

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 14 JUIN 2022

DINSDAG 14 JUNI 2022

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 14 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.14 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, je ne sais pas si on est déjà au clair avec l'horaire de cet après-midi. Je n'ai pas de problème, je peux rester tard. Il y a un nombre important de questions.

Sous la législature précédente, des modalités avaient été prévues pour améliorer les choses. Un certain nombre de questions demandent effectivement un échange pour différentes raisons. Pour un certain nombre d'autres questions, on pourrait très bien travailler par questions écrites mais les délais de réponse sont très longs. Quand on transforme ici une question orale en question écrite, on n'obtient la réponse que trois semaines plus tard.

Sous la législature précédente, on avait organisé les travaux de manière assez efficace: pour les questions transformées en question écrites en commission, on recevait immédiatement la réponse sur papier et le chemin était ensuite poursuivi au sein des services pour l'encodage. Cela permettait des délais de réponse acceptables et raisonnables.

C'était très positif à la fois pour le ministre, pour les services et pour l'organisation de l'agenda.

Monsieur le président, pourrait-on reprendre ces modalités d'application qui existaient sous les précédentes législatures?

Le **président**: Je propose de ne pas consacrer un long débat à ce sujet, mais nous sommes effectivement à 103 points à l'ordre du jour aujourd'hui. Nous devons absolument terminer cet agenda avant le congé. Je vais demander à M. le ministre s'il est d'accord avec ce mode opératoire qui nous permettrait effectivement de gagner du temps: la transformation en question écrite en commission et l'obtention immédiate de la réponse écrite sur papier.

Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik heb daar a priori niets tegen. Ik denk dat de Kamer moet nadenken over wat het gevolg is als men dat doet. Men kan eerst een mondelinge vraag indienen om dan snel een schriftelijk antwoord te krijgen. Ik denk dat we dat moeten vermijden.

De **voorzitter**: Ieder is meester van zijn vragen.

Chacun reste maître de ses questions mais tout le monde connaît la longueur de l'agenda et nous allons devoir faire quelque chose. Nous verrons si M. le ministre peut rester un peu plus longtemps ou venir une fois de plus. Chacun choisira, en fonction de ses questions, ce qu'il souhaite transformer en questions écrites pour ce qui est prévu à la séance du jour.

01 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La privation d'assurance obligatoire pour non-paiement des cotisations d'assurance complémentaire"

(55027438C)

01 **Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitsluiting van de verplichte verzekering bij niet-betaling van aanvullendeverzekeringsbijdragen" (55027438C)**

01.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, plusieurs médecins généralistes m'interpellent au sujet de patients qui sont privés d'assurance obligatoire par leurs mutuelles parce qu'ils n'ont pas payé leurs cotisations d'assurance complémentaire. Dans toutes les régions du pays.*

Êtes-vous au courant?

La règle est pourtant très claire. La mutualité ne peut, selon l'office de contrôle des mutualités, exclure un affilié du bénéfice des remboursements des soins de santé s'il n'a pas payé sa cotisation complémentaire. Donc: le seul système légalement obligatoire reste l'assurance maladie-invalidité. Celle qui est prévue par la sécurité sociale (INAMI).

Pourriez-vous intervenir auprès des mutuelles avec un courrier de rappel sur cette règle qui ne peut souffrir d'aucune interprétation? Il en va de la protection des patients et de leur santé.

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Fonck, comme vous le soulignez, une mutualité ne peut effectivement exclure un affilié du bénéfice des remboursements des soins de santé dans le cadre de la sécurité sociale s'il n'a pas payé ses cotisations pour l'assurance complémentaire obligatoire.

Je ne suis pas informé de cas dans lesquels des mutualités auraient privé des membres du bénéfice des avantages de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités parce qu'ils n'auraient pas payé leurs cotisations d'assurance complémentaire obligatoire.

Il en va de même de l'Office de contrôle des mutualités, que j'ai consulté à cet égard, et qui me précise que les conséquences de l'absence de paiement des cotisations de l'assurance complémentaire obligatoire ont été, à sa demande, reprises dans les statuts des mutualités, en soulignant l'absence de répercussions sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les mutualités ont, conformément à la réglementation en vigueur, envoyé aux personnes en défaut de paiement des cotisations de l'assurance complémentaire obligatoire un courrier qui les informe des conséquences de cette absence de paiement lorsqu'elle perdure au moins 24 mois; mais ceci ne concerne aucunement l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Il n'est pas à exclure que certaines personnes qui ont reçu ce courrier confondent ces prestations et celles de l'assurance complémentaire, qui est également obligatoire depuis 2012. Il y a peut-être une confusion dans l'interprétation de ce qui se passe.

01.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, peut-être y a-t-il parfois des confusions. Mais je peux vous dire clairement qu'il y a des situations sur le terrain où il n'y a aucune confusion dans l'interprétation du contenu de ce courrier, et où des patients sont effectivement privés d'assurance obligatoire.

Cela ne va pas! C'est inaudible! Cela ne vient pas de "on dit"; cela vient de plusieurs médecins généralistes. Les témoignages sont convergents. Les patients concernés sont souvent dans une situation pas du tout facile. Il est difficile de leur demander de contacter l'Office de contrôle des mutualités ou le médiateur. Je pense que, quand on dit cela, on est à mille lieues de la réalité du terrain.

Ce que j'attends de vous, c'est un rappel très clair et très fort sur cette règle, directement auprès des mutualités. Il n'y a aucune interprétation possible: on ne peut pas priver les patients d'assurance obligatoire s'ils n'ont pas payé leurs cotisations d'assurance complémentaire.

J'ose espérer, monsieur le ministre, que vous interviendrez en ce sens et que vous ferez ce rappel aux mutualités. Vous les voyez souvent. L'idéal, ce serait de leur écrire et de le reformuler de façon très claire à leur intention. Mais vous les voyez souvent. Je vous demande vraiment de faire repasser ce message, et pour les patients, et pour la santé publique. Je vous remercie.

01.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Mais, madame Fonck, je vous prie alors de me communiquer les cas. En effet, lorsque je n'ai aucun cas, et comme c'est une règle bien connue des mutualités, il est un peu difficile de m'adresser à elles de but en blanc. Donc, si vous me communiquez les cas, je peux les étudier et si nécessaire, j'envoie un message à toutes les mutualités.

01.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Donc, si je comprends bien, il m'appartient de prendre contact avec les médecins généralistes pour qu'ils me communiquent des données confidentielles des patients!? La confidentialité reste un élément important.

Ce que je peux faire, c'est dire aux médecins généralistes d'écrire en disant "nous avons eu tel ou tel cas". Moi, je ne veux pas d'une chasse aux patients, parce que, par ailleurs, on aura rompu la confidentialité. Excusez-moi, monsieur le ministre, mais c'est votre job!

Laissez-moi la parole, le dernier mot est au Parlement. Cela figure encore dans le règlement de la Chambre.

Donc, en pratique, c'est votre job et votre responsabilité. Mais si vous ne croyez pas les médecins généralistes qui viennent jusque chez moi pour me dire qu'il y a un vrai souci... Et ce n'est pas la première fois. J'avais déjà pu observer la même chose, mais à l'époque, je n'avais pas bougé en me disant: "Bon. OK, cela a été remis noir sur blanc." Dont acte. Je prends note de votre réponse.

01.06 Frank Vandenbroucke, ministre: Je vous dis pourquoi je crois qu'il y a confusion. En premier lieu, nous n'avons aucun cas, aucun! Jamais!

01.07 Catherine Fonck (Les Engagés): Aucun cas dont vous êtes au courant!

01.08 Frank Vandenbroucke, ministre: Deuxièmement, nous venons d'envoyer des lettres aux membres qui n'ont pas payé l'assurance complémentaire libre pendant 24 mois, pour leur signaler qu'ils auront des problèmes en termes d'assurance complémentaire obligatoire. Ces lettres ayant été expédiées, je m'imagine qu'il y a peut-être confusion. Je ne sais pas. Vous avez la présomption d'être au courant des faits. Mais de grâce, donnez-moi une preuve de cas! Je ne vais pas, à nouveau, envoyer une circulaire à ce sujet, par ailleurs très bien connu, en l'absence de cas concret.

01.09 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, ma question n'a rien à voir avec ce courrier qui vient d'être envoyé. En effet, j'ai déjà déposé cette question depuis plusieurs mois. Je n'ai pas la date en tête. Je suis désolée mais il n'y a aucun lien de cause à effet avec le courrier que vous invoquez. Moi, en tout cas, je ferai le retour vers les médecins généralistes. En termes de confidentialité, il ne m'appartient pas de transmettre les patients concernés pour lesquels vous allez intervenir ensuite auprès de la mutuelle en disant que c'est le patient, X, Y et Z. Je ferai en tout cas un retour sur le fait que cela a bien lieu. Par ailleurs, comme simple députée, je n'ai pas une vue d'ensemble sur tous les médecins généralistes ou sur tous les médecins. En la matière, vous disposez de plus de leviers que moi. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55027599C van mevrouw Farih wordt op haar verzoek omgezet in een schriftelijke vraag.

02 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van schurft met ivermectine" (55027741C)

02 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement de la gale par l'ivermectine" (55027741C)

02.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, op 11 mei van dit jaar blokletterde VRT NWS: "Schurft rukt op in Antwerpen". Schurft rukt al langer weer op, en niet alleen in Vlaanderen. Het verhaal kwam toen in de pers, omdat er een tekort dreigt aan geneesmiddelen en zalfjes. Het Instituut voor Tropische Geneeskunde heeft wel nog een voorraad geneesmiddelen en stelt die ter beschikking van de Antwerpse apothekers. Het gaat om ivermectine, een stof die tegen verschillende soorten parasieten gebruikt wordt en ook werkt. Terwijl u tijdens het debat over de verplichte vaccinatie fulmineerde dat het een diergeneesmiddel

was, dat niet geschikt is voor menselijk gebruik, blijkt dat niet alleen het Vlaams Belang maar ook het Instituut voor Tropische Geneeskunde op de hoogte is van het gebruik van de stof.

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Niet tegen covid, zoals u hier toen kwam vertellen!

02.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Het blijft wel een humaan geneesmiddel. Het is jammer dat u dat als minister van Volksgezondheid niet wist, maar goed.

Ik heb wel enkele vragen over de behandeling van schurft met ivermectine. Hoeveel ivermectine is er op het moment in stock? Wat is de oorzaak van het oprukken van de schurftmijt en het daarmee verbonden ziektebeeld? Hoe ernstig is dat? Sinds 2009 is er geen meldingsplicht meer. Komt daar verandering in, nu het beestje weer oprukt? Welke therapie wordt gebruikt voor de behandeling van de huidandoening en de verdelging van de parasiet?

