une fois que des données quant à l'efficacité et à la sécurité du traitement au sein d'un contexte réel seront disponibles.

Il est à noter qu'en cas d'un nouvel avis de la *task force* recommandant l'achat de doses supplémentaires du traitement, il sera tout à fait possible pour la Belgique de recevoir les traitements à court terme, la faisabilité logistique de cette option ayant été confirmée par Pfizer.

Mevrouw Fonck, de taskforce is zich wel bewust van de logistieke uitdaging, gezien het zeer korte tijdsbestek waarbinnen de behandeling met Paxlovid aan de patiënt moet worden toegediend. De taskforce heeft een systeem opgezet dat een snelle en efficiënte behandeling wil mogelijk maken en een standaardwijze opgesteld voor een adequaat voorschrijf- en distributiesysteem van Paxlovid. De taskforce zal het huidige leveringssysteem zeer nauwgezet evalueren. Als het niet doeltreffend is, zullen er aanpassingen worden doorgevoerd.

De communicatie met de voorschrijvers over de distributie van de nieuw beschikbare behandelingen verliep via verschillende kanalen. In de eerste plaats is er een elektronische brief rondgestuurd aan de verschillende verenigingen van medische specialisten die Paxlovid kunnen voorschrijven, via dewelke aangekondigd is dat er een publicatie komt over de standaardwerkwijze. Ten tweede heeft de taskforce een webinar georganiseerd over de verschillende beschikbare behandelingen voor ernstig immuungecompromitteerde patiënten om de voorschrijvers te informeren over de beschikbare klinische gegevens en de procedures voor de verstrekking van de verschillende behandelingen. De webinar maakte het ook mogelijk de betrokken specialisten de lijst mee te delen van de patiënten die in aanmerking komen voor een behandeling met Evusheld en een indicatieve datum wanneer die beschikbaar zal zijn, zodat ze al een lijst kunnen opstellen van patiënten voor wie zij die preventieve behandeling aanbevelen. Daarnaast zal op de KCE-website een FAQ gepubliceerd worden om vragen van voorschrijvende artsen te beantwoorden. Ten slotte worden de richtlijnen voor huisartsen en specialisten regelmatig aangepast om te zorgen voor een vlotte verspreiding van informatie over nieuwe behandelingen.

De taskforce is samengesteld uit zowel specialisten als huisartsen. De aanwezigheid van de specialisten garandeert dat er rekening wordt gehouden met de mening van klinisch artsen.

Als we besluiten om extra behandelingen met Paxlovid aan te kopen, kunnen we dat doen na een evidente analyse en een advies van de taskforce. Dan zullen we de budgettaire gevolgen daarvan opnieuw bekijken in het kader van de coronaprovisie.

Daarnaast is de toegankelijkheid wereldwijd bijzonder belangrijk. Wij stellen alles in het werk om in nauwe samenwerking met de Europese Commissie vaccins te schenken en zo bij te dragen aan een duurzaam en rechtvaardig mondiaal pandemiebeleid.

S'agissant du produit Evusheld, 10 000 doses de la combinaison d'anticorps monoclonaux Evusheld (tixagevimab/cilgavimab) ont été commandées par le gouvernement. Elles seront utilisées à titre prophylactique auprès des patients immunodéprimés ne répondant pas suffisamment au schéma vaccinal recommandé pour ces patients. Ce traitement prophylactique devrait être possible en Belgique à la fin du mois de mai, en tout cas d'après les informations que l'on me donne aujourd'hui, madame Fonck.

Un système de distribution adapté est en cours d'analyse par la taskforce COVID Therapeutics. Cette analyse est menée en étroite collaboration avec l'AFMPS, le SFP Santé publique ainsi que les différentes associations professionnelles. Ils travaillent en étroite collaboration afin d'analyser les différentes possibilités concernant la mise en place d'un système de distribution adéquat tant aux spécificités d'Evusheld qu'à celles de la Belgique.

Enfin, pour ce qui est de l'étude en ligne sur le Lagevrio (molnupiravir), le Lagevrio était le premier antiviral oral qui pouvait être commandé et livré. Les premiers résultats intermédiaires étaient en effet plus prometteurs que ceux de la deuxième étude de phase 3; c'est la raison pour laquelle l'utilisation a été limitée aux études cliniques ou aux foyers épidémiques au sein des maisons de repos. La distribution du Lagevrio au sein de ces essais cliniques est d'ores et déjà possible. Une campagne de communication visant à sensibiliser les médecins généralistes et les patients au sujet de ces essais cliniques a été mise en place. L'utilisation du Lagevrio au sein d'essais cliniques est essentielle afin de mieux documenter son efficacité chez les patients vaccinés.

Rien n'indique que la non-approbation du Lagevrio par l'EMA est due à des problèmes de sécurité. L'étude clinique et le contenu du site internet ont été approuvés par le comité d'éthique. Les patients qui envisagent de participer à l'essai sont informés du statut réglementaire des médicaments à l'étude et de la nécessité d'étudier davantage leur efficacité. Notez également que la participation à l'étude clinique n'exclut pas que les patients à haut risque soient traités avec du Paxlovid si cela est approprié, ou par tout autre traitement contre le covid-19. Alors que l'utilisation du Paxlovid est limitée en raison des interactions médicamenteuses, les effets à long terme de l'utilisation du Lagevrio, un mutagène, ne sont pas encore connus. Les deux médicaments ont donc des limites et des données supplémentaires sont nécessaires.

À notre connaissance, il n'existe pas de données comparatives directes entre les antiviraux. Un essai comparatif, appelé PANORAMIC, qui étudie le Lagevrio par rapport au Paxlovid, est actuellement en cours au Royaume-Uni. Cet essai est essentiel pour déterminer l'efficacité chez les patients vaccinés infectés par le variant omicron.

Je veux vous rassurer en vous disant que la *task force* continuera à réévaluer l'utilisation appropriée de tous les antiviraux et monoclonaux. Cependant, quand on est responsable, on doit se baser sur des données probantes, sur des avis d'experts et pas sur des premières expressions de confiance, sur des bonnes nouvelles, des espoirs. On doit vraiment travailler sur la base de ce que l'on sait, c'est-à-dire sur des données probantes, et tenir compte de tous les aspects comme, par exemple, les interactions médicamenteuses pour le Paxlovid, la différence avec un test effectué sur une population largement non vaccinée, la différence avec la position de l'OMS qui s'adresse aussi à des régions moins développées, etc. Tout cela doit être pris en compte.

07.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, wij hebben al vaker gezegd dat er te weinig medicijnen besteld zijn. U zegt dat er nog 2.450 verpakkingen Paxlovid in stock zijn. Dat is bitter weinig als wij ze nodig zouden hebben.

Een aantal commissieleden heeft onlangs een ziekenhuis bezocht. De collega zei al dat de bestelling veel te ingewikkeld is en dat er te weinig medicijnen zijn. U verschuilt zich achter het advies van de taskforce, maar dat advies dateert van december 2021. De visie van toen over vaccinaties is anders dan die van nu. Ik denk dat dit advies herzien moet worden. Toen ik het advies las, dacht ik van in het begin dat het heel nauw was en gericht op de vaccinaties. U zegt zelf dat de studies zijn gebeurd met veel niet-gevaccineerde patiënten, maar wij moeten verder kijken en ervoor zorgen dat onze patiënten, indien er een nieuwe uitbraak is, Paxlovid kunnen genieten wanneer wij er nood aan hebben.

U haalde ritonavir aan. Ik herhaal wat ik daar eerder al over heb gezegd. U stelt dat Pfizer zegt dat er bij bijbestellingen snel kan worden geleverd, maar er dreigt een wereldwijd tekort aan ritonavir en dat is een van de essentiële substanties van Paxlovid. Ik voorspel dus jammer genoeg dat, als de modaliteiten van uw bestelling nog niet vastliggen, het echt wel zou kunnen zijn dat u in het najaar met een tekort zit. Ik hoop dat ik geen gelijk krijg.

Ik wil nog een tweede element aanhalen inzake de distributie. U haalt dat aan in verband met Paxlovid, maar dat is ook een probleem bij de apothekers die gaan vaccineren in Brussel en Wallonië. U grijpt telkens opnieuw naar Medista terug voor het rondrijden van de medicijnen of vaccins. Er zijn echter heel goede performante groothandels in farmaceutische producten die dat ook op zeer snelle wijze kunnen doen. Elke dag hebben zij x aantal leveringen aan ziekenhuizen en apotheken. Maak het niet moeilijk als het ook makkelijk kan zijn.

07.06 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, volgens mij heb ik geen antwoord gekregen over de prijs die u betaald hebt voor Paxlovid.

07.07 Minister Frank Vandenbroucke: Dat hebt u al vaak gevraagd. Ik zal het dus nog eens herhalen: dat zijn onderhandelingen waarbij we de prijs niet bekendmaken.

07.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik vind het toch belangrijk om dat te horen. Het is altijd hetzelfde verhaal, maar het is belangrijk om opnieuw bevestigd te horen dat daarover in de grootste duisternis onderhandeld wordt. Blijkbaar trekt men ook geen lessen uit de vaccinsaga en hoe die wereldwijd verlopen is.

Het is duidelijk dat Paxlovid voor Pfizer de nieuwe geldkoe is. Zij schatten dat de omzet dit jaar 22 miljard zal bedragen voor Paxlovid alleen. In het eerste kwartaal zijn de winsten al gestegen met 61 %, tot 7,9 miljard. Dat komt door het vaccin, maar ook door deze nieuwe pil die op de markt wordt gebracht.

De pil is duur: 600 euro. We zouden kunnen zeggen dat dit ligt aan de hoge ontwikkelingskosten, zoals vaak naar voren wordt geschoven, maar er zijn geen jaren van onderzoek aan voorafgegaan. De pil is heel snel ontwikkeld. Volgens mij kunnen we er dan ook zeker vragen over stellen.

Het resultaat is dat er in België strikte indicaties gelden. Als het klopt dat één dosis 600 euro kost, zoals in *De Standaard* staat, dan begrijp ik waarom er zo weinig dosissen zijn in België. Dus hier zijn er strikte indicaties en in de derdewereldlanden, waar het nog meer van pas zou komen, is het nauwelijks beschikbaar. Als u dan gewoon verwijst naar het COVAX-mechanisme om vaccins te leveren, dan lacht u de mensen in die andere landen, die op vaccins en pillen wachten, gewoon in het gezicht uit. Hetzelfde geldt voor iedereen die ijvert voor een opheffing van de patenten, zoals ook wij indertijd vroegen, zowel wat betreft

de vaccins als wat de beloftevolle pillen betreft.

07.09 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous nous parlez de l'importance de travailler sur des données probantes. L'OMS fait de l'usage du Paxlovid une recommandation principale pour les patients fragiles et, à côté de cela, vous freinez sur ce médicament tandis que vous accélérez sur le Molnupiravir alors qu'il n'est pas validé par l'EMA. Il est aujourd'hui très clairement moins efficace que les autres antiviraux disponibles, tels que le Paxlovid et le Remdesivir, pour protéger les patients avec comorbidités qui restent à risque d'hospitalisation, voire de décès après l'infection par le variant BA.2. Par rapport à cela, vous prenez la version qui n'est pas étayée de manière aussi importante, et non validée par l'EMA. Je vous avoue que, pour moi, ce n'est pas travailler sur des données probantes.

Ensuite, au sujet du Paxlovid, je constate qu'on a une commande manifestement insuffisante. Monsieur le ministre, je ne sais pas si vous m'avez écoutée, mais il faut faire bouger les choses et avoir de vrais leviers opérationnels parfaitement rodés. On répète encore ici les défauts de toute la première partie, et même de la deuxième, de la crise covid. Il faut associer le terrain. J'ai écouté plusieurs infectiologues dans les hôpitaux universitaires. Ils m'expliquent tous la même chose: la procédure est complexe. Il n'y a pas de stocks au niveau des hôpitaux. Pour en commander, il faut faire un chemin qui passe par l'AFMPS alors que ce sont les médecins spécialistes et uniquement eux qui peuvent prescrire. Écoutez-les! Il y a des idées très simples pour rendre le dispositif hyper efficace dans un délai le plus court possible entre l'indication du traitement et le moment où le patient le reçoit.

Pourquoi pas de mini-stocks de Paxlovid dans chaque hôpital, quitte après à réajuster les stocks en fonction de l'évolution? Mais les patients immunodéprimés sévères, et plus largement les patients fragiles présentant des comorbidités, doivent pouvoir en disposer. Monsieur le ministre, j'insiste là dessus. Il faut vraiment revoir la position en tenant compte à la fois des volets opérationnels et des enjeux d'indications. Il faut élargir les indications pour que nos patients fragiles ne soient pas les oubliés de cette crise. Tester/traiter pour les patients fragiles est un axe majeur dans notre stratégie. On le voit dans d'autres pays et nous ne l'appliquons pas en Belgique, en tout cas pas à la hauteur voulue, ni avec l'ambition nécessaire.

Enfin, en ce qui concerne vos réponses au sujet de cette fameuse étude sur le Lagevrio, vous ne m'avez pas répondu. Il n'est pas validé par l'EMA. Y a-t-il eu un nouvel avis du comité éthique? Vous ne me répondez pas. Je vous avoue que par rapport à cette étude et à ce choix que vous avez fait, un grand nombre de questions persistent. Je ne vois pas du tout clair à ce propos. Merci. Je dois m'arrêter là, vu le *timing*.

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

08 Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Geïntegreerde zorg voor osteoporosepatiënten" (55026733C)

08 Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins intégrés pour les patients et patientes souffrant d'ostéoporose" (55026733C)

08.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, naar schatting 680.000 mensen, waarvan een grote meerderheid vrouwen, lijden in België aan osteoporose. Met een steeds ouder wordende bevolking zal dat aantal alleen maar stijgen. De ziekte vermindert de botdichtheid, waardoor de botten zwak en breekbaar worden. Mensen met osteoporose lopen een groot risico op een botbreuk. Toch wordt 80 % van de mensen die een breuk oplopen – en dat is toch wel verrassend – niet gediagnosticeerd en niet behandeld. Nochtans hebben ze mogelijk wel osteoporose. Wie aan de ziekte lijdt, loopt een hoog en te vermijden risico op een breuk.

Alleen al in België worden elk jaar meer dan 100.000 fragiliteitsfracturen veroorzaakt door osteoporose. De ziekte verhoogt overigens ook het risico van invaliditeit en sterfte, zoals vermeld in uw beleidsnota. De aandoening kost de ziekteverzekering bovendien veel geld doordat er te weinig wordt ingezet op vroegdetectie en preventie.

Er is wel een shift ingezet door het engagement van de regering om tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met het hoogste en laagste aantal te verwachten gezonde levensjaren met minstens 25 % te verkleinen en het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15 % te doen dalen. Het budget van het RIZIV voor 2022-2024 neemt voor het eerst ook die gezondheidsdoelstellingen in acht. Ook de groeinorm wordt fors

opgetrokken. Chronische ziekten zoals osteoporose passen perfect in de redenering om hierop in te zetten en zo overlijdens te vermijden en gezonde levensjaren uit te breiden.

Welke plannen hebt u om beter in te zetten op geïntegreerde zorg voor chronische aandoeningen, zoals osteoporose? In uw beleidsnota geeft u osteoporose ook als voorbeeld om de morbiditeit te doen dalen. Wat zijn uw plannen omtrent de geïntegreerde zorg voor osteoporosepatiënten? Welke samenwerking is er met de deelstaten op het vlak van vroegdetectie en preventie rond deze problematiek?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Vanpeborgh, u situeert en beschrijft de uitdaging zeer goed. U plaatst ze ook in een breder verband. Mijn antwoord gaat vooral over dat breder verband. In die zin gaat het een beetje op een algemeen niveau blijven, maar dat is ook bewust.

Osteoporose is een belangrijk probleem. Het is een van de vele die toenemen met de leeftijd. Het is een globale oorzaak van comorbiditeit. Wij kennen naast leeftijd andere risicofactoren, zoals menopauze en malabsorptie. Er is ook een aangetoond verband met een zittende levensstijl, daarnaar heb ik verwezen in de beleidsnota. Men komt dus uit op gezond leven, evenwichtige voeding en regelmatige lichaamsbeweging. Dat helpt trouwens niet alleen osteoporose voorkomen, maar ook andere chronische ziekten, zoals diabetes type 2 en bepaalde vormen van kanker.

Het belang van het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan, waarvan een nieuwe versie wordt uitgewerkt voor de periode 2021-2030, is om tot een nationale strategie te komen om niet-overdraagbare aandoeningen, zoals osteoporose, in de eerste plaats te voorkomen, door gezonde eetgewoonten en voldoende fysieke activiteit aan te moedigen. De bedoeling van zo'n plan is inderdaad om initiatieven en boodschappen van ons niveau, van de deelstaten en van stakeholders uit de privésector goed samen te laten sporen.

Daarnaast, en voor mij is dat echt zeer belangrijk, is er de opmaak van een interfederaal plan voor geïntegreerde zorg in België. Wij zullen daarvoor een externe opdrachtnemer selecteren om ons te helpen. Wij zijn daarmee ver gevorderd, maar ik kan u nog niet zeggen wat de conclusie is, want de procedure loopt nog. Die moet het federale beleid vanaf nu, midden 2022, gaan ondersteunen voor de opmaak en de uitvoering van een interfederaal plan voor geïntegreerde zorg en *quintuple aim*, en voor de ondersteuning op mesoniveau van het veranderingstraject naar geïntegreerde zorg in België. Het gaat dus over het ondersteunen van pilotprojecten geïntegreerde zorg, protocol 3-projecten in ons jargon, de netwerken geestelijke gezondheidszorg. Dat is hard nodig, alhoewel dat misschien enorm als backoffice kan klinken. Er zit niet direct iets tastbaars in voor de concrete patiënt. Dit is echter heel hard nodig.

Dat plan richt zich niet op specifieke aandoeningen, maar is bedoeld om een betere geïntegreerde zorg te bieden aan alle burgers en chronisch zieken met multimorbiditeit, zowel somatisch als psychisch, voortbouwend op de ervaringen van het huidige plan voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. De doelstellingen zijn de verandering van de organisatie van de gezondheidszorg, de verbetering van het multidisciplinair werken, de integratie van zeer versnipperde zorgprocessen, het betrekken van de patiënt als partner in de zorg, de afstemming van de zorg op de levensdoelen van burgers en op prioritaire noden binnen de lokale gemeenschap. U herkent daarin natuurlijk de vijf doelstellingen van de *quintuple aim*.

Dit is een grote uitdaging. Een eerste ontwerp van het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg wordt eind 2023 verwacht. Dat zal dus voor mijn opvolger zijn, maar wij besturen voor de eeuwigheid, zoals u weet. Ik vind het zelf ook jammer dat dit nog zoveel tijd vraagt, maar het is wel heel belangrijk dat dit goed gebeurt.

Dit gaat verder dan preventie en richt zich ook op tijdige en gepaste opsporing en behandeling en het vermijden van complicaties. Wat de *treatment gap* betreft, dus het verschil tussen personen die een behandeling nodig hebben en personen die er effectief een krijgen, doen wij het voor osteoporose bij vrouwen ouder dan 70 goed ten opzichte van onze buurlanden. Dat betekent dat we misschien ook wel voldoende aandacht moeten geven aan pure preventie. Dat is een bevoegdheid van de deelstaten en dat moet hun inbreng zijn in een geïntegreerd plan. We zullen hierover amper overleg plegen met de deelstaten in onze interministeriële conferentie, alsook binnen de bijhorende IKW-werkgroep rond geïntegreerde zorg. Mijn bedoeling reikt verder dan louter het plan: ik wil echt komen tot een samenwerkingsakkoord ter zake.

Ik wil niet vooruitlopen op het thema osteoporose. Je kunt in zo'n plan wel 'proeftuinen' benoemen, maar momenteel durf ik in dit verband nog niets aankondigen. We kunnen erover nadenken, maar vandaag kunnen we op dat vlak nog niets beslissen. Het is wel een mooi voorbeeld van iets wat we geïntegreerd

moeten aanpakken. Voor mij is het belangrijk dat er tegen het einde van deze regeerperiode concrete resultaten zijn, maar ik wil dit heel goed aanpakken, vandaar de aanstelling van die externe opdrachtnemer, die op korte termijn wil afronden.