02.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe heeft in een vorig debat beweerd dat ivermectine een veelbelovend geneesmiddel was tegen covid. Dat hebt u hier verteld. Ik hoop alleen dat de mensen niet naar uw goede raad luisteren.

Wat het juiste gebruik van ivermectine betreft, er is geen gecommercialiseerd geneesmiddel voor menselijk gebruik op basis van ivermectine beschikbaar voor de behandeling van schurft. Mijn administratie heeft nog geen informatie ontvangen over de restvoorraad van het Instituut voor Tropische Geneeskunde.

De informatie over het oprukken van de schurftmijt en de meldingsplicht vallen eigenlijk onder de bevoegdheid van de deelstaten.

Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) raadt permethrinecrème als voorkeursbehandeling aan in de behandeling van schurft en geeft ivermectine als alternatief. Op uitzonderlijke wijze kunnen de onbeschikbare geneesmiddelen worden ingevoerd door de apotheker op basis van een speciaal voorschrift, de zogenaamde artsenverklaring.

Het gebruik van ivermectine is niet verboden in België. Er zijn twee vergunde geneesmiddelen voor humaan gebruik die ivermectine als werkzaam bestanddeel hebben: Soolantra crème is op de markt en IVERMECTIN SUBSTITPHARM-tabletten zijn eind 2021 vergund, maar de vergunninghouder heeft dat geneesmiddel nog niet op de Belgische markt gebracht. Zoals ik eerder stelde, kan een apotheker de orale vorm van ivermectine wel importeren uit het buitenland op basis van een artsenverklaring.

Inzake COVID-19 herhaal ik dat zowel de Wereldgezondheidsorganisatie, het Europees Geneesmiddelenagentschap als de Amerikaanse Food and Drug Administration aanbeveelt om ivermectine niet te gebruiken ter preventie of ter behandeling van COVID-19 buiten klinische studies. Er zijn onvoldoende gegevens van goede kwaliteit die de effectiviteit en de veiligheid van ivermectine in de preventie en de behandeling van COVID-19 aantonen.

02.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Ik wil eerst nog even ingaan op het inleidend deel van mijn vraag. Ik heb niets aangeprezen, ik heb de vraag gesteld waarom het middel niet gebruikt mag worden tegen COVID-19, want ik vind het raar dat het niet mag. Het middel heeft weliswaar tegenindicaties. Elk geneesmiddel heeft tegenindicaties, maar ik denk dat dat van vaccinaties ook gezegd kan worden.

02.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Daar gaan we weer.

02.07 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik neem liever een pil dan dat ik mij laat vaccineren met iets waarvan de mogelijke negatieve gevolgen op lange termijn nog onbekend zijn. Maar goed, daarover ging mijn vraag niet.

U hebt niet geantwoord op mijn vraag naar de oorzaak van de huidige opmars van schurft.

Ik vind het ook zeer raar dat u geen weet hebt van de voorraad geneesmiddelen, waaronder ivermectine, bij het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Ik dacht dat het voor een minister van Volksgezondheid belangrijk is om dat te weten. Zeker als schurft weer in opmars is, moeten we voldoende middelen hebben

om die te bestrijden.

In mijn googlezoektocht naar de oorzaak leerde ik dat schurft bij ons zo goed als verdwenen was, maar dat de aandoening uit tropische en subtropische gebieden door migratie hier weer opgang maakt. Maar dat mag natuurlijk niet gezegd worden, want dat is de olifant in de Kamer, of beter de olifant in de porseleinkast. Misschien moet ook dat eens bekeken worden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het protocolakkoord voor psychologen en orthopedagogen" (55027748C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de geestelijke gezondheidszorg (terugbetaling van eerstelijnspsychologie)" (55027857C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de geestelijke gezondheidszorg (terugbetaling van eerstelijnspsychologie)" (55027991C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de eerstelijnspsychologische zorg" (55028769C)

03 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le protocole d'accord pour les psychologues et orthopédagogues" (55027748C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi des soins de santé mentale (remboursement de la psychologie de première ligne)" (55027857C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi des soins de santé mentale (remboursement de la psychologie de première ligne)" (55027991C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des soins psychologiques de première ligne" (55028769C)

03.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik zal het heel kort houden, want wij hebben hierover vorige week gedebatteerd in de plenaire vergadering. Graag wil ik nog één vraag stellen.

Wat zijn de plannen met betrekking tot het project rond eerstelijnspsychologie na 2023?

03.02 **Els Van Hoof** (CD&V): We hebben inderdaad uw antwoord gehoord vorige week in de plenaire vergadering. U stelde duidelijk dat er 1.917 psychologen en orthopedagogen in een nieuwe conventie zijn gestapt. U verwacht dat de conventie tegen oktober 2022 zal worden uitgerold. Sinds januari zijn er al 38.000 patiënten in deze trajecten ingestapt. Dat zijn veelbelovende signalen inzake deze conventie.

Het is heel belangrijk dat we in de eerste lijn adequaat optreden om ervoor te zorgen dat milde problemen niet uitgroeien tot zware psychologische of psychiatrische aandoeningen. De uitrol is pas gestart na de zomer van vorig jaar. Niet alles kan worden verwacht binnen de zes maanden. U vraagt toch nog de eerste evaluatie. Ik hoor ook dat het iets moeilijker is om voldoende psychologen aan te trekken in de landelijke gebieden. Bij de conventie inzake kinderen en jongeren wordt de drempel van acht uur nogal hoog beschouwd. Kan een drempelverlaging voor een oplossing zorgen?

Mensen denken door de communicatiecampagne van vorig jaar nog altijd dat ze voor elf euro terecht kunnen bij een psycholoog. Wordt daar een andere communicatiecampagne tegenovergesteld? Heel wat klinisch psychologen en orthopedagogen worden met die vragen geconfronteerd. Het is vervelend voor hen om daar telkens op te moeten antwoorden. Het is beter juist te communiceren op dat vlak.

Het gesloten zorgbudget wordt voorzien per netwerk. Hoe verloopt de organisatie en het beheer van dit budget in de praktijk? Zijn er verschillen merkbaar?

In de resolutie die in het begin van deze legislatuur werd aangenomen, heb ik gehamerd op het belang van een meerjarenplan voor de geestelijke gezondheidszorg op het vlak van het budget en de evolutie naar de doelstelling van 12 % van het gezondheidsbudget. Geld lost niet alles op. We zitten echter in een overgangperiode, waarin de milde problemen van heel wat mensen wel zijn uitgegroeid tot zware

problemen. Zolang het publichealthinitiatief geen voet aan de grond heeft gekregen en niet uitgerold wordt, zal er altijd een groep blijven die met die zware problemen blijft worstelen.

03.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik ben blij dat mevrouw Depoorter er nog even op terugkomt, want ik heb, achteraf gezien, in mijn antwoord getallen genoemd die niet correct bleken te zijn. Dat is zeer vervelend. Ik was tevreden toen u vorige week naar de toenmalige stand van zaken vroeg en ik u die kon meegeven. Achteraf hebben de diensten mij gezegd dat die getallen een aantal dubbeltellingen bevatten over het aantal conventies. De evolutie is dus iets minder goed dan ik had geconcludeerd. Tegelijk is het aantal patiënten beter dan wat ik had gezegd.

Ik zal u nu de correcte gegevens meedelen. Op basis van de gegevens voor de maand mei 2022 van de vzw IM waren in het hele land 1.590 overeenkomsten gesloten. Het gaat dan over overeenkomsten en niet over individuele personen, psychologen of orthopedagogen. Ik had gesproken over 1.917 mensen. Wat is er gebeurd? Een aantal zorgverstrekkers hebben een overeenkomst gesloten, met verschillende netwerken voor geestelijke gezondheid. Tot mijn ergernis en spijt zaten er nog dubbeltellingen in het bestand dat aan mijn kabinet werd bezorgd op de dag dat ik de vraag heb beantwoord. Er is dus geen sprake van 1.917 personen.

De totale inzet komt op een aanbod van 15.715 uur per week en niet 19.000 uur per week. Dat blijft een mooie stijging in vergelijking met april. Het is een stijging van 28 % van het aantal overeenkomsten en een stijging van 27 % met betrekking tot het aanbod uitgedrukt in uur. Dat blijft dus een mooie stijging, maar ze is minder spectaculair dan die waar ik vorige week zo tevreden verslag over uitbracht in de Kamer.

Ik had ook gezegd dat er zowat 38.000 mensen op het aanbod zijn ingegaan. Dat aantal blijkt evenmin juist te zijn, want het zijn er 42.151. 'Haast en spoed is zelden goed', is de moraal van verhaal. Ik was blij dat ik net op tijd de gegevens kon bezorgen, maar er zaten helaas fouten in. Dat betekent ook, mevrouw Depoorter, dat ik vasthoud aan de geest van de discussies die we reeds hebben gevoerd. Het gaat dus vooruit, maar het zou nog sneller vooruit mogen gaan. De beroepsorganisaties doen hun uiterste best. Het is dus geen verwijt aan de betrokken beroepsorganisaties. Veel mensen op het terrein doen ook hun uiterste best. Het zou echter sneller vooruit mogen gaan. Er zit nu wel meer dynamiek in, onder meer doordat wij 13.000 individuele klinisch psychologen hebben aangeschreven vanuit ons centrale punt op de FOD.

Op de vragen van mevrouw Van Hoof kan ik het volgende antwoorden.

Ten eerste blijft de communicatie een echt verbeterpunt. Wij kampen inderdaad met dat probleem van bij het begin. In het begin was het nog enigszins verschoonbaar dat de communicatie van onze kant, maar ook van de kant van de netwerken niet helder was voor het grote publiek. Die communicatie moest duidelijker en beter zijn. Ondertussen is dat voor mij een heel belangrijk en dringend verbeterpunt. Wij hebben aan de netwerken beloofd dat wij hen zullen helpen met de op puntstelling van de communicatie.

Er is een offerte uitgeschreven voor een communicatiecampagne, op basis van een communicatieplan en communicatiemateriaal dat op korte termijn kan worden ingezet voor de sensibilisering van alle betrokkenen, maar dat ook bruikbaar is voor de communicatie aan de brede bevolking. Het communicatiemateriaal is er nu al. Dat kan worden gebruikt in afwachting van de uitvoering van een volledig geïntegreerd communicatieplan. De offerteaanvraag daarvoor is dus uitgeschreven. Het RIZIV verwacht de offertes tegen 21 juni 2022. De opdracht dient vervuld te zijn binnen een termijn van 45 dagen na de notificatie. Ik blijf voorzichtig, maar tegen september 2022 moet het echte communicatieplan, naar ik hoop, aan het lopen zijn en moet op alle niveaus de communicatie duidelijker, beter en efficiënter zijn.