08.03 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, er is absoluut nood aan zo'n interfederaal plan voor geïntegreerde zorg. Het is inderdaad niet alleen van toepassing op osteoporose, maar ook op andere aandoeningen waarvoor vooruitgang moet worden geboekt, zeker op het gebied van samenwerking.

U spreekt van het einde van de legislatuur. Dat is dus nog even wachten, maar u wilt een goed plan en dat is ook belangrijk. Ik hoop dat er in de tussenperiode ook op een of andere manier aandacht hiervoor kan zijn. Ik ontmoet op het terrein nog veel mensen die gevallen zijn en die door de huisarts niet gewezen worden op een mogelijke link met osteoporose.

Ik kijk in ieder geval uit naar het interfederaal plan. Ik hoop ook dat dat heel goed kan worden omgezet in de praktijk, met alle betrokken actoren, en dat we vooruitgang kunnen boeken, niet alleen voor de osteoporosepatiënten, maar ook voor al die andere mensen met chronische aandoeningen die behoefte hebben aan zo'n geïntegreerde zorg.

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

09 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De samenwerking met Vaccinopolis" (55026742C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De samenwerking met Vaccinopolis" (55026783C)**

09 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La collaboration avec Vaccinopolis" (55026742C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La coopération avec Vaccinopolis" (55026783C)**

De **voorzitter**: Het is twee keer dezelfde vraag, vermoed ik?

09.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Ja, mijnheer de voorzitter. Ik maak van mijn spreektijd gebruik om even op de vorige discussie terug te komen.

Mijnheer de minister, een zorgplan voor 2023, dat duurt nog een hele tijd. Ik heb een oplossing voor u en mevrouw Vanpeborgh. Dat vindt u terug in voorstel van resolutie nr. 2630, wetenschappelijk onderbouwd en tastbaar. We kunnen onmiddellijk actie ondernemen. Zeker voor secundaire preventie hebt u geen interfederaal overleg nodig, want dat past helemaal in uw bevoegdheid en daarin kunt u al een wereld van verschil maken.

Mijnheer de voorzitter, voorts verwijst ik naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

In de nabijheid van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen opende Vaccinopolis officieel de deuren op 25 maart 2022. In deze faciliteit gelegen in op de Campus Drie Eiken van de Universiteit Antwerpen zullen 30 bedden beschikbaar zijn waarmee de immuunrespons op nieuwe vaccins onderzocht zal worden. Bij sommige studies zullen de testpersonen enkele weken in volledige quarantaine verblijven. Dit enerzijds uit veiligheidsoverwegingen: de ziekteverwekkers mogen uiteraard geen vrij spel krijgen in de maatschappij. En anderzijds zouden de vrijwilligers zo optimaal van nabij opgevolgd kunnen worden. In een consortium met de ULB investeerde de federale overheid hierin €20 miljoen. Vaccinopolis vormt hiermee het Antwerpse luik van het project.

Mijn vragen voor de minister:

- 1. Kan de minister toelichten welke concrete plannen er bestaan voor het inzetten van deze nieuwe faciliteit?*
- 2. Hoeveel patiënten zullen effectief behandeld/verzorgd/onderzocht kunnen worden? Kan deze capaciteit schalen; zo ja tot welke maximum?*

3. Welke participatie bedrijven/private actoren bestaat er?

4. Welke financiële middelen staan daar tegenover? Graag een overzicht van het totaal en het relatieve aandeel van de verschillende overheden en partners?

De **voorzitter**: Daarmee hebt u op een handige manier geprobeerd om van de vorige vraag een actuadebat te maken.

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Met een beetje vrijheid in het debat wordt het ook een beetje interessanter, mijnheer de voorzitter.

Wat Vaccinopolis betreft, die infrastructuur van de Universiteit Antwerpen richt zich op de uitvoering van vaccinstudies, zowel ambulante studies als *human challenge studies*, steeds met vrijwillige deelnemers. Er zullen daar dus geen zieke patiënten behandeld worden. Bij ambulante studies zullen deelnemers een experimenteel vaccin toegediend krijgen en gedurende een bepaalde periode ambulant opgevolgd worden. Die zullen er dus niet verblijven. Momenteel loopt dat type studies al in de groep van professor Pierre Van Damme aan de Universiteit Antwerpen. Er worden jaarlijks een tiental van dergelijke studies uitgevoerd.

Daarnaast zullen er op Vaccinopolis *human challenge studies* uitgevoerd worden. Dat betekent dat een deel van de deelnemers na toediening van een kandidaat-vaccin of placebovaccin ook gecontroleerd blootgesteld worden aan een lage dosis van een afgezwakte ziekteverwekker. Daarbij zullen de deelnemers nauwgezet opgevolgd worden en zal de immuunrespons tegen en de ziektekans door de ziekteverwekker in detail bestudeerd kunnen worden. Dat laat toe om sneller onderbouwde inschattingen te maken over de efficiëntie van een vaccin. Die proefpersonen zullen dus wel degelijk in Vaccinopolis verblijven. We hebben dat overigens bezocht en het is daar zeer aangenaam. Ik kan het echt aanraden, als u eens even uit de wereld wilt verdwijnen. Enkele van hen zullen mogelijk ziektesymptomen vertonen. De *challenge studies* kunnen de vaccinontwikkeling echter ontzettend versnellen. Hierdoor zouden de nieuwe vaccins ook sneller beschikbaar worden voor de bevolking.

Er is vanuit de industrie ook een grote interesse om samen te werken met Vaccinopolis rond dat soort studies. Er zijn meerdere besprekingen rond de testen van een nieuw kinkhoestvaccin alsook rond de nieuwste generatie COVID-19-vaccins. Het is evident dat dat enkel kan gebeuren na goedkeuring door een ethisch comité en de Belgische regelgevende autoriteiten, kortom het FAGG.

Hoeveel deelnemers er per jaar gerekruteerd zullen worden voor de studies, hangt ontzettend af van het aantal studies waarbij Vaccinopolis betrokken is. Dat hangt ook af van verschillende factoren, zoals het stadium van de studies en de beschikbare kandidaat-vaccins bij de firma of onderzoeksinstituten. Voor ambulante studies zal het aantal deelnemers in een studie variëren van enkele tientallen per studie in een fase 1-studie tot enkele honderden in een fase 3-studie. Voor de *challenge studies* zijn er zo'n 20 à 30 deelnemers per studie. Dat hangt natuurlijk ook samen met de mogelijkheid die de infrastructuur in Antwerpen biedt. De bedoeling is om jaarlijks meerdere ambulante studies en *challenge studies* parallel te kunnen uitvoeren. Het is zeker de bedoeling om Vaccinopolis verder te laten groeien en meerdere studies aan te kunnen trekken in de toekomst. Ik vind het moeilijk om nu te zeggen wat het maximale aantal deelnemers zou kunnen zijn. Dat is een vraag die professor Van Damme beter zelf zou kunnen beantwoorden.

Vaccinopolis zal dus samenwerken met verschillende instanties, met name onderzoeksinstituten, het KCE, de Bill & Melinda Gates Foundation, CEPI en bedrijven. Zij financieren de uitvoering van dergelijke klinische vaccinstudies. Er is geen bijkomende investering vanuit commerciële spelers in de infrastructuur zelf en bovendien zal Vaccinopolis deel uitmaken van het toekomstige innovatie-ecosysteem, waar Universiteit Antwerpen nu haar schouders onder zet, waarin bedrijven en onderzoeker intensief en correct kunnen samenwerken. Het is echt een hefboom voor meerwaardcreatie, zowel wetenschappelijk, maatschappelijk als economisch.

Momenteel is de financiering afkomstig van drie pijlers. De federale overheid betaalt 13,5 miljoen euro. De Vlaamse overheid betaalt 4 miljoen euro via het relanceplan van de Vlaamse regering waarin een project rond infectieziekten goedgekeurd werd. De Universiteit Antwerpen brengt de resterende 11 miljoen euro in. Samen maakt dat de som van 27,5 miljoen euro voor een in mijn ogen zeer indrukwekkend project en een zeer indrukwekkende infrastructuur.

09.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, Vaccinopolis is een mooi project, maar iets is me

nog niet duidelijk. Het richt zich nu tot de Universiteit Antwerpen en, aan Franstalige zijde, de ULB, maar kan er ook samengewerkt worden met de andere universiteiten van dit land, die dan in Vaccinopolis bepaalde onderzoeken opzetten? Omwille van *preparedness* is volgens mij echte samenwerking tussen de academici van het land heel belangrijk.

Ik had het moeten vragen, maar is dat volgens een procedure verlopen waarbij verschillende universiteiten zich kandidaat hebben gesteld? Ik blijf het enigszins bijzonder vinden dat het project zich richt naar één universiteit. Toch is het absoluut een goed initiatief. Wij moeten daar zeker rekening mee houden als we weer met uitdagingen zoals de covidpandemie worden geconfronteerd. Intussen heb ik ook vernomen dat er inderdaad al patiënten via een oproep 'gerekruteerd' worden.

Nog één tip om mee te nemen, als er opnieuw een onderzoek naar vaccins wordt gevoerd, dan kan het FAGG, dat nu al partner is, misschien onmiddellijk betrokken worden wanneer het gaat over elk toebehoren. U herinnert zich nog dat op een bepaald moment de juiste spuitjes niet voorradig waren voor klinische studies. Nu kunnen we het allemaal in één keer goed aanpakken en ervoor zorgen dat patiënten van het beste voorzien zijn.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

10 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het weigeren van hulp door apotheek van wacht omwille van taal" (55026743C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het weigeren van hulp door een apotheek van wacht omwille van de taal van de hulpbehoevende" (55026785C)**
- **Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebrek aan kennis van het Nederlands door de Brusselse apothekers" (55026790C)**

10 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus d'aide dans une pharmacie de garde pour une question linguistique" (55026743C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus d'assistance par une pharmacie de garde en raison de la langue du demandeur" (55026785C)**
- **Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque de connaissance du néerlandais des pharmaciens bruxellois" (55026790C)**

10.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, op vrijdag 11 maart heeft een patiënt in Ganshoren contact opgenomen met de apotheek van wacht. Dat deed die persoon na het raadplegen van www.apotheek.be en na contact met het callcenter. De betrokkene ontving een telefoonnummer van een apotheek in Ganshoren en via een telefonisch contact met de apotheker van wacht werd gepoogd om informatie te krijgen over antigeen- of PCR-testen, de locatie van een testcentrum en eventuele medicatie, omdat de hulpbehoevende vermoedde dat hij of zij mogelijk een covid-besmetting had opgelopen.

In het Nederlands kon de patiënt echter niet terecht bij de apotheek van wacht. Er kwam wel een antwoord in het Frans, maar dat was niet eenvoudig voor de patiënt. Toen bleek dat er geen communicatie in het Nederlands mogelijk was en de patiënt de boodschap niet begreep, werd de telefoon neergelegd. De vraag naar informatie en de doorverwijzing naar de zorg werden door die apotheek dus eigenlijk genegeerd. De hulpbehoevende heeft hiervoor ondertussen een klacht ingediend.

Uiteindelijk heeft de persoon in kwestie opnieuw naar het callcenter gebeld en is hij naar een apotheker van wacht in Asse kunnen gaan. Daar werd hij wel in het Nederlands geholpen.

Dit verhaal toont een probleem aan dat Vlaamse patiënten in Brussel dagelijks meemaken. Het is nochtans essentieel dat men in de eigen taal wordt geholpen, of dat nu in de apotheek, het ziekenhuis of bij de huisarts is. Elke patiënt moet in het Nederlands geholpen kunnen worden.

Bent u van mening dat een apotheek van wacht geen onderscheid of discriminatie mag maken tussen patiënten en zorgbehoevenden die nood hebben aan advies, medicatie of testen naargelang zij Frans of Nederlands spreken?

Hoeveel dergelijke klachten hebt u ontvangen in 2020, 2021, 2022?

Hoe zult u hiermee omgaan, want u weet dat het niet eenmalig is? Hoe zult u dat grote probleem in de hoofdstad aanpakken?

10.02 **Barbara Pas** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik pik aan waar de vorige spreekster geëindigd is. De situatie die zij heeft geschetst is zeker geen alleenstaand incident. Naar aanleiding van het incident dat zij vermeld heeft, heeft het weekblad *'t Pallieterke* een steekproef gedaan. Zij hebben honderd telefoontjes gepleegd naar honderd verschillende Brusselse apotheken met de eenvoudige vraag: "Ik heb last van een hoge bloeddruk. Kunt u me daarbij helpen?" al was het maar om te horen dat er dan best naar de huisarts verwezen wordt.

Uit die steekproef blijkt dat vier van de vijf Brusselse apothekers Nederlandstalige patiënten niet in hun eigen taal van informatie kunnen voorzien. Nochtans is er een duidelijke regelgeving. Er is de taalwet in bestuurszaken, waar de apothekers aan onderworpen zijn, behalve wat de organisatie van hun diensten betreft en de rechtspositie van hun personeel. Er is ook artikel 28 van de gecoördineerde wetten van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Er is het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers. Als men deze samenlegt, dan is het duidelijk. Het ene zegt dat elke apotheek aan de wachttol moet deelnemen. Een taak die de grenzen van een privébedrijf te buiten gaat en die de wet of de openbare machten hen hebben toevertrouwd in het belang van het algemeen, valt onder de taalwetgeving. Aangezien alle apotheken moeten participeren aan de wachtdienst, impliceert dat dat de Brusselse apotheken Nederlandstalige patiënten conform de taalwet in het Nederlands moeten bedienen.

Er is eerder al een advies geweest van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht dat de wachtdienst van huisartsen in Brussel al duidelijk aan die taalwet onderhevig maakte. De analogie kan makkelijk worden doorgetrokken voor wat de wachtdienst van de apotheken betreft, los van een aantal andere bepalingen in de wetten en regelgeving inzake apotheken die hiervoor eveneens kunnen worden ingeroepen. Dan gaat het bijvoorbeeld over aflevering, etikettering, voorschriften van geneesmiddelen, bepalingen uit de Gids voor de Goede Officinale Farmaceutische Praktijken, allemaal opgenomen als bijlage van het KB dat ik heb genoemd.

Mijnheer de minister, bevestigt u dat de Brusselse apothekers, en bij uitbreiding apotheken, Nederlandstalige patiënten in het Nederlands moeten kunnen bedienen?

Wat is uw commentaar op de resultaten van de enquête, de steekproef van die 100 telefoontjes waarop slechts 17 keer het juiste antwoord kwam?

De belangrijkste vraag, welke maatregelen neemt u om ervoor te zorgen dat Nederlandstalige patiënten in alle Brusselse openbare apotheken steeds in het Nederlands worden geholpen?

Voorzitter: Thierry Warmoes.

Président: Thierry Warmoes.

10.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: In de vragen werd verwezen naar de taalwetgeving. Bij een eerste analyse lijkt het inderdaad zo te zijn dat de redenering die geldt voor de wachtdienst van de huisartsen ook op de apothekers van toepassing zou kunnen zijn.

Ik zeg dat wat voorzichtig omdat de taalwetgeving niet mijn bevoegdheid is, maar de bevoegdheid van mevrouw Verlinden, de minister van Binnenlandse Zaken. Ik denk dat zij u zal kunnen informeren over de concrete situatie van het taalgebruik en de manier waarop problematische situaties op basis van de vigerende wetgeving moeten worden aangepakt. Ik zou suggereren dat u de vraag aan mevrouw Verlinden stelt. Ik zal haar alvast signaleren dat ik u die suggestie heb gedaan.

Mevrouw Depoorter vroeg of ik weet heb van meerdere klachten van hetzelfde type. Neen, tot voor deze vraag had ik geen weet van andere klachten van deze aard.

Het spreekt voor zich dat het deelnemen aan de wachtdienst een verplichting is die, zo nodig, ook kan worden afgedwongen via de wet uitoefening gezondheidsberoepen en of de deontologische code.

Als de concrete klacht, die aanleiding was voor de vraag van mevrouw Depoorter, wordt ingediend, zal ze bij

ontvangst door de bevoegde administratie worden behandeld en onderzocht volgens de gebruikelijke procedure. Ik heb alvast aan mijn administratie gevraagd om dat goed te bekijken.

Overigens denk ik ook dat het goed zou zijn dat het FAGG met de beroepsgroepen, in dit geval APB en OPHACO – los van wat uiteindelijk het juridisch verdict is, en ik verwijs daarvoor eerder naar mevrouw Verlinden – zou bekijken hoe een tweetalige wacht kan worden georganiseerd. Mijn administratie kan daarover een nuttig overleg plegen met APB en OPHACO en ik zal vragen om dat te doen.

Mevrouw Pas, als ik het goed begrijp, zegt u in uw derde vraag dat elke zorgverstreker in Brussel of toch minstens elke apotheker individueel tweetalig zou moeten zijn. Dat is niet zo voor de hand liggend. We moeten een voldoende groot aanbod hebben en er moeten voldoende apothekers zijn. De discussie gaat hier over de dienstverlening die apothekers en wachtdiensten bieden.

10.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u minimaliseert het probleem. U zegt dat het gaat over de diensten van de apotheker. U weet dat ik apotheker ben. In mijn apotheek worden zeven talen gesproken, enkel en alleen om geen ernstige fouten te maken. De officiële landstaal zou in Brussel dat officieel tweetalig gebied is, niet moeten worden gesproken met patiënten! Wij verkopen geen snoepjes, mijnheer de minister.

10.05 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb dat niet gezegd. Ik heb een verschil gemaakt tussen de vraag dat elke individuele apotheker meertalig ...

10.06 Kathleen Depoorter (N-VA): De apotheker van wacht moet in het Nederlands ...

10.07 Minister Frank Vandenbroucke: Luistert u nu toch eens naar wat ik zeg! Ik heb ten aanzien van mevrouw Pas gewezen op het verschil tussen de stelling dat elk individu twee- of meertalig moet zijn, en de vereiste dat de mensen in elke wachtdienst, in elke apotheek in hun taal bediend moeten kunnen worden. Dat is niet helemaal hetzelfde.

10.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt het over "elke zorgverstreker" en "de dienstverlening van de apotheker". Een apotheker, ik herhaal het, verkoopt geen snoepjes. Het verschil tussen een microgram, een milliliter, een druppeltje, een koffielepel of een soeplepel is gigantisch en kan dodelijke gevolgen hebben.

Dat moet u niet minimaliseren. Het is niet iets om eens over samen te zitten met de diensten. Het is een werkpunt dat garandeert dat de Vlaamse patiënt op een correcte en wetenschappelijke manier in zijn eigen taal bediend wordt. Als die Vlaamse patiënt het Frans (of een andere taal die ze gebruiken) niet begrijpt, dan moet die patiënt nog altijd de medicatie op een correcte manier kunnen gebruiken, correct doorverwezen kunnen worden naar een medisch centrum, correct getest kunnen worden in eigen taal, een officiële landstaal.

Het is niet de eerste keer dat u die taalproblematiek minimaliseert. Ik heb u de vraag over het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) en de experts gesteld. Ook daar zegt u het maximaal mogelijke te doen om ervoor te zorgen dat patiënt en zorgverstreker in hun eigen landstaal worden geholpen. Het maximaal mogelijke is niet genoeg. De Vlaming heeft het recht om in het Nederlands geholpen te worden, en hetzelfde geldt voor de spoeddiensten in Brusselse ziekenhuizen. Dat is niet iets om "eens te bekijken", het is een werkpunt dat heel hoog op uw prioriteitenlijstje zou moeten staan.

10.09 Barbara Pas (VB): Mijnheer de minister, ik heb nergens in mijn vraag gesteld dat elke individuele apotheker Nederlands moet kunnen. Het gaat over de apotheek, niet over de apotheker. De apotheek! Als iemand in die apotheek ...