Voor uw vraag over de landelijke gebieden moet ik eerlijk bekennen dat ik daarop niet zomaar durf te antwoorden. Het is duidelijk dat de uitrol moeilijker verloopt in de netwerken Kinderen en Jeugd. Dat blijkt uit de cijfers. Wat u aangeeft, kan juist zijn, namelijk dat die acht uur een rem is. Dat moeten we bekijken, maar het is ook mogelijk dat er nog andere remmende factoren spelen. Dat durf ik niet te zeggen, maar er is echt wel een verschil in dynamiek tussen de netwerken voor volwassenen en de netwerken voor kinderen en jongeren.

Mevrouw Depoorter, u vraagt ook wat ik van plan ben in de toekomst. De conventie is uitdrukkelijk gesloten voor twee jaar en de vraag is dus wat wij na 2023 zullen doen. Ik vind het niet verkeerd om te zeggen dat het een grootschalige proeftuin is – het is echt zo opgevat –, maar we geloven natuurlijk wel in wat wij doen en we gaan er dus van uit dat dit het begin is van iets dat wij structureel zullen doorzetten.

Vermits het echter om een echte cultuurshift gaat die onze klassieke manier van werken uitdaagt, hebben wij ook gepland dat er een grondige evaluatie moet gebeuren door een wetenschappelijke equipe in 2023, zodat wij kunnen bekijken waar aanpassingen eventueel nuttig en mogelijk zijn. De evaluatie wordt ook ondersteund door de maandelijks monitoring van de conventie op basis van een facturatie tool van de vzw IM. Dat laat ons overigens ook toe om de zaak voortdurend te volgen en eventueel bij te sturen. De wetenschappelijke studie is een partnerschap tussen de KU Leuven en de universiteit van Luik. De eerste resultaten daarvan verwachten wij tegen maart 2023. De onmiddellijke doelstelling moet natuurlijk de verdere uitrol zijn, want als men het als een proeftuin wil evalueren, dan moet het natuurlijk een proeftuin zijn die op volle snelheid draait. Zo kan men het echt goed evalueren.

03.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik moet bekennen dat ik donderdag positief verrast was. Ik ben nu natuurlijk enigszins ontgoocheld. U zal dat ook geweest zijn. Het gaat immers om 15 % minder. Dat tekent de chaos die er is rond de uitrol van de eerstelijnspsychologie.

Ik heb weken gezocht naar de cijfers van het aantal psychologen dat zich had geconventioneerd. U, in uw hoedanigheid van bevoegd minister, had ze duidelijk ook niet op tijd gevonden. Aan de transparantie moet er dus zeker worden gewerkt.

U stelt dat het vooruitgaat, maar die vooruitgang is toch echt niet wat u voor ogen had en beantwoordt evenmin aan de noden van onze patiënten vandaag. Die noden zijn langdurig en urgent. Er wordt door de beroepsgroepen ook duidelijk aangegeven dat zij niet alle patiënten kunnen helpen. Heel wat patiënten hebben meer dan tien sessies nodig en vallen niet onder de scope van de eerstelijns terugbetaling die u voor ogen hebt.

U haalde daarnet ook aan dat de uitrol bij de netwerken voor jeugd en kinderen enigszins moeizamer verloopt. Net dat is echter wat de psychologen mij vertellen: het dossier van heel veel kinderen binnen die jeugdproblematiek is veel complexer. Bijgevolg vallen zij niet onder de scope en de doelgroep die u voor ogen hebt.

Daarom is het voor klinisch psychologen en orthopedagogen heel moeilijk om ouders de boodschap te geven dat er wel een terugbetaling bestaat, maar niet voor hun kind, dat in nood is en absoluut zou moeten worden geholpen.

U hebt het ook over het communicatieplan. U zult dus een jaar en twee maanden na uw communicatie communiceren dat uw communicatie voorbarig was. U zult zo alle betrokken patiënten, die verwachtingen hadden, ontgoochelen. Dat is heel jammer.

Wat de toekomst betreft, had u het over een conventie van twee jaar, die na een jaar wordt geëvalueerd. Ik hoop dat u de evaluatie van 2023 al helemaal voorbereidt, zodat ze onmiddellijk kan worden uitgevoerd en wij niet nog een jaar conventieloos voort moeten werken en de patiënten niet een jaar moeten wachten op uw evaluatie om opnieuw te worden geholpen. Dat zal immers het geval zijn.

Continuïteit in de geestelijke gezondheidszorg is absoluut een aandachtspunt. De uitrol van uw netwerken naar een rechtspersoon is absoluut een aandachtspunt, net zoals de verankering in de RIZIV-overeenkomsten.

03.05 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, dank u voor de antwoorden. U hebt heel duidelijk gezegd dat het een proeftuin is, een eerste stap, en dat we het op die manier moeten bekijken. Er zijn dus nog heel wat *lessons learned* die moeten worden meegenomen. Het is nog nieuw en u zult het vrij vroeg evalueren, in maart 2023. Dat is heel snel voor een proefproject, maar het is wel belangrijk om hier kort op de bal te spelen. De noden zijn immers zeer groot. Misschien kunnen we al voor 2023 bijsturen als het in landelijke gebieden minder goed verloopt. Ook als er voor kinderen en jongeren problemen zijn, is het misschien zaak om daar toch op te werken bij uw eerste evaluatie of tussentijdse monitoring, aangezien die toch maandelijks gebeurt.

Het is goed dat u inzet op de communicatie. Er zijn immers verkeerde boodschappen vertrokken na de zomer van vorig jaar, al waren ze wel goed bedoeld. Het is goed dat u het initiatief hebt genomen om die communicatie op punt te stellen.

Dan zijn er de governancestructuren. Men kan die uiteraard niet vastpinnen wanneer er sprake is van proeftuinen, maar ook daar moeten we onderzoeken of er rechtspersoonlijkheid moet worden verleend en of we de optie van de gesloten budgetten moeten lichten. Die elementen moeten worden meegenomen in de evaluatie.

Het budget blijft uiteraard het grootste probleem en daar geeft u niet meteen antwoord op. Ik begrijp dat dit niet altijd kan, maar de ambitie zou toch moeten zijn om niet alleen wat men heeft beter in te zetten, maar ook om de globale enveloppe te blijven verhogen, ook al is geld niet altijd de oplossing, zoals ik al zei. We zitten met een tsunami als gevolg van corona. De mensen beseffen nu pas wat dit teweeg heeft gebracht. We mogen op dat vlak nog veel verwachten. Dat is ook de reden waarom er bijkomend budget nodig is.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55027763C van mevrouw Merckx wordt uitgesteld.

04 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de ziekenhuisfinanciering" (55027787C)**

04 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme du financement des hôpitaux" (55027787C)**

04.01 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, u kondigde op 12 mei aan dat de ereloonsupplementen in de ziekenhuizen zouden worden bevroren. Zoals u weet, verschillen de maximale ereloonsupplementen heel wat van ziekenhuis tot ziekenhuis. Het valt daarbij op dat de hoogste ereloonsupplementen vooral worden gevraagd in de Brusselse ziekenhuizen, terwijl de laagste supplementen vooral in de Vlaamse ziekenhuizen worden gevraagd. Dat gaat van 150 % in de Vlaamse ziekenhuizen tot 300 % in bepaalde Brusselse ziekenhuizen. Wanneer de supplementen worden bevroren, betekent dit dat de ziekenhuizen in Wallonië en Brussel, waar de supplementen hoger zijn, een groter werkingsbudget zullen hebben.

U hebt in uw plan ook aangegeven dat u de ereloonsupplementen op termijn wilt afschaffen. Op welke manier zult u ervoor zorgen dat er dan geen financiële transfer ontstaat naar die ziekenhuizen die nu de hoogste supplementen vragen? Op welke manier zult u de ziekenhuizen met de hoogste supplementen responsabiliseren?

Indien u de ereloonsupplementen wilt afschaffen, welke de rol ziet u dan nog voor de hospitalisatieverzekeringen, die vaak worden afgesloten om dergelijke supplementen het hoofd te kunnen bieden?

04.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik denk dat wij het daarover al eens hebben gehad. De bedoeling van het regeerakkoord is duidelijk om de ereloonsupplementen te reguleren, te stabiliseren en vervolgens af te bouwen, waarbij we tegelijkertijd willen vermijden dat er een verschuiving gebeurt van de activiteiten in het ziekenhuis naar buiten het ziekenhuis. Dat willen we niet.

De eerste stap, een standstill, is genomen. Er is op 12 mei een unaniem akkoord bereikt in de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen. De volgende fase is een wettelijke begrenzing van de aanrekenbare ereloonsupplementen. Daarbij zullen zowel nominale plafondbedragen als maximumpercentages in de ziekenhuissector, maar ook ambulante, worden vastgesteld, zodat we het globale bedrag van de ereloonsupplementen stapsgewijs kunnen verminderen.

We zullen gelijke plafonds en gelijke percentages voor alle ziekenhuizen toepassen. Dat is essentieel, mevrouw Gijbels, ik denk dat dit aan uw bezorgdheid beantwoordt. Ziekenhuizen die hoge supplementen aanrekenen, zullen hun beleid dus meer moeten bijsturen dan ziekenhuizen die daarin gematigd zijn. Als we in financiële compensatiemechanismen voorzien, dan is het niet zo dat wie nu hoge supplementen vraagt, meer gecompenseerd wordt. Dat zal zeker niet zo zijn.

In verband met de aanvullende verzekeringen brengt u me wel op gedachten, want die winnen erbij als wij de supplementen beperken. Misschien kunnen de aanvullende verzekeraars bijdragen aan een stuk van de compensatie voor de ziekenhuizen. Dat zal hoe dan ook op een uniforme manier moeten gebeuren. Wie vandaag hoge supplementen vraagt, mag niet bevoordeeld worden.

04.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, vanaf volgende week hebben we nog een aantal hoorzittingen specifiek over de ziekenhuisfinanciering. We zullen daar zeker verder op ingaan. Het is goed om te horen dat de aftopping op een gelijk niveau gebeurt voor alle ziekenhuizen. Daar is lang onduidelijkheid over geweest, ook in de ziekenhuissector.

Ik ben er niet zo zeker van dat de aanvullende verzekeringen gaan winnen, want wie zal nog een hospitalisatieverzekering willen afsluiten als er niets voor in de plaats komt? Dat is toch een bezorgdheid omdat er dan in de hele financiering een grote speler zal wegvallen. Ik vraag me af op welke manier dat gat zal worden dichtgereden.

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

05 **Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque d'infirmiers et de technologues en radiothérapie" (55027826C)**

05 **Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan radiotherapeutisch verpleegkundigen en technologen" (55027826C)**

05.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, la Belgique manque cruellement d'infirmiers et de technologues en radiothérapie, service médico-technique pratiquant une activité quasi exclusivement ambulatoire.*

La Belgique est un des pays les mieux achalandés au monde en accélérateurs linéaires, mais elle manque d'infirmiers et de technologues formés pour assurer l'irradiation des patients cancéreux sur des appareillages de plus en plus complexes, entraînant des retards de prises en charge des patients, dont le pronostic sera moins bon.

Les raisons en sont multiples: "petite" spécialité manquant de poids et de visibilité malgré les plus de 33000 patients traités chaque année sur les 24 centres, IFIC limitant favorisant l'émigration vers des pays où les salaires sont plus avantageux, manque d'attractivité pour les études de technologie,...

Par ailleurs une étude belge publiée en mars 2022 dans Radiography (Sousa and al) souligne la nécessité d'actions rapides dans la formation et le développement professionnel des technologues en imagerie médicale et des infirmières belges travaillant en radiothérapie, compte tenu de leur rôle critique dans le traitement des patients en radiothérapie. Les obstacles sont identifiés y compris ceux liés à la législation actuelle. L'un des principaux problèmes est l'absence de réglementation nationale des exigences de formation et de reconnaissance des RTT, ainsi que l'attractivité du métier pour les professionnels concernés.

Ce problème potentiellement grave pour les patients cancéreux devant être traités par radiothérapie est-il pris en considération par vos services? Un état des lieux a-t-il été fait? Quelles sont les actions entreprises en concertation avec le secteur de la radiothérapie?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Fonck, en 2021, il y avait 2 867 technologues en imagerie médicale en droit d'exercer en Belgique. La législation relative aux technologues en imagerie médicale est une des législations relatives aux professions paramédicales qui a été mise à jour récemment. Le cadre législatif qui entoure les technologues en imagerie médicale a été modernisé, il y a moins de cinq ans, pour répondre à un besoin du terrain, pour anticiper les évolutions futures et surtout, pour renforcer l'autonomie de cette importante profession paramédicale.

Le monde de l'imagerie médicale connaissant une évolution technologique extrêmement rapide, l'arrêté royal du 22 décembre 2017 a été pensé de manière large. Les technologues en imagerie médicale s'y voient confier un rôle autonome clair dans un cadre bien défini. Ainsi, les mesures de paramètres des différents systèmes fonctionnels, les entretiens de sécurité, l'adaptation des procédures standard fondée sur des données probantes aux besoins individuels du patient sont autant d'actes autonomes de ces professionnels.

Cela ne s'est pas fait bien sûr sans adapter les critères de qualification de ces professionnels. La formation a donc été complètement revue, il y a également moins de cinq ans, afin de former des praticiens pouvant offrir des soins de haute qualité et de sécurité. Offrir plus d'autonomie à une profession paramédicale dans le respect de la sécurité des soins permet de valoriser ces professionnels et de reconnaître leur importance

dans le système de santé ainsi que leurs compétences.

Quant aux infirmiers spécialisés en imagerie médicale, ceux-ci n'ont pas de critères d'agrément définis dans la législation tout comme d'autres spécialisations infirmières d'ailleurs (stomathérapie, perfusionniste, anesthésiste). De ce fait, on n'a pas de données précises au niveau fédéral sur le nombre d'infirmiers ayant suivi cette spécialisation. Dans le cadre de la loi "qualité", un registre des pratiques sera instauré dans le futur. Il devrait permettre de disposer de cette information.

L'utilisation d'appareils d'imagerie médicale étant un acte repris sur la liste des actes médicaux confiés, tous les infirmiers peuvent donc potentiellement être engagés dans des services de radiothérapie. Bien évidemment, une formation complémentaire permet de développer des compétences dans un domaine particulier mais les infirmiers spécialisés en imagerie médicale n'ont pas d'actes qui leur sont réservés.

L'attractivité est un problème rencontré par la profession infirmière en général, dans les services généraux et les services spécialisés. En 2021, j'ai mis en place une *task force* "infirmières" dont l'un des deux groupes s'est concentré sur les spécialisations. Je compte faire une proposition d'ici peu en tenant compte des recommandations de cette *task force* et je ne manquerai pas de vous tenir au courant.

05.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous me rappelez les règles et la législation, soit! Si je pose cette question, ce n'est pas pour le plaisir mais pour relayer ce qui me revient de plusieurs services. Vous avez beaucoup évoqué l'imagerie médicale. J'ai aussi beaucoup insisté sur la radiothérapie dans ma question. Vous ne pouvez pas ne pas avoir vu cette étude belge récemment publiée, que j'ai évoquée dans ma question à laquelle vous n'avez pas répondu. Elle voit les manques en termes de ressources humaines qui sont pourtant capitales pour les patients souffrant d'un cancer que ce soit en imagerie médicale ou en radiothérapie.

Vous me parlez d'un registre, d'une *task force*, etc. Monsieur le ministre, si j'insiste sur ces manques cruels dans les services concernés, j'aimerais que vous preniez la mesure de la gravité de la situation pour la prise en charge des patients aujourd'hui et demain. L'attractivité et la reconnaissance pour les professionnels concernés demandent des mesures plus fortes que ce que vous évoquez. C'est un enjeu de santé publique majeur pour les patients et les équipes de soins concernés afin que ces services continuent de fonctionner avec la qualité requise.

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

06 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie pour les enfants à QI inférieur à 86" (55027827C)

06 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie voor kinderen met een IQ van minder dan 86" (55027827C)

06.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, depuis des années, je tente par tous les moyens que les enfants avec un QI inférieur à 86, dont les réalités de vie sont plurielles, puissent bénéficier du remboursement des séances de logopédie. Il s'agit simplement de coller à leur réalité du quotidien. En effet, que ce soit en raison de centres trop éloignés de leur lieu de vie, ou en raison de leur inclusion dans une école ordinaire, ces enfants ne peuvent qu'être pris en charge par des logopèdes en activité monodisciplinaire, mais se voient alors privés de tout remboursement.*

Différentes instances de référence ont validé l'importance de la logopédie y compris chez les enfants ayant un QI inférieur à 86 ainsi que l'importance d'inclure les enfants porteurs de handicap en milieu scolaire ordinaire lorsque c'est possible.

En 2019, le Roi avait reçu comme mission de fixer les règles de cumul qui sont d'application aux prestations de l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne le cumul d'une logopédie monodisciplinaire avec une rééducation pluridisciplinaire pour les enfants atteints d'un trouble d'intelligence défini comme un QI de performance ou non-verbal ou un QD (quotient développemental) de moins de 86.

Qu'en est-il?

06.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Fonck, prétendre que les enfants dont le QI est inférieur à 86 n'ont pas accès à la logopédie monodisciplinaire est inexact. Celle-ci concerne uniquement la prise en charge des troubles de développement du langage et de la dysphasie, les autres troubles logopédiques repris dans la nomenclature n'étant pas concernés par cette exclusion.

En ce qui concerne ces deux troubles, il est en effet généralement admis par les différents intervenants que les prises en charge pluridisciplinaires sont mieux adaptées et présentent plus de chances de succès qu'un traitement monodisciplinaire pour les patients dont le QI est inférieur à 86. Par conséquent, l'intention est d'orienter l'enfant vers la meilleure solution pour lui, en utilisant au mieux les budgets disponibles. Concrètement, ces traitements pluridisciplinaires sont prodigués dans les centres de rééducation ambulatoire (CRA), où les patients sont répartis en groupes cibles en fonction, notamment, de leur QI, y compris ceux dont le QI est inférieur à 86 ou à 70.

Comme vous le soulignez, il apparaît que les structures impliquées – donc, les CRA – ne sont pas assez nombreuses, sont dispersées et inégalement réparties sur le territoire, tandis qu'elles affichent des listes d'attente très longues et n'offrent qu'une prise en charge moins intensive que la logopédie monodisciplinaire selon la nomenclature. Cela dit, nous ne sommes plus qualifiés dans les domaines concernés, puisque les CRA relèvent, depuis la sixième réforme de l'État, de la compétence des entités fédérées.

S'agissant de votre question portant plus particulièrement sur l'introduction d'une possibilité de cumuls éventuels entre des interventions en logopédie monodisciplinaire via l'assurance soins de santé obligatoire fédérale et un traitement pluridisciplinaire en CRA, l'étude n'a pas encore démarré. Il a été envisagé de la confier au KCE, mais cela n'a pas encore pu être mené à bien, notamment en raison des difficultés considérables engendrées par la crise du covid-19, qui affecte tous les secteurs de la société – en particulier les soins de santé. Toutefois, si l'hypothèse de départ est d'assouplir plus ou moins les conditions d'accès à l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire fédérale pour des traitements de logopédie monodisciplinaire – et ce, à destination de patients qui peuvent être pris en charge par les centres pluridisciplinaires et/ou l'enseignement –, il faut rester extrêmement prudent quant aux éventuelles conséquences budgétaires qui en découleraient et qui affecteraient uniquement l'assurance soins de santé fédérale.

Ces conséquences sont logiquement inquantifiables actuellement, aussi longtemps que nous ne connaissons pas le nombre de patients qui deviendraient admissibles à ce cumul. Par ailleurs, cela semble aller à contre-courant de la philosophie elle-même de la sixième réforme de l'État, en revenant concrètement sur la répartition des compétences – finalisée le 1^{er} janvier 2019 pour ces compétences spécifiques –, en restituant à l'assurance soins de santé fédérale une partie de ces compétences. Il s'agirait donc d'une forme de refédéralisation de l'un ou l'autre secteur de l'assurance soins de santé.

06.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, concernant cette étude qui n'a pas encore été demandée, la loi a été votée en 2019. C'était déjà un recul majeur puisque j'avais introduit une proposition de loi, et la discussion avait été très compliquée à l'époque. Je prends note que la loi n'est pas respectée, trois ans après son adoption.

Sur le contenu et la situation des ces enfants, il est vrai que les centres de rééducation ambulatoire ont de longues listes d'attente et qu'ils sont mal répartis. Les entités fédérées doivent en effet les déployer de manière plus importante. Cela concerne un certain nombre d'enfants.