10.10 Minister Frank Vandenbroucke: U bevestigt het belangrijke verschil... Luister eens naar elkaar eerst!

10.11 Barbara Pas (VB): Maar dat wil niet zeggen dat ik tevreden ben met uw antwoord!

Elke apotheek moet aan de wachttol deelnemen: die wetgeving heb ik u daarnet voorgelezen. In de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen staat: "Wanneer er voor de voor het publiek opengestelde apotheken een permanentie werd ingericht, nemen alle voor het publiek opengestelde

apotheken die op de wachttol voorkomen er volgens de door de Koning vastgelegde regels aan deel." Laat die taalwetgeving daar nu een regel van zijn! De taalwetgeving is een regel van openbare orde, en u schuift die af op de beroepsorganisaties. Zit daar eens over samen!

Een taalwet moet toegepast worden. Als dat in de praktijk niet gebeurt, is het aan de regering om ervoor te zorgen dat er een mechanisme is waardoor het afgedwongen kan worden dat men in elke apotheek in Brussel in het Nederlands kan worden bediend. Dat is vandaag echter allerminst het geval. Ik sluit me aan bij de collega: u minimaliseert het probleem.

10.12 Minister **Frank Vandenbroucke**: Toch ben ik blij dat u aan de collega uitlegt dat er een verschil is tussen de apotheek en de individuele apotheker. Ik stel voor dat u dat na de vergadering nog eens uitlegt aan uw collega.

10.13 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u trekt het op flessen, maar het is goed dat u ook daarom lacht, want in feite bevestigt u wat er net is gezegd.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

11 **Vraag van Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Implantaten bij gehoorverlies" (55026747C)**

11 **Question de Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les implants auditifs" (55026747C)**

11.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in rapport nr. 333 formuleert het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een aantal aanbevelingen met betrekking tot de terugbetaling van implantaten bij gehoorverlies.

Er is een RIZIV-budget voor hoorapparaten en implantaten van meer dan 80 miljoen. Dat budget omvat zowel de terugbetaling van de klassieke hoorapparaten als van de gehoorimplantaten. Door de snel veranderende technologie wordt het aandeel van de implantaten evenwel steeds groter. Daarom vroeg het RIZIV in 2018 aan het Kenniscentrum om de terugbetalingcriteria van de implantaten te onderzoeken. Er is ook reeds een eerdere beweging in die zin geweest. Wij hebben toen aanpassingen gedaan voor kinderen, met betrekking tot implantaten.

In zijn rapport wijst het Kenniscentrum op het belang van de registratie van de gegevens voor gehoorimplantaten. Het rapport beveelt verder aan om op basis van de geregistreerde gegevens en de opgedane wetenschappelijke kennis de terugbetalingcriteria aan te passen.

Een andere aanbeveling suggereert het maken van overeenkomsten tussen het RIZIV en de ziekenhuizen waar men deze implantaten plaatst. Het KCE-rapport verwijst hierbij naar het bestaande systeem met de centra voor hartdefibrillatoren. Een dergelijke overeenkomst is evenwel bij voorkeur multidisciplinair van aard. Niet alleen de correcte implantatie is van belang, maar ook de educatie van de patiënt met betrekking tot het correcte gebruik, de controle en het onderhoud. Het is immers een medisch hulpmiddel. Soms is ook begeleiding nodig.

Hoever staat u met de registratie van de relevantste gegevens? Houdt die registratie rekening met het Centraal Traceringsregister van het FAGG, om het *only once*-principe te kunnen toepassen en dus onnodige duplicatie en administratieve ontduubeling te vermijden? Zal die kennis gebruikt worden om op termijn de terugbetaling aan te passen? Overweegt u om volumeprijsafspraken te maken met de producenten? Overweegt u om multidisciplinaire overeenkomsten af te sluiten met de ziekenhuizen waar er implantaten geplaatst worden?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Block, u formuleert heel precieze vragen, wat ik apprecieer, want op die manier definieert u een agenda. Ik zal u misschien teleurstellen omdat ik een vrij algemeen antwoord geef, wat niet betekent dat ik die agenda onbelangrijk vind, maar wel dat we inderdaad nog niet heel goed geconcretiseerd hebben hoe we daarmee verder zullen gaan.

Het rapport nr. 333 van het KCE is vorig jaar besproken door de Commissie Terugbetaling Implantaten en

Invasieve Medische Hulpmiddelen. In eerste instantie was er de presentatie door het Kenniscentrum, met daarna een bespreking in de commissie en het aftoetsen van de afspraken bij de deskundigen binnen het domein.

Uiteindelijk is de commissie ertoe gekomen prioritair in te zetten op het verder uitdiepen van de mogelijkheden voor terugbetaling van cochleaire implantaten, zoals het verlagen van de drempelwaarde voor het slechtste oor in geval van asymmetrisch gehoorverlies of in het voorzien van een cochleair implantaat bij unilaterale doofheid.

Die dossiers zullen conform de principes van de commissie worden uitgewerkt op basis van een evaluatie van diverse criteria, zoals de therapeutische waarde van het hulpmiddel en de budgettaire weerslag. Het is mogelijk, maar nog niet beslist – en daarom verontschuldigd ik mij dat ik dit algemene antwoord geef op uw precieze vragen –, dat naar aanleiding van deze oefening wordt overwogen om te werken met registers om bepaalde gegevens op te volgen, wat inderdaad belangrijk is als men het goed wil doen.

In dezelfde lijn zullen ongetwijfeld ook de huidige vergoedingsvoorwaarden uit de lijst van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen op het vlak van hun prijsbepaling en multidisciplinariteit ter sprake komen en indien nodig aangepast. Op dit moment is bij de terugbetaling van het cochleair implantaat al vereist dat de nodige ondersteuning beschikbaar moet zijn op het vlak van logopedie of revalidatie. Ik denk inderdaad dat men dit verder moet bekijken. Het gaat immers niet alleen over een apparaat dat moet worden ingeplant.

Tot zover mijn korte antwoord, maar ik heb zeker nota genomen van uw vragen en daarover uitgebreid gesproken met mijn medewerkers.

11.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Dat vraagt allemaal tijd. Het is een voortzetting van het beleid dat ik ook trachtte te voeren. Het gehoor is een belangrijk zintuig. Dit is vooral bij kinderen, maar meer en meer mensen worden doof en dat zijn niet alleen oude mensen. Het is belangrijk dat we op een moderne manier met die registratie omgaan.

U blijft nogal vaag. De agenda is nog niet concreet. Ik noteer dat u het wel oppikt en op uw agenda zet voor de komende tijd. Zo'n hervorming vereist altijd veel overleg, maar uiteindelijk wordt er toch een resultaat bekomen. Daar zitten vele mensen op te wachten.

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

12 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De scanning van de elektronische identiteitskaart bij thuisverzorging" (55026782C)**

12 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La lecture de la carte d'identité électronique dans le cadre des soins à domicile" (55026782C)**

12.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het inlezen van de eID-kaart door de thuisverpleegkundige bij elk huisbezoek van de patiënt of de hulpbehoevende werd ingevoerd door mevrouw De Block. Tijdens de covidpandemie werd dat on hold gezet wegens mogelijke besmettingen, maar u zou die maatregel herinvoeren. U hebt hierover overleg met de beroepsverenigingen gevoerd.

Ik krijg signalen van een aantal zelfstandige thuisverpleegkundigen dat dat een vrij tijdsroovende manier van werken is. Het zou twee minuten duren om de eID in te lezen en dat verschillende keren per dag, elke week en elke maand. De maatregel werd ingeroepen om fraude te voorkomen. Dat is uiteraard een rechtmatig doel, maar ik heb daar toch een aantal vragen over.

Welk percentage van zelfstandige thuisverpleegkundigen zijn door de verschillende beroepsverenigingen vertegenwoordigd? Hoeveel verpleegkundigen zijn aangesloten?

Hoe gedragen is de maatregel als twee verenigingen de regel ondersteunen? Vindt u dat een voldoende representatieve weerspiegeling van het werkveld?

Erkent u dat het inlezen voor zelfstandige thuisverpleegkundigen een aanzienlijke tijdsinvestering is? De vraag is ook of het nodig is om de eID telkens volledig in te lezen?

Hebben u of de verenigingen voor thuisverpleegkundigen andere voorstellen gedaan om fraude tegen te gaan en een degelijk traceringsstelsel op te zetten?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: U stelt mij een vraag over representativiteit. De structuur van de commissie is u ongetwijfeld bekend. U vraagt hoeveel procent zelfstandige thuisverpleegkundigen vertegenwoordigd is via hun aansluiting. Dat is moeilijk te berekenen. Het RIZIV heeft de inschatting gemaakt, die ik voorzichtig wil mededelen, namelijk dat in 2018 de beroepsorganisaties van zelfstandige thuisverpleegkundigen samen ongeveer een derde vertegenwoordigden van het aantal zelfstandige thuisverpleegkundigen. Ongetwijfeld zullen sommige zelfstandige verpleegkundigen niet bij een organisatie aangesloten zijn of bij andere organisaties aangesloten zijn.

De aanwijzing van de vertegenwoordigers van de thuisverpleegkundigen in de Overeenkomstencommissie gebeurt volgens een welomschreven procedure, onder meer de telling van de zelfstandige verpleegkundigen bij de beroepsorganisaties. Alle kartels en beroepsverenigingen die dat wensen, kunnen zich kandidaat stellen. Iedereen kan dus vertegenwoordiger zijn. Dat lijkt me essentieel. Er wordt niemand uitgesloten. Dat kan ook moeilijk anders, wat de procedure betreft.

Vanaf 1 oktober 2017 zijn thuisverpleegkundigen verplicht om de identiteit van de patiënt te verifiëren bij toepassing van de elektronische derde-betalersregeling, door de elektronische identiteitskaart in te lezen of met een ander identificatiemiddel. De redenen voor de verificatie van de identiteit van de patiënt hebben te maken met fraudebestrijding en met administratieve vereenvoudiging: de verpleegkundige weet onmiddellijk dat hij de patiënt die vermeld is op het doktersvoorschrift, voor zich heeft; de ziekenfondsen weten welke zorg de patiënt heeft gekregen; het systeem laat een efficiënte samenwerking tussen thuisverpleegkundigen en ziekenfondsen toe en men vermijdt onder andere administratieve fouten en fouten bij de facturatie.

Daar is meer dan een jaar grondig over gesproken met de vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties. Zoals u zelf opmerkt, werkt de grote meerderheid van de verpleegkundigen ongetwijfeld correct, maar met het systeem maakt men eventuele fraude toch veel moeilijker, met name ook fraude door de patiënt met zijn identiteit. In vergelijking met de meeste andere aanvaarde methodes om een identiteit te achterhalen, is de methode met de eID toch het efficiëntst en snelst.

De regelgeving bevat geen uitzonderingen op de verplichting om de identiteit van de patiënt te verifiëren. De maatregel wordt wel voortdurend geëvalueerd en kan, waar nodig, worden bijgesteld. Er kan bijvoorbeeld worden nagedacht over de mogelijkheid tot verificatie via iDMS. Signalen zoals de uwe moeten wij meenemen in besprekingen daarover.

Ik beseft dat het een inspanning vraagt van de verpleegkundigen, een groep die enorme inspanningen levert om de kwaliteit van de zorg hoog te houden en ook uit een moeilijke periode komt, maar ik denk dat het toch een nuttige maatregel is. Zoals gezegd, moeten wij hem echter voortdurend opnieuw evalueren en bekijken of wij de last eventueel nog kunnen verlichten.

12.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik vroeg naar de representativiteit, omdat ik mij herinner dat het in covidtijden heel moeilijk was om thuisverpleegkundigen te bereiken voor de persoonlijke beschermingsmiddelen, omdat zij niet aangesloten waren bij beroepsverenigingen. Uw antwoord bevestigt wat ik reeds aanvoelde. Een derde is heel weinig. Dat is evenveel als het aantal Vlamingen dat de vivaldiregering vertegenwoordigt. De beslissingen die zij neemt, zijn niet democratisch gedragen en dat is dus ook zo in dit geval, hoewel u zegt dat er overleg is geweest en het dus een gedragen beslissing is.

Kijken wij even naar de feiten. De thuisverpleegkundige moet een status van de patiënten maken en die wekelijks doorsturen. Ook die zou kunnen worden gebruikt om fraude tegen te gaan. Een thuisverpleegkundige die bijvoorbeeld dertig patiënten per dag ziet, verliest op een maand maar liefst vijf werkdagen, terwijl we in deze tijden al een tekort aan verpleegkundigen en handen aan het bed hebben.

Het is dus het overwegen waard om te zoeken naar alternatieven waarbij u inderdaad een zekere controle uitoefent, zonder de thuisverpleegkundigen overmatig te belasten.

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

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de augmentatietherapie" (55026787C)

13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la thérapie d'augmentation" (55026787C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de augmentatietherapie, ook wel vervangingstherapie genoemd, wordt gebruikt voor patiënten met ernstige alfa-1-antitrypsinedeficiëntie die emfyseem hebben. Het gaat niet om veel patiënten in ons land, maar het is wel een ernstige aandoening. Sinds 2021 wordt dit product ook in België geproduceerd, maar aangezien de therapie in België niet voor alle patiënten wordt terugbetaald, is die productie eigenlijk exclusief voor de export en wordt ze niet ingezet om Belgische patiënten te behandelen.

In 2017 publiceerde de European Respiratory Society een verklaring over alfa-1-antitrypsinedeficiëntie, waarin het gebruik van de augmentatietherapie wordt ondersteund. Men concludeerde dat er voldoende bewijs was dat de therapie de afname bij emfyseem vertraagt en dat er dus genoeg wetenschappelijke evidentie is om het medicijn toe te dienen. In Denemarken is sinds januari een therapie goedgekeurd.

Gaat u ermee akkoord dat een kostenefficiëntieanalyse niet altijd de meest efficiënte en nauwkeurige manier is om de financiële gevolgen voor weesgeneesmiddelen te beoordelen? Overweegt u in dit specifieke geval een ander economisch model, dat rekening houdt met de waarde die een behandelde patiënt voor de samenleving kan opleveren? Zo iemand kan dan bijvoorbeeld gaan werken. Zo niet, waarom niet?

Wat is de stand van zaken van de dialoog van Grifols met het RIZIV? Is er een dialoog opgestart? Wilt u, gegeven de risico's voor longpatiënten in de huidige covidpandemie of bij eventuele opflakkingen in het najaar, toch de terugbetaling van de augmentatietherapie overwegen? Waarin verschilt het oordeel over de terugbetaling van ons land met dat van de landen waar die wel goedgekeurd is?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, als augmentatietherapie gebruikt voor de verhoging van serum alfa-1-antitrypsinewaarde wordt Pulmolast enkel door het RIZIV terugbetaald voor patiënten die vroeger al een behandeling volgden. Nieuwe patiënten komen inderdaad niet langer in aanmerking voor een terugbetaling.

De specialiteit Respreeza daarentegen is in de voorbije twee jaar tweemaal geweigerd voor vergoeding, hoofdzakelijk wegens een gebrek aan bewezen klinische meerwaarde. Respreeza is niet geregistreerd als weesgeneesmiddel en dient dus bij een aanvraag tot vergoeding als klasse 1-geneesmiddel een farmaco-economische analyse voor te leggen. Ik zie dus geen reden waarom de fabrikant van Respreeza zou moeten worden vrijgesteld van een farmaco-economische analyse op basis van het koninklijk besluit van 1 februari 2018. Ik kan om puur wettelijke redenen niet afwijken van de vereiste van een farmaco-economische analyse bij een klasse 1-procedure, zoals zonet uiteengezet, voor een specialiteit die geen weesgeneesmiddelstatuut heeft.

Volgens de laatste informatie heeft de firma Grifols nog geen contact opgenomen met het RIZIV, noch met het bureau van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Indien zij, zoals u stelt, nieuwe klinische gegevens heeft, staat het de firma uiteraard vrij om haar dossier opnieuw in te dienen.

Het kader waarin ik een vergoeding overweeg, is zoals altijd in eerste instantie gebaseerd op het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Het gebrek aan aangetoonde therapeutische meerwaarde kan enkel verholpen worden door data te verschaffen op lange termijn.

Ik zal geen commentaar geven op nationale beslissingen tot vergoeding elders in Europa. U citeert een land waar augmentatietherapie vergoed wordt, maar u citeert geen landen die net als België de vergoeding geweigerd hebben. Dat is, vind ik, een beetje kort door de bocht.

Het Europees Geneesmiddelenagentschap levert handelsvergunningen af, terwijl de Europese lidstaten hun wettelijke taken en bevoegdheden uitoefenen om een geneesmiddel te evalueren met het oog op een eventuele terugbetaling, alsook het te vergelijken met alternatieven, zowel op klinische als op financiële basis.

Ik zie dat nationale gegeven ten vroegste in 2024-2025 veranderen, wanneer het Europese Health Technology Assessment voor onder andere weesgeneesmiddelen van start zou gaan. Dat wens ik

vanzelfsprekend ten zeerste. Voorlopig werken we echter nog met nationale procedures.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, voor Kafrio kunnen we dan ook eens andere landen citeren, want uiteraard citeren we elk wat ons voor een bepaalde vraag het beste uitkomt. Het feit is dat het eenmaal goedgekeurd is en heel wat patiënten lijden aan de aandoening. Het is de weesziekte die het meest voorkomt in ons land.

Het is een blijvend probleem dat we vaak strenger zijn voor weesziekten dan de adviezen van het EMA. We willen nog meer evidentie gaan halen uit klinische onderzoeken waar de uitvoering van die proeven zeer moeilijk is. Ethisch kan men zich daar toch vragen bij stellen. Het gaat om zeer zieke patiënten, met een volledig ander perspectief op het leven en hun deelname aan de maatschappij.

Ik verwijst nogmaals naar mijn voorstel van resolutie rond weesgeneesmiddelen. In uw advies geeft u aan dat alle problemen opgelost zijn, maar uit dit voorbeeld blijkt duidelijk dat patiënten met weesziekten nog heel vaak in de kou blijven staan en niet geholpen worden zoals dat met een vooruitstrevend en innovatief gezondheidsbeleid zou moeten gebeuren.

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

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het wettelijk kader voor verpleegkundig specialisten inzake het plaatsen van PICC-katheters" (55026788C)

14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cadre légal pour les infirmiers de pratique avancée concernant la pose de cathéters CCIP" (55026788C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn volgende vraag gaat over de PICC-katheters voor intraveneuze medicatietoediening. U weet dat dit een heel belangrijke hoeksteen is van onze huidige gezondheidszorg, zeker bij kankerpatiënten.

70 tot 90 % van de gehospitaliseerde patiënten krijgt een IV-katheter tijdens hun verblijf. 35 tot 50 % van die katheters moet vroegtijdig verwijderd worden omwille van complicaties, die van mild tot ernstig variëren. Er bestaan PICC-katheters die worden ingebracht en gedurende iets langere tijd op het lichaam van de patiënt kunnen blijven. Zo kan de medicatie via de PICC-lijn toegediend worden. Ook in de thuiszorg worden patiënten intraveneus behandeld en daar zou de PICC-lijn een antwoord kunnen zijn.

Bent u op de hoogte van de meerwaarde van de PICC-katheters versus de klassieke katheters? Indien wel, wat is dan uw standpunt met betrekking tot het inbrengen van de PICC-katheters door Belgische verpleegkundige specialisten?

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het wettelijke kader voor het plaatsen van PICC-katheters door verpleegkundige specialisten in België? Dat is namelijk het probleem. Dit moet nog steeds door een arts gebeuren. Zult u het wettelijke kader hieromtrent aanpassen zodat de PICC-katheters ook door verpleegkundige specialisten kunnen worden ingebracht?

Wat is uw standpunt met betrekking tot de noodzaak van de specialisatie inzake *vascular access management* in Belgische ziekenhuizen? Welke initiatieven zult u hiervoor ondernemen? Hebt u ter zake al overleg gehad met de ziekenhuizen? Ik heb het over complicaties die zich kunnen voordoen met een gewone katheter en de meerwaarde die deze PICC-katheter zou kunnen brengen.