Toutefois, d'autres enfants sont inclus dans l'enseignement ordinaire et doivent pouvoir bénéficier de l'accessibilité à la logopédie pour tous les types de soins, en fonction de leurs besoins. Les partis politiques tentent de plus en plus de prévoir l'inclusion des enfants à besoins spécifiques dans l'enseignement ordinaire. Tous les partis ont la bouche en cœur en en parlant, et ici vous allez exactement dans le sens inverse. Le choix entre enseignement ordinaire avec accès à la logopédie, comme pour tous les autres enfants, ou enseignement spécialisé et logopédie dans les CRA doit dépendre non d'une réforme de l'État mais des besoins et du bien-être des enfants.

En pratique, cette législation telle qu'elle existe empêche l'inclusion des enfants avec un QI inférieur à 86 dans l'enseignement ordinaire.

Enfin, permettez-moi de dire que la fiabilité de déterminer un quotient intellectuel, et *a fortiori* chez des

enfants, ne relève pas d'une science exacte. Quand, sur la base d'un test QI, on barre la porte à un enfant pour l'inclusion dans l'enseignement ordinaire, cela revient à aller totalement à l'encontre de ce que l'on devrait faire en termes d'inclusion des enfants porteurs de handicap.

Monsieur le ministre, je ne partage pas du tout vos propos et je continuerai, comme je le fais depuis des années, à tenter de faire bouger les lignes pour la prise en compte de ces enfants.

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

07 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'examen Conebeam" (55027829C)

07 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Conebeam CT-onderzoeken" (55027829C)

07.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, seuls certains médecins spécialistes et dentistes spécialisés peuvent prescrire un examen Conebeam pour que les patients puissent bénéficier du remboursement de l'examen.*

Cet examen irradie jusque 10 fois moins et apporte de meilleurs résultats diagnostics pour ce qui concerne les dents, les sinus et les rochers.

Or, lorsqu'un médecin généraliste prescrit un scanner des sinus ou des rochers, et que le service de radiologie dispose d'un Conebeam, les règles actuelles de remboursement ne permettent pas de faire un Conebeam en lieu et place du scanner.

N'est-il pas dès lors indispensable de permettre le remboursement de l'examen Conebeam lorsque le radiologue estime qu'il est plus approprié de réaliser un Conebeam plutôt qu'un scanner moins performant pour l'indication et plus irradiant.

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, chère collègue, l'examen Conebeam (CBCT) cité est utilisé dans un nombre limité d'indications, pour les dents, le sinus, massif facial, les rochers. L'avantage de ce type d'examen par rapport à un examen CT conventionnel est que l'exposition aux rayons est plus faible.

Tant les dentistes que les radiologues ont accès à un nombre limité d'examens CBCT dans la nomenclature. Dans ce cadre, les règles de nomenclature relatives à la prescription d'examens d'imagerie médicale doivent être respectées, y compris en cas de substitution par le radiologue.

La prescription d'un examen CBCT dentaire de la mâchoire supérieure et/ou inférieure se limite à un certain nombre de médecins spécialistes en raison du nombre limité d'indications et de l'expertise nécessaire du prescripteur.

Ceci est par ailleurs conforme à la règle d'application de l'examen CT de la mâchoire supérieure et inférieure correspondant. La prescription a récemment encore été étendue aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d'urgence et aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins intensifs, pour indication traumatique.

La limite de prescription s'applique aussi à l'examen CBCT des rochers, vu qu'il s'agit d'un examen spécialisé. Le groupe de travail "Imagerie médicale" du Conseil technique médical de l'INAMI examinera si la prescription de l'examen CBCT des rochers doit être ouverte aux médecins généralistes, ou si la prescription de l'examen CT des rochers doit également se limiter à certaines spécialités. Pour ce faire, nous évaluerons le nombre d'examens CT des rochers prescrits par des médecins généralistes.

Concernant le CBCT du massif facial, la prescription n'est pas limitée à certaines spécialités.

Enfin, la prescription des examens CBCT d'un membre ou d'une articulation périphérique d'un membre est actuellement aussi limitée à des médecins spécialistes. Un projet d'arrêté royal a été rédigé dans le but de supprimer cette restriction de façon à garantir un remboursement en cas de substitution par radiologue.

07.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'avais bien rappelé les règles dans ma question. J'ai des situations bien précises et des questions sur lesquelles vous n'apportez pas de réponse.

Quand un patient se présente avec une prescription d'un généraliste pour un scanner des sinus ou des rochers, alors même que le service de radiologie a un *Conebeam*, que se passe-t-il? Le patient subit un scanner classique qui donne un mauvais diagnostic. Dans un second temps, il reviendra pour faire alors un *Conebeam*. En résumé, c'est mauvais pour le patient parce que l'on perd du temps pour obtenir un diagnostic de qualité tardif, qu'il se fait irradier deux fois dont une fois par un scanner classique beaucoup plus irradiant que le *Conebeam*. De plus, pour la santé publique en termes budgétaires, c'est mauvais parce qu'il aura deux examens plutôt qu'un.

Mon propos n'est pas d'ouvrir la prescription de ce type d'examen à tous, mais à tout le moins de permettre un *shift* par le radiologue quand il détient un *Conebeam* sur place, permettant d'éviter au patient d'être irradié pour rien pour un mauvais diagnostic et, en sus, pour permettre des économies sur le plan budgétaire, raisons pour lesquelles je me permets d'insister, monsieur le ministre, afin que vous soyez attentif et proactif sur cette question au bénéfice de tous.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Nathalie Gilson à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cancer pédiatrique" (55027897C)

08 Vraag van Nathalie Gilson aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Kanker bij kinderen" (55027897C)

08.01 Nathalie Gilson (MR): Monsieur le ministre, en Belgique, nous diagnostiquons près de 80 000 cancers par an. Dans 99 % des cas, ils touchent des adultes. Mais il arrive aussi que cette maladie touche des enfants ou des jeunes adolescents. Dans leur cas, les cancers les plus fréquents sont les leucémies, les lymphomes et les tumeurs au cerveau.

La lutte contre le cancer pédiatrique nécessite des moyens bien différents de ceux mis en place pour lutter contre le cancer chez l'adulte. En effet, l'axe de prévention perd tout son sens, les cancers n'étant pas dus à des comportements à risques comme l'alimentation non-équilibrée, le tabagisme ou la consommation d'alcool. Dans le cas des cancers des enfants, l'étiologie ou les facteurs déclenchant ne sont pas identifiés.

En moyenne, 13 cas de cancer pédiatrique en plus sont diagnostiqués chaque année en Belgique. Cela signifie que chaque année, 300 à 350 enfants développent une leucémie ou une tumeur maligne. Le cancer est alors la première cause de décès par maladie chez les enfants de plus d'un an, et deux tiers des survivants souffrent d'effets à long terme. Ces éléments nous imposent de nous pencher sur la question des traitements. Il est de notre devoir de tout mettre en place pour favoriser la recherche.

Selon la Fondation Kick Cancer, de très importants progrès ont été réalisés en oncologie adulte alors que l'innovation stagne pour les cancers pédiatriques. Depuis 2007, plus de 150 nouvelles molécules contre le cancer ont été autorisées pour les adultes. Sur la même période, seulement 9 l'ont été pour des cancers pédiatriques. Cette injustice est également visible dans l'accès des jeunes patients aux essais cliniques innovants, qui reste une exception pour un enfant sur dix, à court d'options thérapeutiques. L'addition de tous ces éléments mène à un taux de guérison stagnant, qui n'a augmenté que de 4 % depuis 2000.

Monsieur le ministre, le gouvernement a-t-il des éléments à apporter à ces constats ainsi que des perspectives d'améliorations effectives au niveau des soins et de la recherche pour l'avenir?

Dans quelle proportion le gouvernement fédéral soutient-il la recherche organisée dans le cadre du cancer pédiatrique?

Une politique spécifique est-elle également développée afin d'améliorer l'accès des jeunes enfants à des essais cliniques innovants?

Enfin, en octobre 2020, une proposition de résolution a été déposée pour la création de centres de référence

pour les cancers rares. Serait-ce envisageable? Avez-vous dans vos tiroirs un projet de centre de référence pour les cancers pédiatriques? Je vous remercie.

08.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Gilson, au cours des soixante dernières années, les taux de mortalité relatifs aux cancers pédiatriques ont considérablement diminué. Cette diminution de la mortalité se poursuit et reflète une amélioration du taux de survie au cancer chez les enfants. Cette survie a augmenté pour tous les cancers infantiles au cours de la même période, mais à divers degrés et à des moments différents. Les enfants et les adolescents âgés de 15 à 19 ans atteints d'un cancer ont un pronostic relativement bon. La survie des enfants de dix ans – qui s'élève à 84 % – est fort similaire à celle des adolescents – qui atteint 85 %.

Ces améliorations ne sont pas simplement liées à l'usage de médicaments plus efficaces, mais plutôt à celui de médicaments existants, à une meilleure compréhension du comportement naturel de la maladie, à l'amélioration des méthodes diagnostiques, à une meilleure chirurgie et radiothérapie, à une meilleure identification des facteurs de pronostic, aux avantages potentiels de l'application d'une thérapie de seconde ligne ou de sauvetage et à l'inclusion dans des essais cliniques internationaux en oncologie. Étant donné l'augmentation des taux de guérison, les soins de soutien en cas de complication à court ou long terme gagnent en importance, ce qui contribue également à la réduction de la mortalité.

Les données montrent que la survie observée s'améliore au fil du temps, bien que le rythme de l'amélioration semble baisser au cours de la dernière décennie. Afin de soutenir les soins oncologiques et pédiatriques, le financement des hôpitaux prévoit un montant de quelque 6 millions d'euros à destination des sept centres exerçant une activité en hématologie pédiatrique. Une partie de ce budget est prévue pour contribuer au financement de la BSPHO (Belgian Society for Pediatric Hematology and Oncology), qui assure la coordination de la recherche belge en ce domaine.

Plusieurs initiatives ont été prises à l'échelle européenne et nationale pour stimuler les investissements dans le développement de produits destinés à remplir des besoins médicaux non satisfaits. Par ailleurs, le règlement relatif aux médicaments orphelins a été introduit en 2000 aux fins d'investir dans la production de médicaments visant à traiter des maladies rares, au moyen d'incitations ciblant les fabricants. L'exclusivité des marchés orphelins, des processus réglementaires distincts ainsi qu'une aide scientifique et financière à la recherche et au développement ont été institués.

En 2006, le règlement sur les médicaments à usage pédiatrique a été adopté. Pour stimuler la recherche et le développement de médicaments à usage pédiatrique, il a introduit une obligation de concevoir ou de réaliser un plan d'investigation pédiatrique, sauf dérogation, et de récompenser le respect de cette obligation sous la forme d'un certificat complémentaire de protection.