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, de implantatie van een PICC-katheter gebeurt in de interventieradiologie, op de intensieve zorg of in het operatiehoofdkwartier onder plaatselijke verdoving. Het werd oorspronkelijk ontwikkeld voor de toediening van langdurige behandelingen met geneesmiddelen die agressief zijn voor de aders, voornamelijk in de oncologie. De beroepstitel verpleegkundig specialist werd ingevoerd in de wetgeving van 2019, maar er werden nog geen uitvoeringsbesluiten gepubliceerd. Het soort prestaties dat door de verpleegkundig specialist zal mogen worden uitgevoerd, ligt dan ook nog niet vast.

In het bestaande wettelijke kader is de plaatsing van een perifere veneuze katheter een verpleegkundige

technische prestatie zoals bepaald in het KB van 18 juni 1990 dat de lijst van verpleegkundige verstrekkingen vaststelt. Op de vraag wat begrepen wordt onder een perifere veneuze katheter, heeft de Technische Commissie voor Verpleegkunde een advies uitgebracht. De commissie stelt dat de plaats waar men de katheter inbrengt, perifeer of niet, niet relevant is. Het criterium betreft de exacte plaats waar de top, dus de extremiteit van de katheter, terechtkomt. Een katheter waarvan het uiteinde zich bevindt in een perifere vene is een perifere katheter. Een katheter waarvan het uiteinde in een centrale vene terechtkomt, is een centrale katheter, die valt onder de reglementering van de centrale katheters. In het geval van een katheter type PICC-line komt de katheter centraal terecht ter hoogte van de junctie tussen de vena cava superior en het rechterhartoortje.

Het gaat dus niet om een verpleegkundige technische akte – plaatsing van een perifere veneuze katheter. Die prestatie is dus niet toegelaten voor verpleegkundigen. Het betreft een medische akte die in een chirurgische context moet gebeuren. Een verpleegkundige mag op medisch voorschrift wel de PICC-linekatheter verwijderen. Er moet een procedure bestaan voor elke verpleegkundige prestatie. De verpleegkundige moet voldoende opgeleid en ervaren zijn en over de nodige bekwaamheid beschikken om de betrokken prestaties correct en veilig uit te voeren.

De lijst van verpleegkundige prestaties is dezelfde voor alle verpleegkundigen met uitzondering van de lijst van bijlage 4 van het KB van 18 juni 1990 voetnoot 1 die de lijst van de verpleegkundige verstrekkingen vaststelt. De prestaties van bijlage 4 zijn voorbehouden aan verpleegkundigen gespecialiseerd in de intensieve zorg of de spoedgevallenzorg, en moeten uitgevoerd worden in de functies intensieve zorg, gespecialiseerde spoedgevallen, mobiele urgentiehulp en in de dringende geneeskundige hulpverlening. Prestaties van bijlage 4 zijn ook toegestaan voor verpleegkundigen gespecialiseerd in de pediatrie en de neonatologie, wanneer ze uitgevoerd worden in de diensten en functies voor pediatrie en/of neonatale intensieve zorg, gespecialiseerde spoedgevallenzorg en in de dringende geneeskundige hulpverlening.

Ik kom bij mijn punt. PICC-line staat niet op de lijst prestaties van bijlage 4. Ik denk dat dit juridisch een duidelijk gegeven is en er zijn daarvoor redenen.

U vraagt hoe we nu verder gaan met het finaliseren van een visie, wat de rol en taak van een gespecialiseerd verpleegkundige is en wat het beroepsprofiel is. Ik heb al eerder gezegd dat we een interfederale taskforce hebben met betrekking tot de zorgladder, het model voor de verpleegkundigen. Daarin was er een werkgroep basisverpleegkunde en een werkgroep specialisaties.

Die werkgroep specialisaties heeft ondertussen een rapport opgesteld, waarin men drie functieprofielen bespreekt – gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundige-specialist en klinisch verpleegkundig onderzoeker –, maar dat is nog niet verder uitgewerkt. Uw laatste vraag, tenzij ik ze verkeerd heb begrepen, is of we een specialisatie zouden voorzien. Ik heb daarover nog geen advies gekregen.

Men is dus nog lang niet zover om te zeggen dat men al zoiets specifiek aan de minister zal voorleggen, alhoewel die werkgroep al een eerste rapport heeft vorgelegd, maar het blijft op een generiek niveau van drie functieprofielen. Dat is lang nog niet concreet genoeg om te kunnen antwoorden op uw laatste vraag.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Uiteraard heeft mijn vraag alles te maken met het optimaal organiseren van het vasculair management: hoe kunnen we onze patiënten op een optimale manier agressieve geneesmiddelen toedienen? Dan hebben we de keuze tussen een gewoon infuus, waarvan de aders inderdaad kapot gaan, of een poortkatheter, wat men vandaag het meest gebruikt.

Wanneer het gaat over een iets kortere therapie, kan die PICC effectief wel een alternatief zijn. Het wordt vandaag echter heel weinig gebruikt, omdat het net niet tot die verpleegkundige prestaties behoort. Als wij over de organisatie van de zorg nadenken, moeten wij innovatie meenemen en moeten wij die innovatie ook in het juridisch kader en de opleiding van onze verpleegkundigen opnemen

Mijn oproep is dus om het te onderzoeken en af te wegen, want die poortkatheter is voor de patiënt niet altijd gemakkelijk. Het moet uitgespoeld worden en dergelijke meer. Het is ook wat duurder dan een PICC. Er moet dus echt ingezet worden op een optimale manier, om het juiste middel op de juiste manier bij de patiënt toe te dienen, door iemand die deskundig opgeleid is. Daartoe kan een gespecialiseerde verpleegkundige effectief wel behoren.

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

15 **Samengevoegde vragen van**

- **Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medische letselherkenning" (55026794C)**

- **Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medische expertise in ziekenhuizen om letsels door mishandeling te herkennen" (55027488C)**

15 **Questions jointes de**

- **Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de lésions suspectes au niveau médical" (55026794C)**

- **Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'expertise médicale en milieu hospitalier en vue de détecter les lésions de maltraitance" (55027488C)**

15.01 **Valerie Van Peel (N-VA):** Mijnheer de minister, ik ben met een aantal deskundigen de hele keten aan het bekijken die te maken heeft met het voorkomen van kindermishandeling en -misbruik. Deze deskundigen wijzen op een gebrek aan kennis inzake letselherkenning na misbruik of mishandeling. Daar zijn verschillende redenen voor en voor de meeste zijn de Gemeenschappen bevoegd, maar ik vind dat ook het expertisecentrum Kindermishandeling hierin een grotere rol zou moeten spelen en daar ook meer middelen voor verdient.

Ook de opleidingen zouden meer aandacht moeten krijgen. Ik weet dat zij onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen vallen, maar kan daar ook vanuit het federale niveau niet wat meer aandacht voor komen via de erkenningsvoorwaarden? Het gaat immers over zaken die tot de basiskennis zouden moeten behoren van de eerstelijnszorg. Het gaat daarbij ook om artsen, spoedafdelingen, ziekenhuizen enzovoort, zeker als we preventief willen gaan werken.

Ik ben er mij van bewust dat er in sommige ziekenhuizen projecten ontstaan, vaak op eigen initiatief of omdat de expertise in die ziekenhuizen aanwezig is, zij het vaak jammer genoeg bij één enkele persoon. Een algemene gevoeligheid daarvoor zou beter zijn, zodat er zaken kunnen worden opgemerkt die op het eerste gezicht niet worden gezien. Dat soort letselherkenning kan men namelijk niet leren van letselherkenning bij volwassenen. Bij kinderen is het toch heel verschillend. Professor Adriaenssens, u welbekend, wijst er ook heel vaak op dat het toch om andere signalen gaat en om andere fysieke kenmerken waarvoor er aandacht moet zijn. Het gaat dus echt om een specialisatie.

Ik ben altijd al een voorstander geweest van snellere opsporing en informatiedoorstroming. Dat is vaak nog een pijnpunt in het beleid, al zit dit voor een groot deel bij de Gemeenschappen.

Welke rol zou u hierin kunnen spelen, met name in verband met de erkenningsvoorwaarden, de opleidingen en de initiatieven in de ziekenhuizen?

15.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Van Peel, u doet belangrijk en goed werk door dat helemaal uit te pluizen. Mijn antwoord is misschien een beetje teleurstellend, omdat ik er wel wat meer zicht op zou willen hebben, maar dat momenteel niet heb. Ik verklaar mij dadelijk nader.

Ik ben het met u eens dat het medisch kunnen herkennen van letsels die het gevolg zijn van geweld – niet alleen bij kinderen, maar ook bij seksueel geweld bij volwassenen – een heel belangrijke opdracht is. In het algemeen zijn ziekenhuizen hiervan wel goed op de hoogte, maar waarschijnlijk verschilt de ervaring toch sterk van het ene ziekenhuis tot het andere. Dat hangt er een beetje van af in welk geografisch gebied een ziekenhuis zich situeert.

Een eerste reflectie die ik heb – die niet origineel is en ons niet veel verder helpt – is dat een multidisciplinaire omgeving op dit vlak belangrijk is voor medici en paramedici. Men moet eigenlijk een samenwerking met bondgenoten in andere diensten en disciplines hebben, zodat kan worden gedetecteerd en opgetreden wanneer er sprake is van kindermishandeling. Op het vlak van de multidisciplinaire organisatie gaan wij wel vooruit, maar alle problemen zijn nog niet opgelost. Dat is een heel algemeen antwoord.

Ik zal echter ook iets concreter zeggen wat wij doen. Ik kan u wel iets meegeven, maar het is niet helemaal gericht op wat u omschrijft en ik vind het zelf ook weinig gedocumenteerd. Sinds 2009 zijn er in opdracht van

de minister van Volksgezondheid regelmatig opleidingscycli voor zorgverleners van ziekenhuizen over de detectie, behandeling en opvolging van slachtoffers van intrafamiliaal en seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking.

Het identificeren en detecteren van slachtoffers van dergelijk geweld is een onderdeel van die opleidingscycli. Die worden voortgezet. Er is overigens – ik maak een kleine zijsprong – in 2022 een aanbod van basisopleidingen over vrouwelijke genitale verminking. Tijdens de COVID-19-pandemie werd er een onlineleerpad ontwikkeld over seksueel geweld voor zorgverleners in ziekenhuizen. Ik wens ook voor intrafamiliaal geweld een dergelijk onlineleerpad, alsook specifieke modules over de doelgroepen ouderen en kinderen in dergelijke leerpaden. Ik ben daar echter nog niet toe gekomen.

Ik heb naar aanleiding van uw vragen verzocht om meer te weten te kunnen komen over het succes van die opleiding en de daarvoor benodigde inspanning. Helaas heb ik dat antwoord nog niet ontvangen, omdat men die gegevens niet systematisch registreert en bijhoudt.

Ik denk dat naast het algemeen bewustzijn en naast het belang van multidisciplinariteit die opleidingscycli een stuk van het antwoord vormen dat wij kunnen bieden. Ik denk dat we dan inderdaad specifieke aandacht voor kinderen moeten ontwikkelen versus anderen in de doelgroep. In neem uw voorstel mee en ik zal verder proberen om druk uit te oefenen om het in die richting te ontwikkelen. Ik meen dat dit het belangrijkste is wat ik operationeel kan doen naar aanleiding van uw vraag.

15.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, het is absoluut geen verwijt aan u, maar het bewijst wel het gevoel van de experts. Het feit dat er geen overzicht en gegevens zijn, is het gevolg van een gebrek aan inzet hiervoor. Indien u iets zou willen ontwikkelen rond deze problematiek, wat ik al fantastisch zou vinden, dan raad ik u aan om Peter Adriaenssens daarbij te betrekken. Ik heb met hem een lang gesprek gehad over de specificiteit, ook met het Expertisecentrum Kinder mishandeling trouwens.

Als men het zou willen opnemen in de opleidingscycli... Er zijn in België momenteel zeer weinig mensen met de juiste expertise hiervoor. In Nederland zijn er veel meer. Zelfs de lessen die vandaag reeds bestaan, gaan voorbij aan zeer veel realiteiten. Het zou al een begin zijn. Vlaanderen speelt daar ook een grote rol in, want daar hebben ze een centrum dat de leiding zou kunnen nemen om die expertise te verzamelen en dan te verspreiden onder alle belanghebbenden. Het probleem situeert zich dus niet alleen op het federale vlak.

Vandaag bestaat er echt een leegte en ik word daar in het veld vaak op aangesproken. Mijn vader is heel zijn leven huisarts geweest en bij ons thuis is dat op het einde van zijn leven wel eens een thema geweest. Hij heeft me vaak gezegd dat hij, als hij terugkijkt op zijn praktijk met de verhalen van patiëntjes die dan zoveel jaren later terug naar boven kwamen, heel veel heeft laten passeren zonder het te beseffen, eigenlijk door een gebrek aan kennis.

We kunnen hier op het federale niveau wel werken rond het beroepsgeheim en het delen van informatie, maar het begint natuurlijk bij dingen opmerken bij een kind dat nooit zal spreken, niet bij de volwassene die toch nog de kans heeft om te spreken, hoe moeilijk het voor slachtoffers vaak ook is.

Ik snap uw antwoord en ik verwijt het u ook niet, maar het zou wel zeer fijn zijn als u daar toch iets aan zou willen doen. Ik raad u dan ook echt aan om er de kunde en kennis van Peter Adriaenssens bij te betrekken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een wettelijk kader voor bedrijven die thuis technologie installeren voor welbepaalde aandoeningen" (55026809C)

16 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un cadre juridique pour les sociétés proposant des technologies à domicile pour certaines maladies" (55026809C)

16.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, u weet dat ik heel sterk geloof in thuisbehandeling van bepaalde aandoeningen. Voor heel wat aandoeningen, zoals slaapapneu, zuurstoftherapie, medische voeding en nierdialyse, is zo'n behandeling thuis ook perfect mogelijk. Vandaag

leveren privébedrijven daarvoor de nodige technologie in opdracht van ziekenhuizen. Ze installeren de apparaten, verzorgen de educatie aan de patiënt en de mantelzorgers, en ze zijn verantwoordelijk voor onderhoud en herstellingen.

Momenteel is er geen wettelijk kader voor dat soort dienstverlening, waardoor die bedrijven opereren in een grijze zone. De betaling voor de diensten die ze leveren, gebeurt door de ziekenhuizen volgens de overeenkomsten die zij met de bedrijven sluiten.

In zijn rapport 330 stelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vast dat een aantal slaaplaboratoria een deel van hun taken – het instellen en onderhouden van het CPAP-apparaat, de registratie van gegevens. – uitbesteedt aan privébedrijven. Het KCE beveelt in dat verband aan om voor die bedrijven een precies wettelijk kader en accreditatiecriteria vast te leggen. De bedrijven die daaraan voldoen, kunnen dan op basis van een medisch voorschrift werken. Ze zullen ook door de ziekenfondsen worden terugbetaald, in plaats van door het ziekenhuis, zoals nu het geval is.

Hoe staat u tegenover het creëren van een wettelijk kader, zoals aanbevolen door het KCE, voor privédienstbedrijven die bepaalde technologieën thuis installeren, onderhouden en herstellen, maar ook de patiënt en zijn omgeving een opleiding geven in het gebruik van die technologie?

Wilt u werk maken van zo'n wettelijk kader en van een directe terugbetaling door de ziekteverzekering in plaats van via de ziekenhuizen?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Caluwé, het wettelijke kader voor bedrijven die bij de patiënt thuis technologie installeren, is in de vorige legislatuur gecreëerd door de artikelen 63, 64 en 65 van de wet van 18 december 2016 houdende diverse bepalingen in de gezondheid. Door die bepalingen werd in de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen het gevraagde wettelijke kader gecreëerd.

Krachtens artikel 59 van die wet betreffende de medische hulpmiddelen moeten ondernemingen die in het kader van de medische behandeling van een patiënt buiten een ziekenhuis medische hulpmiddelen installeren en/of onderhouden, een systeem van autocontrole instellen, toepassen en handhaven.

Om te voldoen aan artikel 59 kan de onderneming krachtens artikel 60 §1 van diezelfde wet gebruik maken van door het FAGG goedgekeurde gidsen. De Koning bepaalt de procedures en nadere regels voor de goedkeuring door het FAGG van dergelijke gidsen. Dat kan dus ook verder per KB uitgewerkt worden.

De procedure en nadere regels voor de goedkeuring door het FAGG van dergelijke gidsen werden vastgelegd in het KB van 30 oktober 2018. Met andere woorden, we hebben de bepaling van het artikel 60 §1 van de wet betreffende de medische hulpmiddelen reeds verder geconcretiseerd.

In een ander KB, van 10 oktober 2021, werden andere bepalingen van dezelfde wet verder geconcretiseerd. Het KB dat in deze legislatuur tot stand is gekomen, legt met name de principes vast waarop het autocontrolesysteem moet berusten en bepaalt ook de vrijstellingscriteria voor het autocontrolesysteem van buitenlandse ondernemingen.

Er is dus wel degelijk een wettelijk kader voor bedrijven die technologie installeren bij de patiënt thuis voor de behandeling van bepaalde aandoeningen. Aan de verdere concretisering van dat wettelijke kader wordt nog gewerkt. Zo is het zeker nog nodig om voor bepaalde medische aandoeningen die worden behandeld met medische hulpmiddelen die door bedrijven bij de patiënten thuis worden geïnstalleerd en onderhouden specifieke gidsen uit te werken. De gidsen die door het FAGG moeten worden goedgekeurd, kunnen dan door bedrijven die dergelijke hulpmiddelen plaatsen en onderhouden, worden toegepast bij het werken met een systeem van autocontrole.

Op korte termijn zullen het FAGG, het RIZIV en de betrokken stakeholders verdere besprekingen voeren over de vraag of moet worden opgelegd dat alleen ondernemingen die gebruikmaken van dergelijke door het FAGG goedgekeurde gidsen, medische hulpmiddelen bij de patiënt thuis mogen plaatsen en onderhouden dan wel of dat niet beter tot een dwingende verplichting zou worden gemaakt.

Ook zullen de behoeften worden besproken inzake registratie van de bedrijven die voor bepaalde medische hulpmiddelen gebruikmaken van een dergelijke door het FAGG goedgekeurde gids.

Mijnheer De Caluwé, wat ik eigenlijk wil meegeven met die enigszins lange inleiding, is het volgende. Als het wettelijke kader volledig rond is, wij wel een andere context hebben voor de ziekteverzekering. Op dat moment kan het werk van die bedrijven in bepaalde gevallen waarschijnlijk rechtstreeks worden vergoed door de mutualiteiten.

Voor de diagnose en behandeling van slaapapneu beveelt het KCE-rapport 330 inderdaad aan om ter zake in een expliciete rol te voorzien voor gespecialiseerde bedrijven die dan rechtstreeks door de ziekteverzekering voor hun werk kunnen worden vergoed.

Ik moet wel opmerken dat het KCE-rapport 330 inzake slaapapneu voor een veel bredere hervorming pleit, die verder gaat dan alleen maar een rol voor gespecialiseerde bedrijven.

Het RIZIV werkt momenteel aan de concretisering van alle voorstellen in het KCE-rapport, hoewel een deel van het werk ook bij het FAGG moet gebeuren dat voor slaapapneu de eerder vermelde gids moet goedkeuren, die dan ook door de bedrijven moet worden gebruikt.

De verplichting dat bedrijven die diensten verlenen in het domein van slaapapneu, gebruikmaken van een dergelijke door het FAGG goedgekeurde gids alsook de registratie door het FAGG van die bedrijven moeten, zoals ik daarnet aangaf, nog nader worden geregeld in koninklijke besluiten.

Ik vat samen.

Het algemeen wettelijke kader dat het werk van de gespecialiseerde bedrijven regelt, is dus wel degelijk klaar, met de verplichting voor de bedrijven om te werken met een systeem van autocontrole, daarbij eventueel gebruikmakend van een gids die volgens een bepaalde procedure door het FAGG is goedgekeurd.

Wat nu vooral nog dient te gebeuren en waaraan nog verder wordt gewerkt, is het goedkeuren van dergelijke gidsen voor bepaalde aandoeningen, het al dan niet opleggen, waarbij 'opleggen' misschien de logica is van het gebruik van die gidsen, en het registreren van de bedrijven die op een bepaald domein op die manier werken.