Selon le récent *Moniteur Deloitte*, une grande variété du domaine thérapeutique est couverte dans les essais cliniques en Belgique, avec une expertise croissante dans la recherche sur le cancer. Malgré la taille de la population, plus d'un essai clinique sur cinq autorisés en Belgique est mené dans le domaine des maladies rares. Une tendance à la hausse des essais pédiatriques peut également être observée au cours des quatre dernières années. Cela semble donc aller dans le bon sens.

Dans le cadre de la recherche clinique en hématologie pédiatrique, une collaboration internationale est très importante vu le nombre limité de patients. Les réseaux de référence européens établis en 2017 en tant que réseaux virtuels d'échanges et d'expertise entre les équipes européennes d'experts en maladies rares ont également un rôle dans la recherche scientifique et peuvent certainement contribuer à la collaboration en Europe pour la recherche en matière d'oncologie pédiatrique. Un IRM spécifique pour les cancers pédiatriques a été établi, un réseau auquel la Belgique participe avec quatre centres.

Concernant le développement des centres de référence pour cancers rares, une concentration des soins pour l'hématologie pédiatrique est certainement nécessaire. Il est important que les patients puissent se faire soigner dans les hôpitaux où l'on dispose de la meilleure expertise pour leur maladie. Toutefois, il faut travailler par étape et sur la base de preuves scientifiques. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) va d'abord développer des conventions pour des centres de référence pour des tumeurs de la tête et du cou. Ce travail est en cours. D'autres tumeurs rares ou complexes suivront plus tard.

08.03 Nathalie Gilson (MR): Merci pour ces informations, monsieur le ministre. Effectivement, je crois que le cancer pédiatrique a sa spécificité de par le fait qu'il touche ces enfants, parfois très jeunes, ce qui a un

impact sur la manière dont la tumeur évolue.

Je suis donc très attentive à ce que vous m'avez répondu, à savoir qu'un travail est en cours pour se diriger vers des centres de référence afin d'essayer de mieux soigner ces cancers pédiatriques qui, comme tout cancer touche au plus profond du cœur des personnes et plus encore quand il s'agit d'enfants.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de **Mélissa Hanus** à **Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)** sur "**La cyberattaque contre le réseau informatique des hôpitaux et MRS Vivalia**" (55027923C)

09 Vraag van **Mélissa Hanus** aan **Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)** over "**De cyberaanval op het computernetwerk van de Vivaliaziekenhuizen en -wzc's**" (55027923C)

09.01 **Mélissa Hanus** (PS): Monsieur le ministre, dans la nuit du 13 au 14 mai, une cyberattaque a touché l'institution Vivalia, intercommunale hospitalière unique en province de Luxembourg. Deux cents serveurs ont été mis hors d'usage. Les opérations et les consultations ont dû être reportées pour la plupart. Cette cyberattaque a touché tout le secteur de soins de la province de Luxembourg.

Nous avons eu connaissance de votre rencontre avec le management de Vivalia ainsi que son président, Yves Planchard.

Monsieur le ministre, quelles ont été les conclusions de cette rencontre?

Existe-t-il des contraintes juridiques fédérales qui imposent des normes minimales à respecter concernant la sécurité des services informatiques au sein des hôpitaux?

Lorsqu'une cyberattaque survient, des procédures existent-elles et s'activent-elles, par exemple pour le transfert de patients? Dans l'affirmative, un transfert de patients vers des hôpitaux frontaliers est-il possible?

Le centre CyberWal, un centre de cybersécurité situé à Transinne, joue-t-il un rôle dans la sécurité des serveurs des hôpitaux? Cet enjeu pourrait-il devenir prioritaire?

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Hanus, j'ai rencontré la direction de l'hôpital. La catastrophe que ceci représente pour l'hôpital est impressionnante. Nous avons travaillé jour et nuit pour rétablir la situation. J'adresse tout mon respect à l'hôpital, son personnel et sa direction.

Ceci a confirmé qu'il faut considérer la cybersécurité comme une vraie priorité. C'est une question budgétaire et nous sommes en train d'investir. J'ai obtenu des budgets importants pour les cinq années à venir mais ce ne sera peut-être pas encore suffisant.

Outre une question d'investissement, c'est aussi une question d'organisation et de *awareness* à tous les niveaux, et donc par exemple de normes.

Au sujet des normes, le groupe de travail sur la sécurité de l'information, composé des *data protection officers* des hôpitaux, a collaboré en 2019 à la rédaction d'un ensemble de normes de sécurité minimales. Elles se basent sur un standard international (ISO 27 000) adapté pour répondre aux besoins et spécificités des hôpitaux en termes de sécurité. Pour aider les hôpitaux à les appliquer, un ensemble de directives de mise en œuvre a été élaboré au début 2020. Les normes minimales sont régulièrement révisées pour rester en phase avec l'évolution des menaces.

Un exercice préparé par les *data protection officers* est en cours, demandant aux institutions hospitalières d'évaluer leur niveau de maturité par rapport à ces normes.

Concernant l'existence de procédures d'urgence spécifiques, chaque hôpital doit disposer d'un plan d'urgence hospitalier pour faire face aux accidents majeurs au sein de l'hôpital, comme une panne d'électricité, un accident chimique, une bactérie nosocomiale, une collision en chaîne, une inondation, un attentat.

Le Centre pour la Cybersécurité Belgique (CCB) est un partenaire de CyberWal et est impliqué notamment au travers de *We Help Our Hospitals* dans la sécurité et la protection de l'information de nos hôpitaux.

09.03 Méliissa Hanus (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

L'actualité qu'a connue Vivalia a été inédite et a eu un impact terrible pour les services de l'intercommunale. Son président, Yves Planchard, a assuré un leadership et une sagesse qui ont contribué à traverser cette épreuve. L'heure est maintenant aux enseignements et aux conclusions de ce malheureux épisode. L'investissement massif dans la cybersécurité est un projet que je soutiens pour lutter contre les prochaines attaques.

Pour la province du Luxembourg, le personnel soignant et surtout ses patients, je vous remercie pour la considération dont vous avez fait preuve dans ce dossier. Il était important de pouvoir en discuter ici, au Parlement fédéral.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter is even naar een andere commissie om daar een vraag te stellen. Zij heeft laten weten dat haar vraag nr. 55027976C over de opvolging van de begrotingscontrole al is gesteld in het kader van de begrotingscontrole. Die vraag is dus ingetrokken.

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het pandemieakkoord van de WHO" (55027992C)

10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord Pandémie de l'OMS" (55027992C)

10.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, op 22 mei kwam de Wereldgezondheidsorganisatie samen omtrent het afsluiten van een pandemieakkoord. Ook binnen de Europese Unie wordt er gewerkt aan een pandemieverdrag. Toen ik u daarover in februari een vraag stelde, was het nog niet duidelijk of de Europese Unie met één stem zou spreken op de bijeenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Mijnheer de minister, op welke manier verhoudt het Europees pandemieverdrag zich tot het WHO-pandemieakkoord? Zal Europa met één stem spreken, of zullen de verschillende lidstaten individueel hun standpunt kenbaar maken? Welke houding neemt België aan binnen de Europese Unie en binnen de Wereldgezondheidsorganisatie, wat de aanpak van en de voorbereiding op pandemieën betreft? Welke houding neemt de Europese Unie aan? Hoe bekijkt u de subsidiariteit van de lidstaten met betrekking tot de gezondheidszorg en preventie?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, (...) Het idee voor een pandemieverdrag werd gelanceerd door de voorzitter van de Europese Raad, Charles Michel, en werd opgepikt door de Wereldgezondheidsorganisatie. In december 2021 werd tijdens een speciale sessie van de Wereldgezondheidsorganisatievergadering, de World Health Assembly, besloten om een specifieke werkgroep op te zetten, een *intergovernmental negotiating body*, met als mandaat te onderhandelen over dat nieuwe instrument.

U vraagt of Europa met één stem zal spreken, dan wel of de lidstaten individueel spreken. Er werden praktische richtlijnen voor die onderhandelingen afgesproken binnen de Europese Unie. Die moeten toelaten om zoveel mogelijk met één stem te spreken. Concreet betekent dit dat de Europese Commissie het woord zal voeren wanneer het gaat over de bevoegdheden van de Europese Unie en dat het voorzitterschap het woord zal voeren voor de nationale bevoegdheden. Betreffende de gemengde bevoegdheden zal worden afgesproken of de Europese Commissie dan wel het voorzitterschap het woord voert, afhankelijk van waar het zwaartepunt van de betrokken bevoegdheid ligt.

Indien er geen akkoord gevonden kan worden over het Europees standpunt met betrekking tot nationale of gemengde bevoegdheden, kunnen lidstaten zelf het woord nemen in hun nationale capaciteit. Als er wel een Europees standpunt bepaald werd voor de nationale bevoegdheden, dan kunnen lidstaten ook het woord nemen in hun nationale capaciteit, maar dan wel op voorwaarde dat dit een aanvulling is op het Europees standpunt en dat de aanvulling niet ingaat tegen het Europees standpunt.

U vroeg welke houding België aanneemt in de aanpak van en de voorbereiding op pandemieën. Wij willen werken aan een instrument dat ervoor zorgt dat we wereldwijd beter samenwerken om toekomstige pandemieën te voorkomen, beter voorbereid zijn wanneer er een nieuwe pandemie opduikt en in staat zijn om de juiste responsstrategie te volgen.

Bijzondere Belgische aandachtspunten zijn het versterken van gezondheidssystemen en het werken aan een universele gezondheidsdekking, een billijke verdeling van medische tegenmaatregelen en het belang van aandacht voor de interactie tussen mens, dier en het bredere leefmilieu, de aanpak *One Health*.

U vroeg welke houding de EU aanneemt. Aangezien er noch een tekstvoorstel is, noch een uitgewerkt Europees standpunt en aangezien de onderhandelingen nog niet gestart zijn, is het moeilijk om te voorspellen welke standpunten de Europese Commissie zal innemen voor de bevoegdheden van de Europese Unie en voor de gemengde bevoegdheden. Wat betreft de gemengde bevoegdheden en de nationale bevoegdheden zal het uiteindelijke Europese standpunt afhangen van een onderhandeling tussen de lidstaten en de Europese Commissie of een onderhandeling tussen de lidstaten onderling.

U vroeg hoe men kijkt naar de subsidiariteit. Ik ga ervan uit dat de praktische richtlijnen die werden overeengekomen tussen de Europese Commissie en de lidstaten, als wij ze correct opvolgen, voldoende garantie bieden voor het respecteren van het subsidiariteitsbeginsel binnen de Europese Unie.