Als ik KCE-rapport 330 bekijk, dan ben ik geneigd te zeggen dat slaapapneu voor de verdere concretisering van het bestaand wettelijk kader zeker een prioriteit is.

16.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw heel uitgebreid antwoord. U hebt naar nogal wat wetsartikels verwezen, die ik zal moeten nakijken, maar ik veronderstel dat ik met uw antwoord voldoende informatie heb. Ik onthoud vooral dat de regelgeving daaromtrent een *work in progress* is. Ik ben in elk geval blij om dat te vernemen, want als wij meer patiënten thuis kunnen verzorgen, dan komt dat volgens mij onze gezondheidszorg alleen maar ten goede, en in het bijzonder de patiënten zelf ook, aangezien zij wellicht liever in een thuisomgeving worden behandeld dan in een kil ziekenhuis, om het met enig contrast te formuleren.

16.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer De Caluwé, ik zal u de uitgeschreven voorbereiding van het antwoord overhandigen, want daarin worden die wetsartikelen meer gespecificeerd dan wat ik u heb gezegd.

16.05 Robby De Caluwé (Open Vld): Graag, bedankt.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

17 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De activering van de noodwet betreffende de zorgtaken in de ziekenhuizen" (55026810C)

17 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'activation de la loi d'urgence concernant les activités de soins dans les hôpitaux" (55026810C)

17.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, Zorgnet-Icuro vroeg onlangs om de noodwet zorgtaken in de ziekenhuizen opnieuw te activeren. Ik verwijs naar de nog altijd moeilijke situatie in de

ziekenhuizen op dit moment. In het ziekenhuis Saint-Luc zijn er 70 bedden minder omwille van een tekort aan personeel. Het UZ Gent heeft een communicatie verspreid dat 50 bedden onbeschikbaar zijn of waren omwille van een tekort aan personeel aan het bed. Toen ik deze vraag indiende werd de oproep van Zorgnet-Icuro, de grootste zorgkoepel in Vlaanderen, gesteund door professor Van Gucht.

Bent u bereid om die noodwet opnieuw te activeren als het echt noodzakelijk zou blijken te zijn, nu of eventueel in het najaar?

De zorgverstrekkers, de zorgkundigen en verpleegkundigen die zich sterk gehouden hebben in de coronapandemie kraken nu. Ze zijn op. Ze zijn vermoeid. Ze krijgen geen hulp. Bent u bereid om de noodwet opnieuw te activeren en ervoor te zorgen dat verpleegkundigen, hoe moeilijk het ook is, bijgestaan worden door vrijwilligers of door zorgkundigen om bepaalde zorgtaken onder supervisie op te nemen?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik deel volledig uw bezorgdheid over de druk op de zorg en op het zorgpersoneel. Na een lange periode van grote inspanningen blijft die druk nog altijd zeer hoog.

Voor alle duidelijkheid, enerzijds is er de noodwet van 6 november 2020, die een zeer specifieke wet is. Zij is tot stand gekomen in een op dat moment ongeziene crisissituatie ten gevolge van de pandemie.

Anderzijds is vorig jaar de wet van 4^e november 2020 gewijzigd, inzake de testing- en vaccinatiestrategie. Die heeft tot gevolg dat er nog uitzonderingsmaatregelen van toepassing zijn in de context van testing en vaccinatie, maar ook, niet onbelangrijk voor het aanbod van personeel in de ziekenhuizen, dat er uitzonderingsmaatregelen zijn tot 1 juli van dit jaar. Die kunnen bij een in de ministerraad overlegd besluit voor maximaal 6 maanden verlengd worden.

Daarnaast zijn er ook nog maatregelen genomen inzake studentenarbeid, enzovoort.

Met andere woorden, de vraag is over welke wetgeving we precies spreken. Daar is heel veel discussie over geweest. U zult zich dat herinneren. Wat ik mij concreet voorneem te doen, is niet te wachten tot ik een vraag krijg vanuit de deelstaten. Die vraag zal immers misschien niet spontaan komen. Ik zal in de IMC zelf de vraag stellen of ik de federale regering moet voorstellen om de uitzonderingswetgeving over wat kan gebeuren in de test- en vaccinatiestrategie nog eens voor 6 maanden te verlengen.

Daarnaast meen ik dat wij nu misschien geen noodwet van het type van 6 november nodig hebben. Ik denk wel dat er hard moet worden nagedacht over alles wat wij kunnen doen om de druk op de zorg te verminderen, maar ik meen in alle eerlijkheid dat dit toch een diep structureel probleem is van het aanbod van mensen.

Zoals ik al eerder heb gezegd, wij hebben een tripartiete werkgroep opgestart inzake de attractiviteit van het verpleegkundig beroep. Daar wil ik samen met de sociale partners een agenda ontwikkelen. Misschien zal dat een agenda zijn die meer gericht is op wat we in de komende legislatuur kunnen doen, veeleer dan op wat we nu onmiddellijk kunnen doen. Ik denk dat we echt met een fundamentele krapte op de arbeidsmarkt kampen, in veel sectoren, maar zeker ook in de zorg. Ik ben niet zeker dat men een noodwet zoals die van 6 november opgelost krijgt, als ik zo eerlijk mag zijn.

17.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u zult dat inderdaad niet structureel kunnen oplossen met een noodwet. We moeten vandaag vaststellen dat zorg nog steeds uitgesteld moet worden, dat bedden niet beschikbaar zijn omdat er onvoldoende zorgpersoneel is. Ik weet dat het in bepaalde, meestal Franstalige middens, moeilijk ligt omdat verpleegkundigen een zeer specifieke opleiding hebben genoten. Het is evenwel uw taak om samen met de verpleegkundigen een oplossing te zoeken zodat het werkbaar wordt voor de verpleegkundigen, dat de zorg gegarandeerd kan worden en de patiënt de zorg écht kan krijgen. Tijdens de COVID-19-periode hebben we gemerkt dat het echt wel hielp als bepaalde taken overgenomen konden worden zodat de patiënten op tijd een bepaalde zorg kregen. U moet inderdaad structureel te werk gaan, maar dat moest u al twee jaar doen. We ervaren vandaag problemen en die moeten we aanpakken. Ik denk dat het het overwegen waard is om alle handen die aan het bed kunnen helpen effectief in te zetten.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

18 **Samengevoegde vragen van**

- **Barbara Pas** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De taalproblematiek in het kader van de dringende medische hulpverlening" (55026833C)
- **Barbara Pas** aan **Annelies Verlinden** (Binnenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen) over "De taalproblematiek in het kader van de dringende medische hulpverlening" (55026836C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De taalkennis van de actoren van de dringende medische hulpverlening" (55026942C)

18 **Questions jointes de**

- **Barbara Pas** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes linguistiques dans le cadre de l'aide médicale urgente" (55026833C)
- **Barbara Pas** à **Annelies Verlinden** (Intérieur et Réformes institutionnelles) sur "Les problèmes linguistiques dans le cadre de l'aide médicale urgente" (55026836C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La connaissance de la langue des acteurs de l'aide médicale urgente" (55026942C)

18.01 **Barbara Pas** (VB): Mijnheer de minister, vooreerst laat ik opmerken dat het oorspronkelijk geen samengevoegde vragen betrof: ik had een vraag voor u en een vraag voor minister Verlinden, maar zij heeft mij naar u doorverwezen.

Al geruime tijd krijgen wij af en toe berichten dat wie een beroep moet doen op dringende medische hulpverlening, zeker aan de taalgrenzen, te maken krijgt met ploegen waarvan niemand een woord Nederlands kent. Dat komt, omdat die ploegen ofwel van over de taalgrens of uit Brussel komen, waar men – dit probleem is algemeen bekend – het niet zo nauw neemt met de naleving van de taalwetgeving. Soms komen de ploegen ook van over de landsgrens.

Dat heeft soms erg kwalijke gevolgen. Het is jammer dat mevrouw De Block ondertussen al is vertrokken. Tijdens de vorige legislatuur heb ik haar daarover immers regelmatig ondervraagd, omdat de vorige regering zich had voorgenoemen om de problematiek aan te pakken. Dat stond zelfs in het regeerakkoord. Eerst dacht de toenmalige regering dat te doen in het kader van een ruimere reorganisatie van de dringende medische hulpverlening. Daarna, nadat zij terecht of onterecht van oordeel was dat zulks niet de geschikte piste was, zou zij een en ander hebben willen realiseren via de wetgeving op de beroepsuitoefening.

Mijnheer de minister, ik wil niet wachten op een incident om aan u een huidige stand van zaken te vragen in het dossier.

Ten eerste, is er ter zake al een bevredigende wettelijke regeling voorhanden, die garandeert dat patiënten in Vlaanderen inclusief Brussel die een beroep doen op dringende medische hulpverlening, ook steeds in het Nederlands kunnen worden opgevangen? Ten tweede, mocht dat nog niet of niet voldoende het geval zijn, zult u dan eventueel zelf een initiatief nemen? Ik ben benieuwd naar uw antwoord.

18.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag is eigenlijk een vervolg op de vraag over de dienstverlening bij de apotheker, die daarnet aan bod kwam.

U neemt het niet zo nauw met de taalwetgeving en het blijkt dat patiënten in de hoofdstad heel moeilijk dringende hulp, zorg, gewoonweg hulp of whatever in hun eigen taal kunnen verkrijgen.

Mijnheer de minister, welke acties zult u ondernemen om dat probleem te verhelpen?

18.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Pas, mevrouw Depoorter, de vorige regering heeft inderdaad gezocht naar een wettelijke verankering van het aspect taal in de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening en in de wet op de beroepsuitoefening. De vorige regering heeft die doelstelling niet hard kunnen maken. Kort samengevat, men botste telkens op het gelijkheidsprincipe waarbij elke gezondheidszorgbeoefenaar zou moeten kunnen bewijzen dat hij of zij de drie landstalen machtig is, meer bepaald omdat elke gezondheidszorgbeoefenaar bij het verkrijgen van zijn visum het recht krijgt tot uitoefening van zijn beroep in heel België.

Het gevolg is dus dat wij ons aangaande de taalproblematiek alleen kunnen baseren op het koninklijk besluit van 18 juli 1966 met betrekking tot de gecoördineerde wetten op het gebruik van de talen in bestuurszaken.

Volgens die oude wetgeving dienen alle mugteams van alle ziekenhuizen gelegen binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de ziekenwagens van de Brusselse brandweer tweetaligheid te garanderen. Zij vallen namelijk allemaal onder de toepassing van dat koninklijk besluit. De openbare ziekenhuizen vallen er helemaal onder, de private en universitaire ziekenhuizen vallen enkel onder dat koninklijk besluit van 1966 wanneer zij een publieke opdracht uitoefenen die de grenzen van een privaat bedrijf te buiten gaat en die de wet of de openbare macht hen hebben toevertrouwd in het belang van het algemeen. Dat is met name het geval bij de organisatie van een door de bevoegde overheidsdienst erkende spoedgevallendienst en/of een medische urgentiegroep, een mug. De taalrol van het personeel in dezen is van ondergeschikt belang, de tweetaligheid moet worden gegarandeerd, waarmee we terug zijn bij het verschil tussen de dienstverlening en het individu.

Voor de mugteams en ziekenwagendiensten van over de taalgrens liggen de kaarten anders. Aangezien zij in eentalig gebied gelegen zijn, werven zij hun personeel eentalig. Dat is zo aan beide zijden van de taalgrens.

Ik wil nog wijzen op de deontologische code van de gezondheidszorgbeoefenaar die stelt dat hij zijn patiënt zoveel mogelijk in zijn taal dient te bejegenen en te informeren. Veel gezondheidszorgbeoefenaars, zeker die in de dringende geneeskundige hulpverlening, doen hun uiterste best om dat zo goed mogelijk op te volgen, ook als zij worden ingezet over de taalgrens of als de patiënt een andere taal spreekt dan onze drie landstalen.

18.04 **Barbara Pas** (VB): Mijnheer de minister, ik vreesde indertijd dat de doelstelling niet hard zou worden gemaakt en dat hebt u vandaag met mij vastgesteld, maar dat lost natuurlijk het probleem niet op. Bij dringende hulp is niet alleen de timing belangrijk. Minuten kunnen van levensbelang zijn, maar het kan toch niet dat er vandaag nog altijd incidenten zijn met ambulance- of mugteams die in een ander taalgebied optreden, omdat geen enkele van de leden van de ploeg de taal van dat taalgebied machtig is.

In zo'n situatie kan het echt levensgevaarlijk zijn, als men de patiënt of wie daarbij is, niet goed begrijpt. Niet alleen de tijd, maar ook een goede communicatie met de patiënt zijn onontbeerlijke aspecten die – ik herhaal het – van levensbelang kunnen zijn. Ervoor zorgen dat minstens een iemand van een ploeg die uitrijdt aan de taalgrens, de beide talen begrijpt en met patiënten kan communiceren, lijkt mij een zeer belangrijke voorwaarde, die u toch op een of andere manier zou moeten kunnen verankeren, los van de legalistische kwestie, waarin ik de Vaste Commissie voor Taaltoezicht gelijk geef dat die diensten onderhevig zijn aan de taalwetgeving. Ik vind het van primordiaal belang dat dat in de praktijk ook zo is en ik had op een beetje meer actie ter zake van u gehoopt.

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter heeft de zaal even verlaten, dus geen repliek van harentwege.

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

19 **Vraag van Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De taalwantoestanden in de Brusselse ziekenhuizen" (55026839C)**

19 **Question de Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les irrégularités linguistiques dans les hôpitaux bruxellois" (55026839C)**

19.01 **Barbara Pas** (VB): *Vorig jaar werden 13 klachten ingediend bij het Vlaams Meldpunt Taalklachten omtrent taalwantoestanden in Brusselse ziekenhuizen, waarbij Vlamingen dus niet in hun eigen taal geholpen konden worden. Dat is een forse stijging in vergelijking met de voorgaande jaren. In vijf gevallen ging het daarbij om spoeddiensten. Dit is uiteraard maar het topje van de ijsberg. Het is immers zo dat patiënten zich in een grote afhankelijkheidspositie bevinden en zij daardoor niet gauw geneigd zullen zijn om klacht in te dienen. Zoals we al lang weten is het probleem dan ook veel groter.*

Het taalprobleem in de Brusselse ziekenhuizen is complex. Ten eerste variëren de bij wet opgelegde taalverplichtingen. Openbare ziekenhuizen zijn volledig onderworpen aan de taalwetgeving en moeten dus in beginsel over de hele lijn tweetalig zijn, ook wat het personeel betreft. Private ziekenhuizen daarentegen vallen als dusdanig niet onmiddellijk onder taalverplichtingen. Maar dat geldt dan weer wel voor de spoedgevallendiensten, die zo georganiseerd moeten worden dat patiënten er in de twee talen terecht moeten kunnen. Ten tweede is er het feit dat, als er al taalverplichtingen zijn, deze op grote schaal niet

worden nageleefd.

Dit probleem sleept al decennia aan. Vandaar dat ik volgende vragen heb.

Erkent de minister dat dit een probleem is? Heeft u er zicht op in hoeverre deze problematiek zich stelt in de diverse ziekenhuizen in het Brussels, m.a.w. in hoeverre het personeel van de openbare ziekenhuizen al dan niet effectief tweetalig is en in hoeverre er in de Brusselse spoeddiensten steeds een tweetalige dienstverlening verzekerd is? En zo neen, overweegt u uw administratie opdracht te geven om ter zake een onderzoek in te stellen?

Wat de private ziekenhuizen betreft: zijn er wettelijke regelingen voorzien om ook daar een zekere tweetaligheid te garanderen en zo neen, acht u het aangewezen dat deze gegarandeerd kan worden?

Overweegt de minister om, al dan niet in samenwerking met zijn collega van Binnenlandse Zaken, dienaangaande een (wettelijke) regeling uit te werken die aan deze problemen een oplossing kan geven?

Gaat u eveneens de dialoog aan met uw collega van Binnenlandse Zaken om het probleem van de niet naleving van de taalwetgeving in de openbare ziekenhuizen aan te pakken? In welke zin denkt u ter zake aan een oplossing?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Pas, wat uw eerste en vierde vraag betreft, treed ik u bij dat het taalgebruik in de Brusselse ziekenhuizen een oud zeer is.

Ik beschik echter niet over informatie met betrekking tot het taalkader van de diverse ziekenhuizen. De taalwetgeving is niet mijn bevoegdheid, maar die van mijn collega, mevrouw Verlinden. Zij zal u desgevallend kunnen informeren over de concrete situatie en of zij een onderzoek en maatregelen overweegt. Als ze daarover in dialoog wil gaan, ben ik daartoe natuurlijk bereid.

U verwijst zelf naar het Vlaams Meldpunt Taalklachten in Brusselse ziekenhuizen, dat werd opgericht bij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Dat meldpunt brengt ook de taalproblematiek in de Brusselse gezondheidszorg in kaart. Desgevallend kan mijn Vlaamse collega Wouter Beke informatie verstrekken over de tweetaligheid in de Brusselse ziekenhuizen.

Wat uw tweede en derde vraag betreft, is er bij mijn weten tot op heden geen specifieke wetgeving die tweetaligheid in de private ziekenhuizen regelt, buiten de situatie van de dringende geneeskundige hulpverlening. Zoals ik daarnet al heb gezegd, bepaalt de wet op de patiëntenrechten wel dat de communicatie met de patiënten in een duidelijke en begrijpelijke taal moet gebeuren.

In het algemeen wil ik nog het volgende zeggen. Sinds de zesde staatsherforming is de federale bevoegdheid om voorwaarden op te leggen aan ziekenhuizen zeer beperkt, in tegenstelling tot wat men misschien denkt. Heel wat van de concrete voorwaarden die het kader scheppen waarbinnen de ziekenhuizen functioneren, zijn een bevoegdheid van de deelstaten geworden.

19.03 **Barbara Pas** (VB): Mijnheer de minister, ik heb deze vraag al aan minister Verlinden gesteld. Ik kan u al zeggen dat zij niet bereid is om initiatieven te nemen. Zij verschuilt zich door te zeggen dat dit niet in het regeerakkoord staat. Dan is het heel gemakkelijk om de problematiek af te wimpelen. U weet even goed als ik dat heel veel zaken die niet in het regeerakkoord staan vandaag wel worden aangepakt en terecht.

Dat lost de problematiek die er is niet op. Ik dring er dus op aan dat u met uw collega, bevoegd voor taalwetgeving, samenzit. Het is te belangrijk. Het is al erg dat iemand in een ziekenhuis moet verblijven. Als die persoon dan niet in de eigen taal kan worden verzorgd en geïnformeerd, dan is dat bijzonder jammer.

De Brusselse vicegouverneur verwees jaren geleden al – want het is natuurlijk geen nieuwe problematiek – naar de pogingen aan Franstalige zijde om met het statuut van bepaalde diensten te rommelen en naar hoe creatief men is om niet meer onder die taalwetgeving te moeten vallen. Door de Brusselse OCMW-ziekenhuizen in de Iriskoepel te steken, geldt de taalwetgeving bijvoorbeeld niet meer. Dat heeft de vicegouverneur meermaals aangekaart.

Ik hoop dat u ook bij uw collega van Binnenlandse Zaken zult aandringen. Wij weten al decennialang dat de Brusselse autoriteit die toezicht heeft op het toepassen van de taalwet daar niets mee doet. De

taalwetgeving blijft een federale bevoegdheid. U kunt met deze regering perfect een apart administratief toezicht organiseren dat daar wel voor instaat. Ik merk dat de actie ook niet van uw kant zal komen. Ik zal daar dus nogmaals bij mevrouw Verlinden op aandringen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afspraken met de deelstaten over de financiering van de boosterprik" (55026841C)**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronafactuur per inwoner" (55026941C)**

20 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les accords avec les entités fédérées sur le financement de la dose de rappel" (55026841C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le montant de la facture de la crise du coronavirus par habitant" (55026941C)**

20.01 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik zal beginnen met mijn vraag over de boosterprik. Daar heb ik al het meest naar gevraagd.