10.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik stel mij toch wat vragen bij een pandemieverdrag, zeker op het niveau van de Wereldgezondheidsorganisatie. Die Wereldgezondheidsorganisatie heeft immers heel wat kritiek gekregen voor de aanpak van de pandemie, zeker in de eerste golf. Er wordt nu precies gezegd dat ze niet genoeg bevoegdheden had en daardoor haar rol niet kon spelen. De kritiek die ze kreeg, ging echter eigenlijk niet over een gebrek aan bevoegdheden en macht bij de Wereldgezondheidsorganisatie, het ging gewoon over het niet uitvoeren van de bevoegdheden die ze wel had. Het afkondigen van de pandemie, de manier van overdracht van het virus, het al dan niet nuttig zijn van beschermingsmiddelen, de ontbrekende transparantie met betrekking tot China, dat zijn allemaal zaken waarin ze perfect een rol had kunnen spelen, maar dat niet gedaan heeft.

Het is ook zo dat de Wereldgezondheidsorganisatie reeds vele jaren bezig is met *pandemic preparedness*. Er was reeds in 2005 een richtlijn, die werd geüpdatet in 2009. Daarin wordt duidelijk gezegd dat landen een pandemieplan moeten hebben. Toentertijd had ze ook een lijst met landen die een pandemieplan hadden. België stond daar trouwens bij. Als men dan doorklikte, zag men echter dat er geen pandemieplan achter zat. Het lijkt dus alsof zij gewoon de bevoegdheden die zij hadden niet hebben uitgeoefend en dat die *pandemic preparedness* alleen maar windowdressing was. Ik stel mij dan ook grote vragen bij het uitbreiden van hun bevoegdheden als ze hun basisbevoegdheden nog niet hebben uitgeoefend.

De WHO is geen democratisch orgaan, dus ik hoop dat er echt wordt gewaakt over de soevereiniteit van de verschillende leden en dat de landen echt zelf kunnen blijven beslissen hoe hun gezondheidssystemen moeten lopen. Uiteraard is samenwerking nodig, moeten er zaken worden afgesproken en moeten landen die het moeilijk hebben ondersteund worden, maar er zijn veel vragen te stellen bij de rol die de Wereldgezondheidsorganisatie heeft gespeeld. Ze hoeft nu niet te hoog van de toren te blazen. Ik hoop dat u hiervoor de nodige waakzaamheid aan de dag blijft leggen.

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

11 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'eAttest chez les kinésithérapeutes" (55028026C)

11 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het eAttest voor kinesitherapeuten" (55028026C)

11.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, plusieurs kinésithérapeutes m'interpellent sur l'e-attest les concernant qui imposerait une tarification après chaque soin.*

Ce qui veut dire que si les soins de kinésithérapie sont débutés avant l'autorisation de la mutuelle, le patient ne pourra pas bénéficier du remboursement pour les séances préalables à l'autorisation et déjà tarifées. Il

est en effet régulièrement important de commencer sans attendre l'autorisation de la mutuelle, je pense notamment à la kiné post intervention orthopédique.

N'est-il donc pas indispensable de permettre la poursuite de tarification après 5 soins par exemple comme c'est le cas actuellement.

11.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Fonck, la numérisation de la facturation des prestations de kinésithérapie aux organismes assureurs est en cours de développement. La première étape concerne les demandes d'accord aux médecins-conseils et leurs réponses qui s'en trouveront donc considérablement accélérées, voire - dans un grand nombre de cas - immédiatement adressées.

La deuxième étape se rapporte au processus de facturation en tiers-payant - E-Fact - soit sans cette possibilité - E-Attest. Dans ce contexte, les modalités pratiques sont élaborées en concertation avec les représentants des kinésithérapeutes et les organismes assureurs. Le point que vous soulevez sera traité dans ce cadre.

11.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, lorsque vous me confirmez que cela sera traité, il faut comprendre que ce ne sera peut-être pas le cas. En tout cas, pour ma part, j'essaie d'anticiper pour éviter que les règles ne soient modifiées *a posteriori*. Dès lors, je vous invite à vous montrer attentif. C'est tout à votre avantage.

Surtout, protégeons les patients et tentons de réduire les charges administratives qui pèsent, en l'occurrence, sur les kinés. Si j'ai bien compris, la tarification sera obligatoire après chaque soin. En pratique, cela signifie que les patients risquent de ne pas pouvoir bénéficier du remboursement de toutes les séances, à moins que - et cela ne vaut guère mieux - les soins ne puissent débiter qu'à partir du moment où la mutuelle aura rendu son autorisation. Sinon, ils seront facturés en régime plein.

Tant pour les patients que pour les kinés, au regard de la charge administrative, poursuivre une tarification après cinq soins permet de les débiter le plus vite possible. Dans ce cas, le patient bénéficiera de l'autorisation de la mutuelle et donc du remboursement. Cela évitera, dans un deuxième temps, de devoir corriger le dispositif.

Si je puis me permettre, monsieur le ministre, je vous invite à rester attentif à ce volet.

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

12 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les lits hospitaliers fermés par manque d'infirmiers" (55028027C)

12 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van ziekenhuisbedden als gevolg van het tekort aan verpleegkundigen" (55028027C)

12.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, il me revient que de nombreux hôpitaux ont des lits fermés par manque de personnel soignant et plus particulièrement par manque d'infirmiers. C'est le cas en unités d'hospitalisations mais aussi en USI.*

*Quel est l'état des lieux sur l'ensemble des hôpitaux généraux? Actuellement et sur ces 3 derniers mois?
Quelles sont les mesures prises?
Dispose-t-on de projections pour les prochains mois?*

12.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Fonck, étant donné que les chiffres concernant l'absentéisme dans les établissements de soins ne peuvent pas être obtenus par le Comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC), celui-ci en est venu à un monitoring quotidien du nombre de lits hospitaliers fermés comme indicateur indirect de l'absentéisme, et ce, depuis fin octobre 2021. Avant cette date, il n'existe pas de données concernant les lits fermés, même si nous savons qu'en période de vacances, il n'est pas nouveau que des unités de soins entières soient fermées.

Le nombre le plus élevé de lits fermés, 228 lits en soins intensifs et 3 961 lits classiques, a été enregistré fin novembre, début décembre 2021. Depuis lors, la situation s'est améliorée et la situation des trois derniers

mois est variable mais stable. Toutefois, nous dénombrons toujours en moyenne 178 lits fermés en soins intensifs et 2 558 lits classiques fermés. Nous recevons comme retour du Comité HTSC que non, le covid n'est pas encore fini dans les hôpitaux mais que la situation s'améliore chaque jour. On est de nouveau dans une phase incertaine. Les hôpitaux ne doivent plus reporter de soins. Nous ne disposons pas de données de recensement de lits fermés avant octobre 2021.

Il reste difficile de réellement estimer la gravité de ce nombre de lits fermés. À un certain niveau, il ne serait pas anormal d'avoir un certain nombre de lits fermés. Ce qui est sûr et certain, c'est que le personnel soignant a souffert, qu'il y a aussi un défi d'attractivité de la profession et que les hôpitaux sont quand même confrontés à une pénurie réelle de main-d'œuvre.

12.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, si je vous ai déposé la question précise, ce n'est pas parce que je ne sais pas qu'il y a des lits fermés. Depuis plusieurs mois, je vous le répète, avec l'impression d'un refus de prise en compte de votre part.

C'est du jamais vu! Et ce n'est pas à cause du covid! Le covid n'explique pas aujourd'hui ces lits fermés dans les hôpitaux. C'est du jamais vu d'avoir autant de lits fermés dans autant d'unités en même temps. La grande raison est un manque d'infirmiers et de personnel soignant. Cela ne concerne pas seulement l'attractivité du métier, même si c'est fondamental et urgentissime – c'est pour moi le dossier prioritaire en politique de santé aujourd'hui. On constate aussi que des infirmiers quittent le métier, ils sont aujourd'hui en burn out. Et ce n'est pas qu'à cause du covid, il y a plein d'autres raisons.

Il y va des questions urgentes à régler et quand vous affirmez que les hôpitaux ne doivent plus reporter des soins, je ne partage pas votre propos. Il y a tant de lits fermés que les hôpitaux n'ont pas d'autre choix que de réorganiser des soins et de devoir reporter des interventions, notamment en chirurgie.

Il y a un impact sur la santé publique. Ce qui était urgentissime hier l'est encore dix fois plus aujourd'hui et je vous invite à avancer sur un plan d'attractivité. Il y a des propositions raisonnables qui viennent du secteur mais elles ne sont toujours pas concrétisées. Il n'y a pas d'espace pour avancer en ce sens.

Monsieur le ministre, écoutez le terrain! Ce sont des propositions responsables et raisonnables qui doivent être prises en considération.

12.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Ce matin, j'ai invité les partenaires sociaux du secteur fédéral des soins de santé pour définir un agenda et une méthode de travail. J'ai dit au secteur qu'il y a, d'un côté, un agenda urgent et, de l'autre, un agenda sur du plus long terme, et qu'il faut les lancer en même temps. Je suis absolument convaincu qu'il faut agir de façon urgente. J'ai communiqué les données dont je dispose et ce matin j'ai réuni les partenaires sociaux pour en discuter et démarrer les chantiers nécessaires.

12.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, je me permets de répliquer. Monsieur le ministre, c'est très bien de voir enfin les partenaires sociaux. N'oubliez pas de rencontrer personnellement les représentants des infirmiers. Votre cabinet les a vus, mais pas vous, à ma connaissance. Je pense qu'on a trop tardé et qu'il faut mettre un coup d'accélérateur. Certes, il y avait eu un accord sur un budget à la fin de la législature précédente, que vous concrétisez maintenant. J'entends beaucoup la volonté de faire des choses supplémentaires sur le long terme et de reporter cela à la législature suivante. Nous ne pouvons pas nous le permettre. Il faut avancer tout de suite, autrement nous risquons d'aller dans le mur au niveau des soins de santé. C'est le dossier prioritaire en matière de soins de santé. Sans les infirmiers, on va dans le mur!

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

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het FAGG en de aanstelling bij DG PRE Vergunning" (55027977C)

13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'AFMPS et la nomination à la DG PRE-autorisation" (55027977C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, op 4 april kondigde het FAGG aan dat er een nieuwe directeur-generaal voor het DG PRE Vergunning werd aangesteld. Hiermee zal mevrouw Musch

worden vervangen door de heer Malonne, een oude bekende die vroeger directeur-generaal DG POST was. Die laatste functie werd ook open verklaard.