Mijnheer de minister, hebt u nu al afspraken gemaakt over de verdeling van de kosten van de boosterprik? Ik heb u daar al naar gevraagd. Op dat moment was u nog niet zeker wie wat zou betalen, maar er stond op dat moment wel 527 miljoen euro ingeschreven in de ontvangsten van de deelstaten. Ik heb toen de Vlaamse minister van Begroting gecontacteerd, maar die kon niet bevestigen dat daar een akkoord over was.

Wat stel ik nu vast? Bij de notificaties van de begrotingscontrole is die 527 miljoen euro veranderd in 302 miljoen euro. Daar geeft u als uitleg bij dat de COVAX-vaccins federaal gedragen zouden worden. Tegelijkertijd staan bij de ontvangsten 123,9 miljoen euro ontvangsten voor testen, maar ook voor andere covidgerelateerde zaken die door het RIZIV worden afgehandeld. Ook die inkomsten zult u halen bij de deelstaten.

Welke afspraken hebt u gemaakt met de deelstaten? Is daarover op de IMC en binnen de financiële diensten beslist?

Wat is de actuele stand van de betaling van het uitrollen van de boosterprik? Welke afspraken hebt u daarrond gemaakt? Welke bedragen hebt u toegekend per deelstaat?

Volgens *De Standaard* is er 3.160 euro per inwoner uitgegeven om de coronapandemie te bestrijden. Hieronder valt ook de steun aan gezinnen, diverse maatregelen om de economie te ondersteunen enzovoort. De federale regering betaalde 27 miljard euro op basis van de gepubliceerde rapportage van de Hoge Raad voor Financiën. Voor de deelstaten was dat 9,4 miljard euro, maar daar ging het vooral om steun aan ondernemingen.

In het kader van die gepubliceerde bedragen had ik graag van u vernomen welke afspraken er met de deelstaten zijn gemaakt, welk akkoord er is gesloten en welke raming u voor de toekomst voorziet. Ik verwijs hierbij naar de notificaties van de begrotingscontrole, waar 825 miljoen euro extra in de coronaprovisie is opgenomen. Hebt u hierbij rekening gehouden met een bijkomende boosterprik of wat zit hier nog in vervat?

20.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, wat heeft men op het oog met deze provisie van 825 miljoen euro? Wat het RIZIV betreft, gaat het hoofdzakelijk over uitgaven voor testing, triage in afnamecentra, beschermingsmaatregelen voor de zorgverstrekkers, toezicht op covidpatiënten en een aantal andere maatregelen. Wat de FOD Volksgezondheid betreft, gaat het over de aankoop van testmateriaal voor het federale testplatform, de aankoop van covidgeneesmiddelen, het beheer van de strategische stock. Voor het Kenniscentrum gaat het over de financiering van klinische studies met betrekking tot COVID-19. Voor Sciensano gaat het dan weer over de financiering van diverse onderzoeken met betrekking tot COVID-19.

U gaf het zelf ook al aan in uw inleidende beschouwingen: hoe deze provisie uiteindelijk zal aangewend worden, zal afhangen van de afspraak die wij met elkaar zullen maken over de verdeling van de financiële lasten van de vaccinatiecampagne en eigenlijk ook van het testen in de toekomst. Dat geldt voor ons, maar ook voor de deelstaten.

Ik kan daar zeer kort over zijn. Wij hebben voorstellen gedaan. De deelstaten hebben hun mening gegeven. Ik ga ervan uit dat de financiële last van de vaccinatiecampagne verdeeld moet worden en dat de 80-20 sleutel die we lange tijd gebruikt hebben echt niet kan doorgetrokken worden voor de periode na 30 november, omdat de hoofdvantwoordelijkheid normalerwijze bij de deelstaten ligt en niet bij de federale overheid. Dat is evenwel een discussiepunt.

Op 20 april 2022 is er op vraag van de IMC Volksgezondheid een gezamenlijke IKW Begroting Volksgezondheid georganiseerd over de kostenverdeling van de vaccinatiecampagne na 30 november. Dit was een eerste inleidende vergadering. De standpunten van de verschillende regeringen zijn daarin gehoord en besproken, maar er is nog geen akkoord. Ik vind wel dat het tijd is om een dergelijk akkoord te sluiten. Maar men kan er natuurlijk niet van uitgaan dat de federale overheid voor 80 % blijft financieren wat eigenlijk een bevoegdheid is van de deelstaten. We zoeken daarover een akkoord.

20.03 Kathleen Depoorter (N-VA): *Oops, you did it again!* Het is de derde keer, mijnheer de minister, dat u goochelt met coronageld. De derde keer dat er ontvangsten of uitgaven worden ingeschreven in een begrotingscontrole zonder enig akkoord. Ik heb vanmiddag de Vlaamse minister van Financiën de vraag gesteld: "Bent u op de hoogte? Is er een akkoord?" "Nee hoor, er is geen akkoord." Op die manier smukt u evenwel uw begroting op. U schrijft 302 miljoen euro in. Die zullen wel van de deelstaten komen. U schrijft nog eens 124 miljoen euro in, maar ook dat zal u daar gaan halen.

U kunt in uw begroting toch geen bedragen inschrijven waarover u geen akkoord hebt? Zo kunt u toch niet budgetteren? Ik weet het, mijnheer de minister, de begroting is geen prioriteit voor Vivaldi, noch een specialiteit van Vivaldi. Maar dit tart toch elke verbeelding? Het is nu de derde keer dat ik in commissie een dergelijke vraag stel, en u doet weer net hetzelfde. Lukraak schrijft u wat middelen in. U kunt me nu niet zeggen dat er een akkoord is. Nee, u hebt een voorbereidende IKW gehad, en "we zullen het dan nog wel eens bekijken".

Dat is geen manier om met belastinggeld om te gaan en te budgetteren. Een begroting, mijnheer de minister, moet sluitend zijn en vooral gebaseerd op feiten. Hier baseert u zich op assumpties, op de goodwill van de deelstaten, die tot dusver altijd heel correct en gewillig zijn geweest, maar dit kan ik geen correcte manier van begroten noemen.

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

21 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitrol van het Belgian Incident Tracking System (BITS)" (55026878C)

21 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le déploiement du Belgian Incident Tracking System (BITS)" (55026878C)

21.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de dienst dringende medische hulpverlening is in 2019 gestart met de ontwikkeling van een nieuw registratiesysteem, het Belgian Incident Tracking System, kortweg BITS genoemd. Dat integrale systeem zou een meerwaarde betekenen voor de registratie van getroffen tijdens een ramp of andere calamiteiten. Het is ook een van de aanbevelingen die voortvloeiden uit de parlementaire onderzoekscommissie Terroristische Aanslagen van 2016.

Vanaf april 2022 zou een poging worden ondernomen om het systeem geleidelijk uit te rollen in de Belgische ziekenhuizen, teneinde uniform te kunnen werken bij rampen, zware ongevallen of crisissituaties.

Daarom heb ik de hiernavolgende vragen.

Is ieder ziekenhuis bereid mee te werken aan de uitrol van het BITS?

Wat gebeurt er met ziekenhuizen die niet de juiste hardware bezitten om het systeem correct te integreren? Hebben wij daarvan al een overzicht?

Heeft de FOD Volksgezondheid een tijdpad uitgewerkt om het systeem uit te rollen? Wordt dat kader ook opgevolgd door feedback van het terrein?

Wordt ook in opleidingen voorzien om iedereen met het nieuwe systeem te laten kennismaken? Indien ja, vanaf wanneer zullen die opleidingen worden gegeven? Wat is de planning ter zake?

Zullen de voertuigen die ter beschikking van de hulpcentra 112 en de dringende geneeskundige hulpverlening staan, worden voorzien van tablets? Op welke manier kan het personeel het BITS hanteren?

Werd nagedacht over grensoverschrijdende incidenten, aangezien in het BITS enkel Belgische ziekenhuizen zijn vermeld voor de regulatie van slachtoffers? Hoe zal de interregionale samenwerking verlopen?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, in navolging van de parlementaire onderzoekscommissie Terroristische Aanslagen is de dienst dringende hulpverlening van de FOD Volksgezondheid inderdaad gestart met de ontwikkeling van het registratiesysteem Belgian Incident Tracking System of BITS. Het dient onder meer om bij een ramp het nauwkeurige traject van de slachtoffers te kunnen bijhouden.

Een belangrijk uitgangspunt in het project is dat de medische hulpverlener prehospital zijn taken als hulpverlener moet kunnen opnemen. Binnen die context worden voertuigen voor dringende hulpverlening voorzien van BITS-polsbanden, maar niet van extra tablets of andere hardware.

De sleutelfiguren binnen het beheer van een incident, bijvoorbeeld de medisch directeur en zijn adjunct, kunnen de BITS-applicatie raadplegen via de mobiele applicatie die ontwikkeld is of via een webservice via eender welk toestel dat zij op zak en gepreconfigureerd hebben. Ze kunnen via deze applicatie ook de polsbandjes van de slachtoffers scannen.

De administratieve registratietaken werden toevertrouwd aan het Rode Kruis, als geprivilegieerde partner binnen het medisch en psychosociaal interventieplan. Het Rode Kruis brengt bij een ramp dus het nodige personeel en middelen ter plaatse voor een registratie in het BITS. Bij problemen of het ontbreken van een toegang of preconfiguratie kunnen de zorgverleners ook een beroep doen op het Rode Kruis.

De uitrol binnen de Belgische ziekenhuizen met een erkende spoedgevallendienst is gestart in april vorig jaar. Aangezien het tijdens de afgelopen covidperiode niet altijd eenvoudig was om infosessies, opleidingen en testmomenten te plannen, heeft het project wel wat vertraging opgelopen. Tegen eind dit jaar moet het systeem wel volledig uitgerold zijn in de ziekenhuizen en klaar zijn voor implementatie bij incidenten en rampen, althans voor wat de prehospital medische en psychosociale hulpverleningsketen betreft (de discipline 2).

Er wordt aan de ziekenhuizen een infosessie, een e-learning en testomgeving en begeleide testmomenten aangeboden, waarna ze als actief gebruiker in het BITS worden toegevoegd.

In een eerste fase is dit een uitrol van het BITS zonder koppeling aan het eigen ICT-systeem van het ziekenhuis. Ziekenhuizen krijgen binnen de BITS-applicatie een zicht op de aankomende stroom van patiënten in de richting van de spoedgevallendienst en ze registreren de aankomst van die patiënten in de BITS-applicatie.

In een tweede fase zal een koppeling, een synaps, ontwikkeld worden tussen het BITS en het informaticasysteem van het ziekenhuis. Het doel hiervan is dat de twee systemen elkaar zouden voeden met informatie. De synaps wordt zo ontwikkeld dat het compatibel is met de grote diversiteit aan patiëntenregistratiesystemen en ook hardware die er bestaan in België. In principe zal dus elk ziekenhuis zijn systeem kunnen koppelen. De start van deze ontwikkeling is voorzien voor begin 2023.

Tijdens de uitrol van het BITS-systeem is er een voortdurende wisselwerking tussen het ontwikkelteam en het terrein. Hierdoor kunnen de applicatie en de vooropgestelde procedures continu bijgestuurd en verbeterd worden. Het vergroot ook enorm de betrokkenheid van de mensen op het terrein. Voorts worden evoluties binnen het BITS ook voortdurend bewaakt door de werkgroep binnen de FOD Volksgezondheid en dit in nauwe samenwerking met de Provinciale Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, waar ook de ziekenhuizen zijn vertegenwoordigd, alsook door de werkgroep Ziekenhuisnoodplan.

Ten slotte zijn er ook evaluatiemomenten gepland na elk gebruik van het BITS bij een incident of een oefening. Wat de grensoverschrijdende hulpverlening betreft, is het correct dat standaard alleen Belgische ziekenhuizen in de lijst van bestemmingen werden opgenomen, maar het BITS voorziet in de mogelijkheid om buitenlandse ziekenhuizen toe te voegen aan de lijst, indien dit noodzakelijk zou zijn.

21.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik denk dat dit systeem een behoorlijke vooruitgang op het terrein kan betekenen. Ik ben benieuwd naar het resultaat en ik zal de uitrol ervan opvolgen en bekijken of die synaps met die verschillende software- en hardwaresystemen vlot zal verlopen. We weten immers allemaal dat het problematisch bleek te zijn dat er zo veel verschillende software- en informaticasystemen in de gezondheidszorg bestaan. Dat moet opgevolgd worden. Ik hoop van ganser harte dat het vlot geïntegreerd en gebruikt zal worden. Hopelijk niet al te veel natuurlijk, want we zitten niet te wachten op incidenten.

Ik denk dat de grensoverschrijdende incidenten proactief bekeken moeten worden en dat we niet moeten wachten tot er een grensoverschrijdende ramp gebeurt. Dan is het natuurlijk te laat om zulke zaken te implementeren. Ik denk dat daar toch al aan gedacht moet worden.

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

22 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Nomenclatuurherziening" (55026885C)

22 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La révision de la nomenclature" (55026885C)

22.01 Frieda Gijbels (N-VA): Ik heb deze vraag ingediend naar aanleiding van een artikel in de *Artsenkrant* van maart dit jaar, waarin mijnheer Collin, administrateur-generaal van het RIZIV, werd geïnterviewd over de nomenclatuurherziening.

Voor anatoompathologie, nucleaire geneeskunde, moleculaire biologie en genetica zouden de werkzaamheden in de finale fase zitten.

Specifiek over de financiering van de klinische biologie, geeft hij aan dat bijkomend studiewerk werd verricht. Hij maakt daarbij de vergelijking met andere landen en haalt aan dat klinische biologie elders vaak in loondienst gebeurt, waarmee hij lijkt te suggereren dat die piste ook hier bekeken wordt.

Wat is uw mening over loondienst voor klinisch biologen? Is dat volgens u het te bewandelen pad?

Wat is uw mening over loondienst voor andere geneeskundige disciplines? Moet zulks volgens u per specialiteit worden bekeken en zo ja, wat zijn dan de criteria?

Wat zijn de bevindingen met betrekking tot de nomenclatuur voor anatoompathologie, nucleaire geneeskunde, moleculaire biologie, genetica en klinische biologie?

Wordt er voor andere disciplines, zoals voor de tandheeskunde, ook gewerkt rond nomenclatuurhervorming? We horen er vooralsnog weinig over, maar zoals u weet is de nomenclatuur in de tandheeskunde sterk verouderd, want ook problemen met zich meebrengt inzake de betaalbaarheid.

22.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik denk dat er enige verwarring bestaat tussen twee verschillende kwesties, maar dat verwijt ik u niet. We zijn inderdaad volop bezig met de nomenclatuurherziening voor de artsen, maar dat is iets helemaal anders dan het debat over het al dan niet in loondienst werken van artsen.

Een van de bedoelingen van de nomenclatuurherziening is wel om onredelijke inkomensverschillen tussen huisartsen en specialisten te corrigeren. Wanneer onredelijke inkomensverschillen samenhangen met de nomenclatuur, kan je dat corrigeren door de nomenclatuur te herijken, maar dat zegt niets over het onderscheid tussen werken in loondienst en werken als zelfstandige.

Ten tweede moet de nomenclatuurherziening ervoor zorgen dat er binnen de honoraria een onderscheid

wordt gemaakt tussen honoraria die bestemd zijn om de verstrekking door de arts te dekken en honoraria die de kosten dekken voor de uitvoering van die medische verstrekkingen die niet gedekt worden door andere bronnen. De opsplitsing van die dualiteit in de honoraria vandaag is een belangrijke doelstelling die veel onderzoek vereist. Die nomenclatuurherziening verloopt in verschillende fasen. De eerste fase is een beschrijvende fase, waarbij de omschrijving van de verstrekkingen wordt herbekeken, aangepast waar nodig en geherstructureerd waar nodig. In het eerste deel van de tweede fase (2.1) wordt een vergelijkende relatieve waardeschaal voor het professioneel gedeelte uitgewerkt, dus het eigen vergoedingsgedeelte van de verschillende medische prestaties voor de artsen, op basis van de tijdsduur, de complexiteit, het risico van de medische akte. In het tweede gedeelte van de tweede fase (2.2) worden de werkingskosten in kaart gebracht.

Voor de klinische biologie is fase 2.1, dus de vergelijkende relatieve waardeschaal voor het professionele gedeelte van de prestaties, toevertrouwd aan een specifieke werkgroep van de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen. In het kader daarvan is een voorstudie gebeurd, waaruit is gebleken dat in een aantal landen klinische biologen in loondienst werken. Ik denk dat de heer Benoît Collin daarnaar heeft verwezen. De vraag of de nomenclatuurherziening tot doel heeft om artsen in loondienst te doen werken of niet is echter van een andere orde. Ik zou daar alleszins helemaal niet op kunnen vooruitlopen. U moet dat onderscheid echt maken. Dat geldt eigenlijk ook voor de andere specialismen die u vermeld hebt. U vroeg hoe het zit met de nomenclatuurherziening in de anatoompathologie, nucleaire geneeskunde, moleculaire biologie, genetica en klinische biologie. Binnen de anatoompathologie, de nucleaire geneeskunde, de moleculaire biologie en de genetica heeft men in de eerste fase, de nomenclatuurlibellés herbekijken, maar beperkte aanpassingen nodig geacht, omdat de structuur van die nomenclatuur in die specialismen over het algemeen als bevredigend wordt beoordeeld.

Ik kan een ander voorbeeld geven: de nomenclatuur van de sector van de radiotherapie zal, wat die *libellés* betreft, veel grondiger worden herbekeken, omdat men dat eerder verouderd vindt. Ook daar is er evenwel geen band tussen dat en een debat over loondienst of niet.

Tot nu toe concentreert heel het lopende onderzoek zich inderdaad op de medische nomenclatuur. U hebt gelijk: er valt veel te zeggen over het feit dat de nomenclatuur in veel andere disciplines verouderd is – tandheelkunde en zelfs andere -, maar daar zijn wij nog niet aan begonnen en dat staat ook nog niet onmiddellijk op de agenda.

22.03 Frieda Gijbels (N-VA): Ik was zelf ook in de war, want in een interview over de herziening van de nomenclatuur had ik ook niet verwacht dat men het zou hebben over een concept als loondienst voor artsen. Daarom verontrustte het mij ook enigszins. Het leek alsof het om een al verworven concept ging, terwijl mij dat echt niet wenselijk lijkt. De gezondheidszorg heeft in de coronacrisis standgehouden in dit land, net door de werklust en de gedrevenheid van de artsen, die het gewoon zijn veel en hard te werken. Voor onze partij blijft prestatiegeneeskunde deel uitmaken van de geneeskunde. Je hoeft maar even over de grens te kijken, bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk, om te zien dat werken in loondienst voor een arts niet altijd bevorderlijk is voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, en al helemaal niet voor de wachtlijsten. We moeten het zorgondernemerschap echt koesteren en in stand houden, want volgens mij draagt dat bij aan de kwaliteit van de geneeskunde, aan de wil om te vernieuwen, om te blijven onderzoeken en te blijven bijscholen, de beste te willen zijn. Ik denk niet dat we eenheidsworst willen.

Tegelijk vind ik ook wel dat er zeker kwaliteitsdoelstellingen aan mogen worden gekoppeld, ook om misbruiken tegen te gaan. Ook mag het geen interdisciplinaire samenwerking in de weg staan, maar ik veronderstel dat we hierover nog wel debatten zullen voeren.

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

23 **Samengevoegde vragen van**

- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het honoraria-akkoord met de logopedisten" (55026887C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De logopediesector" (55027457C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De alarmbel van de logopedisten" (55027672C)
- Daniel Bacquelaire aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De

opwaardering van het beroep van logopedist" (55027695C)

23 Questions jointes de

- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord relatif aux honoraires conclu avec les logopèdes" (55026887C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le secteur de la logopédie" (55027457C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cri d'alarme lancé par les logopèdes" (55027672C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La revalorisation du métier de logopède" (55027695C)

De **voorzitter**: De heer Bacquelaine laat zich verontschuldigen.

23.01 **Ellen Samyn** (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, door het uitblijven van een honoraria-akkoord met de logopedisten besluiten tal van logopedisten om hun tarieven zelf op te trekken. De beroepsvereniging trok reeds aan de alarmbel. Stefaan Lefevere van de beroepsvereniging liet in *De Standaard* van 8 april optekenen dat dagelijks vier logopedisten stoppen omdat het financieel niet meer haalbaar is. Gelet op de lange sluitingen van de scholen en de vele onderbrekingen door quarantaines vanwege covid, hebben logopedisten de handen vol om kinderen bij te staan.

Mijnheer de minister, wanneer zult u een nieuw honoraria-akkoord afsluiten met de logopedisten? Wat is de stand van zaken in dat dossier? Hoeveel logopedisten zijn er momenteel actief? Welke directe maatregel kunt u nemen om de prijsverwarring die thans ontstaan is, tegen te houden?

23.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): *Mijnheer de minister,*

Er bereiken mij alarmerende berichten over de honoraria, hoge administratieve last, wachtlijsten, ... binnen de logopedie. Het valt daarbij ook op dat steeds meer logopedisten hun praktijk stopzetten. Daarom heeft de studiedienst van de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten (VVL) begin dit jaar een enquête opgezet om te peilen naar een aantal heikele kwesties. In totaal werden er 1080 enquêtes ingevuld, met als belangrijkste resultaten:

- Bijna 60% geeft aan dat een zelfstandige praktijk niet financieel leefbaar is
- Bijna 35% overweegt om zich te deconventioneren
- Bijna 30% overweegt om te stoppen met zijn of haar zelfstandige praktijk
- 30% geeft aan te overwegen om uit het logopedisch beroep te willen stappen
- 71% zegt dat ze patiënten moeten weigeren of op een wachtlijst plaatsen, waardoor patiënten zonder logopedische zorg achterblijven

De vorige conventie voor logopedie liep eind 2021 af. In de RIZIV Overeenkomstencommissie LogoMut werd op 27 januari 2022 met de ziekenfondsen een akkoord bereikt over een correctie van het honorarium tot €33.40, het verbeteren van de nomenclatuur voor de patiënten (binnen budget) en het verminderen van de administratieve overlast. Tot op heden is er echter nog geen nieuwe overeenkomst, wat ten nadele is van patiënten en logopedisten. Het RIZIV Verzekeringscomité heeft er einde april 2022 van afgezien een conventie op te leggen zonder correctie van het honorarium. Er werden 4 weken gegeven om een nieuwe overeenkomst te onderhandelen.

Vandaar deze vragen:

- Bent u op de hoogte van de bezorgdheden van logopedisten en de vermelde problemen in de sector?
 - Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de onderhandeling van een nieuwe conventie? Wat heeft ervoor gezorgd dat er niet tot een consensus gekomen werd en er nog steeds geen nieuwe conventie werd afgesloten?
 - Wat zal u ondernemen om de situatie binnen de sector te verbeteren?
- Met dank voor uw antwoorden.*

23.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, "Ook zonder dyscalculie klopt de rekening niet". Dat was een van de slogans die wij vorige week donderdag zagen op de protestbijeenkomst van verschillende logopedisten in Brussel. Zij kwamen op straat tegen de hoge werkdruk, onderbetaling en onderwaardering. Er waren getuigenissen van logopedisten die gestopt zijn met hun praktijk, omdat het niet meer haalbaar is. Volgens de Vlaamse beroepsorganisatie stopt maandelijks een op vier logopedisten met hun praktijk.

Een logopediste getuigde: "Het leven wordt ook voor ons almaar duurder. Elk jaar hoopte ik op een loonsverhoging, maar elk jaar moet ik meer en meer naar mijn spaarcenten kijken. De kosten zijn hoog en die worden afgetrokken van ons loon: materiaal, testen, vormingsdagen. Wij doen ook bezoeken aan scholen, de brandstof is voor iedereen duurder geworden. Daarbovenop ook nog eens onbetaalde uren voor facturatie, overleg en administratie. Ik heb een jobaanbieding gekregen in een revalidatiecentrum met betere arbeidsvoorwaarden."

De logopedisten trekken dus aan de alarmbel en vragen dat er een oplossing komt. Zij willen dat via een conventie met het RIZIV de honorariumverhoging van 5 euro per half uur gehonoreerd wordt.

Ik heb hierover de volgende vragen, mijnheer de minister.

Hebt u hun protest gehoord? Hoe komt het dat er nog geen nieuwe conventie met het RIZIV is? Gaat u het akkoord tussen de ziekenfondsen en de logopedisten om het honorarium op te trekken tot 33,40 euro honoreren?

Hoeveel logopedisten zijn er in ons land actief? Wat is de stand van zaken van de wachtlijsten voor kinderen die logopedie nodig hebben? Hoeveel kinderen deden in 2021 een beroep op een logopedist in ons land?

23.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, op het einde van 2019 waren er 10.229 bij het RIZIV ingeschreven en actief verklaarde logopedisten, op het einde van 2020 waren dat er 10.805 en op het einde van 2021 11.442. Er is dus een relatief belangrijke stijging van de cijfers.

Met betrekking tot de tarief- of prijsverwarring waarover sprake bij een van de vraagstellers, is er één goed antwoord. Als wij patiënten tariefzekerheid willen geven, moet er een conventie tot stand komen tussen de beroepsvereniging van de logopedisten en de verzekeringsorganisaties. Bij een dergelijke conventie worden er tarieven vastgelegd. Hoe meer logopedisten zich aansluiten bij die conventie, hoe meer patiënten van logopedisten tariefzekerheid kunnen genieten. Ik hoop van ganser harte dat er een conventie tot stand komt. Dat is immers in het belang van iedereen.

Ik heb de beroepsverenigingen van logopedisten ontvangen op 5 mei. Ik heb toen gezegd dat ik begrijp dat de begrotingsdoelstelling die vooropgesteld is niet aan hun verwachtingen beantwoordt wat de verhoging van het honorarium betreft. Zij willen een zeer aanzienlijke verhoging. Dat gaat helemaal niet binnen de afgesproken begrotingsdoelstelling van de begroting voor gezondheidszorg, dat vergt veel meer geld.

Dat geld is er vandaag niet, hoewel wij een grote investering doen. Over de jaren heen is er al bij reeds een grote investering gebeurd in het budget voor logopedie. Als men de begrotingsdoelstelling voor 2022 vergelijkt met zes jaar geleden, is er in nominale euro's in zes jaar tijd een stijging met meer dan 50 %. Dat is dus een zeer belangrijke stijging.

Ik begrijp dat men zegt dat zelfs die stijging nog niet voldoet aan de verwachtingen. Het is echter wel een zeer belangrijke stijging. Mijn oproep aan de beroepsverenigingen is om te bekijken of ze binnen dat kader niet toch een akkoord kunnen afsluiten dat ze aan hun leden kunnen voorleggen, op basis waarvan dan tariefzekerheid kan worden georganiseerd.

Ik heb de beroepsorganisaties ook gezegd dat, als er een conventie tot stand komt, zij in 2021 kunnen genieten van een eenmalige, tijdelijke maar niet onbelangrijke extra injectie van meer dan 2 miljoen euro, die erbij komt. Dat is een gemiddelde verhoging van 1,4 % voor alle honoraria om de snelle stijging van de prijzen te compenseren, maar die extra injectie veronderstelt echt wel dat er een conventie tot stand komt.

Op de vraag of wij dat budget nog meer kunnen verhogen, is het antwoord dus neen. Het zou lichtzinnig zijn om dat te beloven en ik ben geen man van lichtzinnige beloften. Hoe kan men de prijsverwarring oplossen? Dat kan door een conventie af te sluiten. Als men een conventie afsluit, ligt er een eenmalige, tijdelijke extra injectie van meer dan 2 miljoen euro op tafel. Dat is niet onbelangrijk.

Ik begrijp goed dat dit nog niet aan de verwachtingen beantwoordt. Ik heb de vertegenwoordigers van de sector daarom gevraagd om voor het zomerreces samen te zitten voor een zeer grondige brainstormsessie over hoe zij de toekomst van het beroep zien en wat daarvoor moet gebeuren. Nu extra geld uittrekken, gaat echter niet lukken.

23.05 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Mevrouw Merckx zei het ook al, net omwille van het feit dat het financieel niet meer houdbaar is, verlaten heel veel logopedisten hun beroep. Zo ontstaan er wachtlijsten bij andere logopedisten. Dat is natuurlijk ook nefast voor de jongeren die deze logopedie net hard nodig hebben, want zij zijn het slachtoffer van een discussie die zich boven hun hoofd afspeelt.

De logopedisten vragen een verhoging van ongeveer 5 euro per sessie van een half uur. Die onderhandelingen zijn midden december opgestart, terwijl het akkoord eind december al afliep. Ik hoop dat u uw belofte houdt om deze zomer naar hun verzuchtingen te luisteren.

We moeten ook beseffen dat de herhaaldelijke sluitingen van de scholen omwille van covid niet goed was voor heel veel zwakkere kinderen. Naast extra psychologische bijstand is logopedie broodnodig om iedereen mee te krijgen. Ik heb u daarover in het verleden ook al vragen gesteld.

23.06 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt dat er geen geld meer is. Er is een studie verschenen van professor Crombez van de UGent die zegt dat er voor 3 miljard onterechte uitgaven in de gezondheidszorg zijn. Ik denk dat het hoog tijd is dat men het geld gaat halen waar het onterecht wordt uitgegeven.

De efficiëntieoefening die we nodig hebben, houdt in dat we overconsumptie bestrijden, maar ook dat we meer inzetten op preventie. Dat kan alleen als de hele gezondheidszorg naar de Gemeenschappen wordt overgeheveld en net die heel belangrijke oefening blijft in uw lade liggen. Alleen die oefening kan onze gezondheidszorg betaalbaar houden, een andere oplossing is er niet. Na het regeerakkoord hebben we daar niets meer van gehoord. Wij vragen ons dus af of daar nog werk van wordt gemaakt of dat het enkel bij woorden zal blijven.

23.07 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, in uw antwoord stelde u duidelijk dat er naar aanleiding van de begrotingsdoelstellingen geen geld is voor die vijf euro verhoging. U hebt echter niet meegegeven voor hoeveel euro er wel marge is. Ik weet niet of u daarvan een raming hebt gemaakt, maar dat antwoord was natuurlijk wel interessant geweest voor ons. Misschien kan u dat ons nog meedelen.

U hebt ook niet geantwoord op de vraag over de wachtlijsten. U merkt op dat er geen geld is. Over de enveloppe is immers al beslist. Het budget is de voorbije zes jaar al met 50 % gestegen.

Er zijn echter ook gewoon heel veel leerlingen met problemen, zoals dyscalculie, dysorthografie en dies meer. Heel veel leerlingen hebben dus een leerachterstand en hebben hulp van logopedisten nodig. Dat is vandaag het probleem, want die kinderen staan in de kou. Die opleg van vijf euro die velen vragen is echt onoverkomelijk voor heel veel gezinnen die dergelijke hulp net nodig hebben. Het is belangrijk om de kinderen op de eerste plaats te zetten.

Ik blijf dus op mijn honger wat betreft de vraag hoeveel euro u concreet wel zou kunnen geven per sessie, alsook over hoe het zit met het aantal kinderen dat op logopedische hulp wacht.

23.08 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, ik kan u cijfers geven indien u dat wenst. Misschien is dat inderdaad nuttig. Ik zal u de cijfers geven per globale budgettaire doelstelling.

Om te beginnen lag de budgettaire doelstelling in 2016, dus zes jaar geleden, onder de 100 miljoen euro, namelijk 99,6 miljoen euro. De uitgaven lagen ook in die buurt, namelijk onder de grens van 100 miljoen euro. In 2021 was de doelstelling 143,7 miljoen euro. Dat is dus een stijging met 44,1 procentpunt op vijf jaar tijd, in nominale euro's.

Door de pandemie is er niet zoveel uitgegeven. Men heeft in 2021 137,5 miljoen uitgegeven. Voor 2022, als ik de eenmalige extra injectie die ter beschikking is als men een conventie afsluit erbij tel, gaat de doelstelling naar afgerond 151 miljoen euro.

De doelstelling voor 2022, afgerond 151 miljoen, moet u vergelijken met de doelstelling voor 2021. Die bedroeg 143,7 miljoen. Dan kunt u zien hoe belangrijk dat is. Er komt zo'n 7,4 miljoen euro bij. U kunt uitrekenen wat dat betekent. Dat is geen onbelangrijke stijging. We kunnen echt niet zeggen dat dit een besparingsvoorstel is, het is een belangrijke toename.

De logopedisten die ik ontmoet heb, vinden dat niet genoeg. Dat begrijp ik heel goed, maar dit laat wel iets toe voor een conventie. Dit laat wel verhogingen van honoraria toe. Men moet tot overeenstemming willen komen.

Mevrouw Gijbels, ik heb gisteren nog besluiten ondertekend waarmee overbodige en obsoleete verstrekkingen afgeschaft worden. We zijn voor tientallen miljoenen euro aan het verschuiven elke dag. Op een dag zal ik u eens een lange lijst geven. Wij zijn dus bezig met efficiëntieoefeningen, maar het geld valt niet uit de hemel. Dat is volgens mij ook niet het uitgangspunt van de N-VA.

23.09 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het is een evidentie is om de overconsumptie weg te werken. CT-scans zijn niet alleen schadelijk voor het budget, maar ook voor de gezondheid. Ik heb het echter vooral over die andere efficiëntieoefening, namelijk de communautarisering van de zorg.

23.10 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, bedankt voor deze extra informatie, want die maakt het natuurlijk wel concreter. Het gaat over 7 miljoen. Volgens mijn cijfers werden er 5,6 miljoen sessies gegeven in 2021. Als het nu iets meer is, omdat de coronacrisis is uitgedoofd, dan is er ongeveer 1 euro beschikbaar per sessie. Het gaat om 7 miljoen euro voor 5 miljoen sessies, dat komt toch uit op ongeveer 1 euro per sessie?

23.11 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, het is mij niet helemaal duidelijk wat u juist bedoelt. Ik zal gewoon neutraal de cijfergegevens opnieuw geven.

Voor het jaar 2021 was de begrotingsdoelstelling 143,7 miljoen euro, maar vanwege de pandemie lagen de feitelijke uitgaven een stuk lager, namelijk op 137,5 miljoen euro. De doelstelling voor 2022 was eerst vastgelegd op 148,7 miljoen euro en wij verhogen dat nu met die bijkomende eenmalige verhoging tot 150,95 miljoen, afgerond 151 miljoen euro. Ten opzichte van de doelstelling van 143,7 miljoen euro is dat is een verhoging van iets meer dan 7 miljoen euro. In vergelijking met de feitelijke uitgaven, toen erg geremd door de pandemie maar nu hopelijk niet meer zo geremd, is het echt wel een belangrijk stijging, namelijk 13 miljoen euro. Dan spreken we eigenlijk over een verhoging met 10 %.

Ik weet ook wel dat de prijzen ondertussen stijgen, wat ons allen zorgen baart, en ik weet ook dat de verwachtingen hoger liggen. De stelling dat er in tijden van een sociaal-economische crisissituatie geen akkoord kan worden gemaakt met een budgettaire mogelijkheid die in die mate stijgt, kan ik echter maar moeilijk geloven. Ik vraag de organisaties dan ook om een akkoord te zoeken.

23.12 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, als we 28 euro per sessie rekenen, dan kunnen er 5,4 miljoen sessies worden gehouden met het budget dat u voorzien hebt.

23.13 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, ik ga niet uit van het feit dat het per se 28 euro moet zijn. Men moet bekijken wat men kan.

23.14 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik begrijp dat men in 2021 niet volledig gefunctioneerd heeft. Echter, een verhoging van zowel het tarief als het aantal sessies in een gesloten enveloppe is in zekere zin niet logisch.

De eerste slachtoffers daarvan zijn die kinderen die vandaag geen logopedie krijgen of van wie de ouders gevraagd wordt om 5 euro te betalen. Heel veel kinderen zullen dan geen logopedie krijgen en meer leerachterstand oplopen. Dat is effectief urgent. U moet misschien toch nadenken over andere begrotingsdoelstellingen.

23.15 Minister Frank Vandenbroucke: Dat zal echt niet gebeuren. Ik kan niet begrijpen dat de beroepsorganisaties niet in staat zijn een akkoord te maken vanuit een begroting die stijgt naar 151 miljoen euro, wat een belangrijke stijging is, waar het 6 jaar geleden nog minder dan 100 miljoen was. Ik begrijp dat het niet aan de verwachtingen beantwoordt. We hebben ook een fundamentele gesprek over de sector nodig, daar ben ik het helemaal mee eens. Er zou nu echter een akkoord gesloten moeten worden. Dat is hun verantwoordelijkheid.

23.16 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Als die logopedisten op straat komen, is daar een reden voor. Als

minister moet u daarnaar luisteren en misschien uw plannen herzien. U moet bedenken dat het budget dat uitgetrokken is misschien niet voldoet aan alle kosten en de prijsstijging van de logopedisten en vooral de noden van al die kinderen die vandaag wachten op logopedische hulp.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55026923C van de heer Prévot wordt uitgesteld.

24 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toekomst van het Federaal Platform COVID Testing" (55026956C)**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toekomst van het federaal testplatform" (55026932C)**

24 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avenir de la Plateforme fédérale de Testing COVID-19" (55026956C)**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avenir de la plateforme fédérale de testing" (55026932C)**

24.01 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, het federaal testplatform werd in de covidcrisis ingericht voor de analyse van PCR-testen om het coronavirus op te sporen. Of het ooit nodig is geweest, daar kan over worden gediscussieerd – dat hebben wij ook al gedaan –, maar het wordt wel tijd om te analyseren of het testplatform vandaag nog een meerwaarde is en of de kosten wel gerechtvaardigd zijn. De acht federale labs krijgen immers forfaitair 270.000 euro per maand voor de analyse van maximaal 750 testen per dag, wat een uitgave van 2,16 miljoen euro per maand betekent.

Mochten zij meer dan 750 testen per dag moeten doen, dan worden zij bijkomend vergoed. Als wij naar de cijfers van Sciensano kijken, dan lijkt het aantal testen dat door het federaal testplatform wordt uitgevoerd tegenwoordig heel erg laag te zijn. Het totale aantal PCR-testen is overigens ook sterk teruggelopen, natuurlijk mede dankzij de snelle antigeentesten, die ofwel thuis of in de apotheek kunnen worden uitgevoerd. Die snelle testen zijn betrouwbaar en ook een stuk goedkoper voor de samenleving.

Ik heb hier de volgende vragen over, mijnheer de minister.

Hoeveel testen heeft elk federaal labo de laatste weken en maanden uitgevoerd? Welke labs hebben de 750 testen per dag gehaald en halen zij dat nu nog? Hoeveel werd er met andere woorden overgefinancierd gedurende de voorbije drie maanden?

Acht u het bestaan van het federaal testplatform momenteel nog nuttig? Werd dat besproken met de reguliere sector? Kan de sector het aantal testen aan? Op welke manier plant u de afbouw en de stop van de financiering van het federaal testplatform?

Wat is volgens u vandaag nog de indicatie van een PCR-test? Wat is de rol van de huisarts hierin? Is het niet aan de huisarts om te bepalen of een PCR-test zinvol is of dat een snelle antigeentest kan volstaan?

24.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik zal een vrij uitgebreid antwoord geven, maar ik denk dat dit nodig is.

De overeenkomst tussen het RIZIV en de laboratoria van het Federaal Platform COVID Testing werd gesloten voor een periode van 24 maanden en loopt ten einde in oktober 2022. De labo's werd aanvankelijk gevraagd om tot 7.000 testen per dag en per labo uit te voeren, dus een totale capaciteit van 56.000 testen per dag. Ze kregen daarvoor naast een eenmalige startvergoeding een maandelijkse vaste vergoeding van 12 euro per test voor een volume van gemiddeld 2.000 testen per labo per dag en een maandelijkse variabele vergoeding op basis van het aantal uitgevoerde testen.

De vaste vergoeding werd vanaf 1 oktober 2021 verlaagd naar een dagelijks gemiddelde van 750 testen. Dat aantal kwam overeen met het reëel aantal uitgevoerde testen. U zult zich onze discussies daarover herinneren.

Gezien de evolutie van de pandemie en de wijzigende testrichtlijnen stellen we vast dat het aantal effectief uitgevoerde testen verder afneemt. Voor de periode november 2021-januari 2022 werd gemiddeld het minimum van 750 testen per dag per labo bereikt en dit voor alle 8 labo's van het federaal platform. In februari 2022 merkten we al een daling op. Voor slechts de helft van de labo's werd het minimum van 750 testen per dag per labo bereikt. De daling zette zich verder in de maand maart. Slechts 1 site zat nog boven het minimum van 750 testen per dag per labo.

De labo's van het federaal platform analyseren momenteel stalen van 38 test- en triagecentra verspreid over België en worden ook ingezet voor clusteronderzoek en screenings. Daartoe heeft een aantal partners ook mobiele testteams opgezet, met name het UZ Leuven, het UZ Antwerpen en het UZ Gent.

Gezien de evolutie van de pandemie en de testrichtlijnen die wij afspreken in de IMC, bijvoorbeeld het niet meer testen van hoogrisicocontacten, het meer inzetten op zelftests en RAT bij symptomatische personen, worden de testcentra vandaag nog maar weinig gebruikt en zullen een belangrijk aandeel de komende weken en maanden sluiten.

Daarnaast zijn de partners van het federaal platform vandaag ook cruciaal in het opsporen van varianten, met name *variants of concern*, en voor het uitvoeren van genoomanalyses. Al die labo's maken deel uit van een groter consortium van 13 labo's.

Het grootste deel van de genoomanalyses wordt uitgevoerd in het raam van *baseline surveillance*, waarvoor de stalen van het Federaal Platform van groot belang zijn vermits zij een geografisch breed gebied omvatten via de 38 test- en triagecentra, alsook een homogene set van besmettingen en stalen omvatten.

De Risk Management Group bracht een nieuw model van testrichtlijn naar voren, gebaseerd op de parameters die ook worden gebruikt voor de coronabarometer, namelijk de drie niveaus, en afhankelijk van de kenmerken van de circulerende variant, wat dan een bijkomende dimensie was van deze "barometer voor de teststrategieën.

Dat model zou een eenvoudiger en een meer voorspelbaar richtsnoer moeten bieden voor de testrichtlijnen. In deze richtlijnen wordt ook meer ingezet op zelftesten en RAT. Het volledige testing- en tracingscenario dat wij hebben toegepast in de voorbije infectiegolven, waarbij vooral PCR-testen werden ingezet, zal slechts in een beperkt aantal van die scenario's opnieuw gebruikt worden.

Dat is de achtergrond, mevrouw Gijbels. Als wij die elementen koppelen aan de verwachte evolutie van het maximumaantal testen dat op piekdagen nodig zou zijn, naar schatting 75.000 tot 85.000, is het wel duidelijk dat de gevraagde minimumcapaciteit voor het federaal platform nu verminderd kan worden.

Er zijn verschillende opties onderzocht, gaande van de volledige sluiting over de gedeeltelijke sluiting tot de vermindering van capaciteit en basisfinanciering. Alles is in beschouwing genomen. Op die basis is besloten alle acht de platformen wel open te houden maar de gegarandeerde financiering te verlagen naar 200 testen per dag vanaf 1 april, waarbij aan de labo's van het federaal platform wordt gevraagd samen een capaciteit van 20.000 testen per dag te verzekeren, om zo te kunnen reageren op plotse opstoten.

Daarnaast wordt vanaf 1 juli 2022 een voorwaarde toegevoegd bij de vergoeding voor de terbeschikkingstelling van de capaciteit. De labo's van het federaal platform moeten ook een staalafnamecapaciteit kunnen verzekeren via georganiseerde of samenwerkende mobiele equipes en testcentra. Hier moet de gegarandeerde opschaalbare capaciteit overeenkomen met de verzekerde analysecapaciteit van de labo's.

De maandelijkse vaste vergoeding wordt verder teruggebracht van 270.000 euro naar 72.000 euro per site. Die maandelijkse vergoeding komt overeen met de geschatte minimale personeelskosten om het platform te laten functioneren, ook bij een lagere analyse van stalen. Het gaat hier dus wel om een belangrijke kostenreductie, maar toch proberen we de al gedane investeringen in dit platform optimaal te blijven benutten qua garantie van testcapaciteit en staalafnamecapaciteit.

In de laboratoria buiten het federaal platform blijft de monitoring van de capaciteit doorlopen aan de hand van een dashboard. Hier zijn er echter nergens garanties ingebouwd dat een minimale analyse- of staalafnamecapaciteit gewaarborgd blijft.

Voor wat uw vragen over de huidige testindicaties betreft, verwijst ik naar de eerder genoemde richtlijnen van de RMG, waar een duidelijk kader wordt gegeven. Dat zal ik nu niet herhalen.

Bij een evolutie zoals we die nu zien, wordt minder getest via PCR, zullen voornamelijk symptomatische personen worden getest en krijgen de huisartsen, en de artsen in het algemeen, opnieuw een belangrijkere rol in het voorschrijven van de tests.

24.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben hierover al eens van mening verschild. Volgens de N-VA-fractie is dat federaal testplatform nooit nodig geweest. We hebben van meet af aan gezegd dat de labs het aankonden. U beweerde het tegendeel. Akkoord dat er op een gegeven moment extra kosten moesten worden gemaakt, maar...

24.04 Minister Frank Vandenbroucke: Het verbaast mij dat u erbij blijft dat het nooit nodig is geweest. Speelt u de film eens opnieuw af zonder dat federale systeem!

24.05 Frieda Gijbels (N-VA): Men had de bestaande labs ook kunnen opschalen.

24.06 Minister Frank Vandenbroucke: Die zeiden zelf dat dat niet kon.

24.07 Frieda Gijbels (N-VA): Daarover heb ik dan toch andere informatie gekregen.

U zegt dat de labs nu ook worden ingeschakeld om te testen op de varianten. Dat vind ik een probleem. Het federaal testplatform krijgt nu een andere functie toebedeeld, waarschijnlijk omdat het anders te weinig werk heeft, maar tegelijk wordt de ervaring, die toch wordt opgedaan tijdens zo'n crisis, weggehaald bij de andere labs. Het is belangrijk dat die ervaring in het klassieke netwerk behouden en verankerd blijft, dat ze opnieuw gebruikt kan worden als het nodig zou zijn.

Er is gewoon ontzettend veel geld weggegooid. U hebt niet op geantwoord op mijn vraag in welke mate die acht labs overgefinancierd zijn? Ze hebben veel te lang forfaits gekregen voor het beperkte aantal tests dat ze deden.

Waarvoor werd dat geld gebruikt? Op die vraag heb ik evenmin een antwoord gekregen. Het werd ook al eerder aangegeven door de labo's zelf dat het geld niet naar de laboratoria is gegaan.

U geeft aan dat er een aantal opties waren: ze allemaal sluiten, enkele sluiten of ze allemaal openhouden. U kiest dan om ze allemaal open te houden. Ik begrijp dat echt niet. Dat zijn toch weggegooide miljoenen?

U zegt net nog dat er te weinig geld is in de medische sector. Er wordt dan blijkbaar aan de andere kant met geld gegooid. U moet mij toch eens uitleggen wat daarvan de logica is.

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

De **voorzitter:** Aan de orde is vraag nr. 55026944C van mevrouw Depoorter.

24.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb deze vraag daarnet reeds gesteld in een andere vorm.

24.09 Minister Frank Vandenbroucke: Dat klopt eigenlijk wel.

De **voorzitter:** Dan beschouwen wij deze vraag als reeds beantwoord.

25 Samengevoegde vragen van

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ondergraving van het CST-beleid door een Brits rapport" (55026945C)**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het CST" (55026967C)**

25 Questions jointes de

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La remise**

**en question de la politique relative au CST par un rapport britannique" (55026945C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le CST"
(55026967C)**

De **voorzitter**: Mevrouw Gijbels stelt dat haar vraag eigenlijk dezelfde vraag is en trekt ze in.

25.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, wij hebben dezelfde studie gelezen en vandaar dezelfde vraag ingediend.

Op 14 april werd het Britse COVID-19 Vaccine Surveillance Report door de Britse overheid gepubliceerd. Afgaande op de conclusies van het rapport kan gezegd worden dat men een covidvaccin neemt om het eigen risico van ernstige ziekte te verlagen. Zo hoorden wij gisteren ook van Sciensano. Het is echter minder van belang voor de personen in de omgeving.

Op pagina 4 van het rapport verklaart de overheid: "Omicron variant starts at 45 to 50% then drops to almost no effect from 25 weeks after the second dose. With 2 doses of Pfizer or Moderna effectiveness dropped from around 65 to 70% down to around 15% by 25 weeks after the second dose. Two to 4 weeks after a booster dose of either the Pfizer or Moderna vaccine following an AstraZeneca ..." U kent het, mijnheer de minister, dan gaat ook deze immuniteit naar beneden, wanneer er een combinatie is gegeven van AstraZeneca en Pfizer. Men heeft het over de vaccinatie-effectiviteit, die men toch wel vrij laag in transmissie gaat beschouwen, evenals in immuniteit.

Mijnheer de minister, wij hadden gisteren een technische vergadering met Sciensano. Daar werd net hetzelfde weergegeven als wat de Britse overheid publiceerde in de studie die ik aanhaal.

Welke interpretatie geeft u aan die cijfers van de Britse overheid en aan Sciensano? Welke gevolgen heeft deze vaststelling voor het gevoerde CST-beleid?

25.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik ga niet specifiek verder in op de verwijzing naar de Britse studie. Ik denk dat deze bij een reeks van vaststellingen gevoegd kan worden. Het komt erop neer dat de effectiviteit van de vaccins die we tot nu toe hebben gebruikt inderdaad beperkter is bij de omikronvariant dan bij de vorige varianten. De bescherming met betrekking tot besmetting en milde symptomen lijkt sneller af te nemen, maar met een booster is hun werkzaamheid ten aanzien van ernstige COVID-19 en mortaliteit nog steeds zeer hoog. Het risico van hospitalisatie en opname op intensieve zorg ligt volgens de recentste gegevens respectievelijk 67 % en 53 % lager bij mensen van 65 jaar en ouder na een booster dosis, tegenover mensen van dezelfde leeftijdsgroep na volledige vaccinatie zonder booster dosis. Op vlak van hospitalisatie en intensieve zorg heeft dat dus een zeer gunstig effect. Ik denk ook niet dat u dat bestrijdt. De eerste boodschap is dus dat deze vaccins nog steeds zeer nuttig blijken te zijn. Ook hun werkzaamheid daalt op dit punt eigenlijk niet zichtbaar, voor zover we nu weten.

Een andere zaak is het effect op de besmetting zelf, milde symptomen en de besmettelijkheid. Daar start uw discussie over het CST. Ik ben het op dat vlak absoluut niet eens met de snelheid waarmee u conclusies trekt. Ik zal mijn argument deels empirisch en deels theoretisch maken. Ik vind het theoretische wel zeer belangrijk. Voor het CST of varianten daarvan zijn er twee argumenten. Ikzelf vind die allebei valide. Ik verwacht van u niet dat u dat ook vindt.

Eén argument is dat, wanneer een regering een krachtige beslissing neemt, namelijk dat mensen op een bepaald ogenblik een dergelijk instrument moeten gebruiken wanneer zij bijvoorbeeld op restaurant of op café gaan of binnen in grote publieke infrastructures samenkomen, meer mensen zich zullen laten vaccineren. Men doet dus een soort van *nudging*.

U kunt voor of tegen die beslissing zijn. Dat laat ik even in het midden. Empirisch bestaat daarover echter heel veel materiaal dat bewijst dat een dergelijke maatregel werkt. Uit een studie van de TU Delft blijkt dat in de meeste bestudeerde landen, zijnde Denemarken, Frankrijk, Israël, Italië en Zwitserland, een toename van de vaccinatiegraad te zien was vanaf twintig dagen voor de invoering van het CST tot ongeveer veertig dagen na de invoering ervan.

Dat is een empirisch gegeven. Ik heb eerder al aangegeven dat een en ander in België niet gemakkelijk verifieerbaar is, omdat wij het CST maar heel stapsgewijs en naar mijn gevoel te aarzelend hebben ingevoerd. Wij hadden beter een krachtige en duidelijke beslissing genomen. In dat geval hadden wij

waarschijnlijk ook dat duidelijke effect gezien.

In landen waar die maatregel is doorgevoerd, zien wij dus dat effect.

Dat is een eerste dimensie van het debat. U kan tegen zijn en opperen dat het duidelijke effect er misschien wel is, maar dat u niet van dat soort politiek houdt. Dat kan.

Ik veronderstel echter dat het u meer gaat over de tweede dimensie, die u in het debat inbrengt. Dat is de vraag of de mensen worden beveiligd alsook of de gezondheidszorg wordt beveiligd, door het CST te eisen voor bepaalde types van activiteiten, dan wel of dat CST eigenlijk geen beveiliging is.

Op die vraag is voor mij het antwoord vanuit een theoretisch oogpunt onomstotelijk 'ja'. De vraag is in welke mate en ook of dat CST de enige beveiliging is en wanneer dat CST een beveiliging is.

De reden waarom het antwoord onomstotelijk 'ja' is, is de volgende. U hoeft hierop niet meteen te reageren, maar ik vraag u om er gewoon eens rustig over na te denken en er later op terug te komen.

Beeldt u groepen mensen in die samenkomen in gesloten ruimtes, waardoor er besmettingsgevaar is. Laten we ervan uitgaan dat ze samenkomen in een bepaalde context, zonder dat het CST wordt gevraagd en dat dezelfde groepen mensen samenkomen en het CST wel wordt gevraagd. Laten we ervan uitgaan – dit is heel essentieel – dat het gedrag van die mensen daardoor niet verandert en dat zij zich niet riskanter beginnen te gedragen nadat het CST is geëist als toegangsticket. Als men een groep mensen samenbrengt die ofwel zichzelf negatief getest heeft, ofwel reeds immuun was, ofwel gevaccineerd is, wat de risico's vermindert, met name op hospitalisatie, maar ook op besmetting en besmettelijkheid, en men hen om een CST vraagt, dan is het toch overduidelijk dat een bepaalde viruscirculatie minder impact zal hebben in termen van ernstige ziekte en ziekenhuisopname. Dat is toch evident.

De vraag is in welke mate dit gebeurt. Dat hangt af van de werkzaamheid van de vaccins en de circulatie van het virus. Als er dus weinig virus circuleert, dan maakt het niet veel verschil. Als er heel veel virus circuleert, en de testen en vaccins zijn van goede kwaliteit, dan maakt men wel veel verschil.

Alles hangt dus af van de circulatie van het virus, van de kwaliteit van de vaccins en van de kwaliteit van de testen. De fout die we volgens mij gemaakt hebben bij het introduceren van het Covid Safe Ticket, is dat we de indruk gegeven hebben dat dit een absolute veiligheid is. Daardoor zetten we mensen natuurlijk ook aan om zich vervolgens veel losser te gedragen. Als ze in een CST-context samenkomen, verspeelt men een deel van het voordeel. Dat is zoals een patiënt die statines inneemt en dan vindt dat hij elke dag frieten met mayonaise mag eten. Bewijst dat dat statine in dit geval een slecht medicijn is? Neen. Maar het mag geen excuus zijn om ongezond te eten of niet meer te bewegen.

Dat was ons probleem. We moeten dus meer doen dan enkel het CST, als men echt voor veiligheid wilt zorgen. Men mag niet de indruk geven dat mensen dankzij het CST risico's mogen nemen die ze anders niet zouden nemen. Maar dat dit effectief moet zijn, is evident. De mate waarin hangt af van de circulatie van het virus.

Er zijn heel goede redenen om in de huidige context te stellen dat het CST niet veel verschil zal maken en men het dus beter niet kan vragen. Het is inderdaad een hinderlijk ding. Maar als men te maken heeft met een zeer ernstige pandemie met een enorme viruscirculatie en men wil snel ingrijpen, maar het horecaleven toch laten doorgaan, dan is dat één element van beveiliging naast andere. Voor mij is dat overduidelijk.

De mate waarin die elementen van beveiliging moeten worden afgewogen, is een empirische kwestie, te beoordelen afhankelijk van de stand van de epidemie. Om die reden denk ik dat een instrument als het CST niet naar het containerpark moet worden gebracht, maar voorzichtig in de schuif gelegd.

25.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er zitten enkele fouten in uw redenering en u hebt ze eigenlijk zelf aangegeven.

De eerste fout is dat u stelt dat meer mensen zich laten vaccineren en dat het moeilijk is om dat te controleren in België. Het is echter niet moeilijk. In Vlaanderen waren er, op het moment dat het CST werd ingevoerd, procentueel gezien evenveel mensen gevaccineerd als in Frankrijk na het verloop van de verplichting tot vaccinatie. In Frankrijk werd gestart met 62 % van gevaccineerden, terwijl wij al een

vaccinatiegraad van 80 % bereikt hadden wanneer u startte. Mensen die overtuigd waren, waren dus al gevaccineerd. De oproep van de Vlaamse regering om zich te laten vaccineren, was al uitgebracht. De discussie die we voerden, ging over Wallonië en Brussel, maar ook daar zien we dat er procentueel een onvoldoende groot verschil is. Het CST heeft dus niet gedaan wat u en uw collega's hadden verwacht dat het zou doen.

In tweede instantie zet u gegevens met en zonder CST naast elkaar, in de veronderstelling dat de mensen zich niet anders zullen gedragen. U geeft uw fout toe, al zegt u "onze" fout, maar ik herinner me dat mijn partijvoorzitter van in het begin zei dat het een vals gevoel van veiligheid gaf. Inderdaad, dat gevoel van veiligheid is de boodschap die u hebt gebracht ten aanzien van de mensen. Mensen voelden zich beschermd met het CST en gedroegen zich anders. Wij kunnen ons allen situaties inbeelden waarvan wij als wetenschappers wisten dat het niet goed kon aflopen wanneer mensen een pasje toonden en vervolgens geen voorzorgsmaatregelen meer hoefden te volgen.

Op één punt hebt u gelijk. Wanneer er een verhoogde viruscirculatie is, moeten wij de mensen de boodschap geven dat ze voorzichtig moeten zijn, ook al zijn ze gevaccineerd. Men vaccineert zich immers vooral om niet zelf ziek te worden en te worden opgenomen in het ziekenhuis, en er is een heel klein effect op de transmissie. Mijnheer de minister, u bent helemaal fout door te blijven vasthouden aan het CST en aan het idee dat dit nu zal voorkomen dat we met zijn allen nog ziek worden.

Een tweede zaak waarnaar u niet verwijst en die we gisteren ook hebben gezien in de studie van Sciensano, is de hybride immuniteit. In uw CST houdt u daarmee zelfs geen rekening. Heel wat zorgverstrekkers hebben op een bepaald moment gezegd dat ze één keer gevaccineerd waren en X aantal keren ziek waren geworden en niet meer zouden meedoen en zich niet meer zouden laten vaccineren. Zij hebben geen CST, maar zijn toch beter beschermd dan de mensen die een volgens u geldig CST hebben.

U hebt uw tijd genomen om de hele uitleg te doen. Het feit dat u daarvoor heel veel tijd nodig hebt, zegt alles. Het is niet duidelijk.

25.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat zegt iets over het publiek.

25.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat zegt iets over het publiek? Ik denk het niet. Het is niet duidelijk. U hebt het aan het verkeerde eind. Het CST is niet het middel waarvan u in het begin van de crisis en van de vaccinatiecampagne dacht dat u de transmissie zou tegenhouden. Eigenlijk mag het dus in de vuilbak en niet in de schuif.

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

De **voorzitter**: Aan de orde is vraag nr. 55026946C van mevrouw Depoorter.

25.06 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat is eigenlijk ook al een gedateerde vraag. Ondertussen werd beslist dat er voor meergezinswoningen toch rekening gehouden wordt met de prijsstijging. De vraag is dus zonder voorwerp.

De **voorzitter**: De vraag wordt bijgevolg ingetrokken.

*La réunion publique de commission est levée à 19 h 58.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.58 uur.*