De nieuwe directeur was vorig jaar betrokken bij een gerechtelijk onderzoek naar de validatie van serologische testen in het klinisch lab van zijn partner. DG PRE Vergunning is toch een heel belangrijke administratieve functie en ik veronderstel dat u van een dergelijk profiel een onberispelijke staat van dienst verwacht.

Hoe verliep de procedure voor deze aanstelling? Welke instanties en middelen werden daarvoor gebruikt? Hoeveel kandidaten namen er deel? Hoeveel kandidaten werden er uiteindelijk niet weerhouden? Welke criteria en welke relatieve weging werden gehanteerd? Werd het gerechtelijk onderzoek ondertussen afgerond? Wat was hiervan de uitkomst? Welke elementen hebben weerslag op de betrokkene? Vindt u dat de aanstelling van deze persoon verantwoord is?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, de selectieprocedure voor een managementfunctie bij het agentschap is gebaseerd op het koninklijk besluit van 16 november 2006 betreffende de aanduiding en de uitoefening van de management- en staffuncties in sommige instellingen van openbaar nut.

Krachtens dit koninklijk besluit is Selor belast met de organisatie van de selectieprocedure. Uit het verslag van het selectiecomité, dat door Selor werd opgesteld, blijkt dat er slechts één geslaagde kandidaat is gerangschikt. Tijdens de mondelinge proef voor het selectiecomité, dat werd voorgezeten door Selor en dat bestond uit externe deskundigen op het gebied van management, HR, geneesmiddelen en ambtenaren, werden een aantal technische competenties, zoals kennis van de relevante actoren op het gebied van geneesmiddelen en gezondheidsproducten, en generieke competenties, zoals personeelsmanagement en denkstijl, geverifieerd.

Aan het einde van de selectieprocedure werd de heer Malonne geschikt bevonden voor de functie van directeur-generaal PRE Vergunning. Het gerechtelijk onderzoek waarnaar u verwijst, is nog aan de gang en ik heb geen informatie over deze zaak te melden.

Aangezien de conclusies van het gerechtelijk onderzoek nog niet bekend zijn en gelet op de afloop van de selectieprocedure, die overeenkomstig de geldende voorschriften is uitgevoerd, ben ik van mening dat er geen belemmeringen zijn voor de benoeming van de enige geslaagde kandidaat voor de functie van directeur-generaal PRE Vergunning.

13.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, men is inderdaad pas schuldig wanneer het bewezen is, maar een promotie tijdens een lopend gerechtelijk onderzoek naar mogelijke belangenconflicten voor serologische testen die eerst 2 euro per test te duur betaald zijn, waarna de staatssecretaris op dat moment is gaan onderhandelen met de firma om de staatskas toch niet te veel op te lichten, lijkt mij toch heel verregaand.

We hebben al heel vaak een discussie gehad over de organisatie binnen het FAGG. Ik ben ervan overtuigd dat we die in de nabije toekomst nog zullen hebben. Als de overheid een betrouwbaar imago wil hebben, dan is het echt noodzakelijk dat u als verantwoordelijke minister uzelf maar ook de burger ervan overtuigt dat de leidinggevende functies in die diensten op een onberispelijke manier worden ingevuld. Dat kunt u vandaag niet zeggen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55027978C van mevrouw Depoorter over de eenmalige bijkomende vergoeding voor zorgverleners wordt ingetrokken.

14 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dumping van geneesmiddelen in Oekraïne" (55027980C)**

14 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'envoi en Ukraine de médicaments périmés" (55027980C)**

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is interessant om hierover een stand van zaken te krijgen. Ik heb mevrouw Kitir hier ook al over ondervraagd. Zij had 7,5 miljoen euro, die voor een privaatsamenwerking in de ontwikkelingssamenwerking was vastgelegd, verschoven naar humanitaire hulp. Ongeveer tegelijkertijd kwam het nieuws dat u geneesmiddelen aan Oekraïne zou schenken.

Wordt die schenking van geneesmiddelen waarvan sprake in *Het Laatste Nieuws* van 18 mei betaald uit de middelen van de FOD Volksgezondheid of uit die voor ontwikkelingssamenwerking, met name op de begroting van Humanitaire Hulp?

Vorige week werd er in *Het Laatste Nieuws* ook op gealludeerd dat de vivaldiregering van geneesmiddelen had verstuurd die niet in perfecte staat waren. Er werden eerder al vaccins opgestuurd die dreigden te vervallen. Vorige week was er een discussie over een aantal vaccins die bevroren waren. Daar is een risicoanalyse gevolgd. U hebt ook vervallen geneesmiddelen naar Oekraïne gestuurd als hulp voor oorlogsslachtoffers. Met de vervallen geneesmiddelen hebt u toch wel een aantal internationale regels geschonden.

Welke besluiten trekt u daaruit? Zal dat in de toekomst nog gebeuren? Vindt u dat u hier een fout hebt gemaakt of vindt u het nog altijd verantwoord dat die geneesmiddelen zijn opgestuurd? Uit het onderzoek van de journalisten blijkt immers dat een ander konvooi is tegengehouden, rekening houdend met de internationale afspraken. Wie zal de derving van die konvoien betalen? Daar was immers discussie rond.

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: U stelt heel wat vragen tegelijk.

De budgettaire aanrekening ken ik niet uit het hoofd. Ik kan ook niet zo zeggen wie de derving van de konvoien zal betalen.

De algemene regel is dat de geneesmiddelen voor Oekraïne gefinancierd worden uit de begroting van de FOD Volksgezondheid. Het vervoer naar Oekraïne en de buurlanden wordt voor 75 % of 100 % gefinancierd door de Europese Commissie.

De nadere details heb ik niet, maar het gaat over een budgettaire inspanning van Volksgezondheid.

Ik heb al eens meegegeven wat ik nu zal herhalen. Er is namelijk een standaard, waarbij wordt vastgelegd dat donaties moeten worden gedaan met producten die een minimumhoudbaarheidsstermijn van zes maanden hebben. In noodsituaties zoals een oorlog kan dat anders zijn.

Bij een eerste levering had een kleine hoeveelheid van dringend noodzakelijke geneesmiddelen voor Oekraïne een te korte houdbaarheidsdatum. Toen dat werd vastgesteld, werd gevraagd om de norm van zes maanden voor de vervaldatum voor de tweede levering na te leven, zoals ik u al heb meegegeven.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u stelt dat u niet zal improviseren, maar het zevende punt van mijn vraag was ...

14.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, dat punt heb ik beantwoord.

De geneesmiddelen zijn gefinancierd uit de begroting van de FOD, maar het vervoer naar Oekraïne en de buurlanden is voor 75 % of 100 % gefinancierd door de Europese Commissie. U hebt daar nog een vraag bij gesteld, waarop ik niet durf te antwoorden.

14.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Dat toont nogmaals aan dat wij voorzichtig moeten zijn, wanneer wij aan humanitaire hulp doen of mensen proberen te helpen. Ik ben zeker dat alles met goede bedoelingen gebeurt. Het is immers niet de eerste keer dat de huidige regering zaken doneert die wij ofwel niet nodig hebben, zoals Remdesivir, ofwel dreigen te vervallen, zoals de vaccins, ofwel niet voldoende logistiek worden ondersteund, zoals de vaccins zonder spuiten.

Nu geeft u uw fout toe, namelijk dat de geneesmiddelen die werden gedoneerd, niet lang genoeg meer correct konden worden gebruikt. De vervaldatum was minder dan zes maanden. Er waren ook echt vervallen geneesmiddelen bij. Wij moeten ons dus echt bezinnen. Wanneer wij willen helpen, moeten wij dat op een

correcte manier doen.

Een geruststelling is dat het budget voor humanitaire middelen daarvoor niet is gebruikt. Dat is alvast goed.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het supplement voor eenpersoonskamers en de erelonen" (55027982C)**

15 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le supplément en chambre individuelle et les honoraires" (55027982C)**

15.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag komt uit het veld. Een patiënt werd opgenomen in een eenpersoonskamer en werd geïnformeerd dat er een supplement van 57 euro zou zijn, maar niet over de kostprijs van de ingreep, waarop er een toeslag van 150 % kan worden aangerekend. Ik vond dat nogal bijzonder. Wij hebben een wet houdende diverse bepalingen aangenomen waarin transparantie over de behandeling van de patiënt wordt afgedwongen: de patiënt moet te allen tijde op de hoogte zijn van de kostprijs van de ingreep.

Is het ziekenhuis in kwestie – welk ziekenhuis doet er niet toe – in de fout gegaan? Kunnen we er zeker van zijn dat patiënten, wanneer zij voor een eenpersoonskamer kiezen voor een diagnostische ingreep, inderdaad op voorhand worden geïnformeerd over de kostprijs van de ingreep en de eventuele bijbehorende ereloon-supplementen?

15.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, de wet houdende diverse bepalingen waarnaar u verwijst, voorziet in de mogelijkheid om zorgverleners te verplichten een schriftelijke kostenraming op te maken ten behoeve van hun patiënt. Die kostenraming moet alle elementen bevatten die de uiteindelijke kostprijs van de verstrekte gezondheidszorg ten aanzien van de patiënt bepalen, los van het vergoedbare karakter ervan. Het gaat dus inderdaad om meer dan de supplementen. Dat past in een reeks van verplichtingen om de patiënt voorafgaandelijk te informeren over de financiële gevolgen van de voorgestelde behandeling en beoogt dus de prijstransparantie en de tariefvoorspelbaarheid verder te verhogen.

Het is wel belangrijk in herinnering te brengen dat de vermelde bepaling pas een verplichting inhoudt wanneer zij wordt uitgevoerd door een koninklijk besluit waarin tevens verdere modaliteiten worden bepaald. Ik verwacht dat de overeenkomsten- of akkoordencommissies ter zake snel een concreet voorstel doen. Zo niet, zal ik zelf een voorstel uitwerken.

Voor de volledigheid herinner ik u eraan dat in dezelfde wet een wettelijke basis is ingeschreven om de patiënt te informeren over de verdeling, de wijze van verdeling en de bestemming van de aangerekende ereloon-supplementen, maar ook daarvan moet ik zeggen dat die bepaling eerst dient te worden uitgevoerd door een koninklijk besluit, in dit geval een in de ministerraad overlegd koninklijk besluit.

Eenmaal de verdere uitvoering via koninklijk besluit heeft plaatsgevonden, zal bijvoorbeeld wanneer in het ziekenhuis ereloon-supplementen zouden worden aangerekend aan de patiënt, zowel in het kader van de facturatie van ambulante verstrekkingen verleend in het ziekenhuis, als voor de facturatie aan gehospitaliseerde patiënten, de wijze van verdeling, alsook de bestemming van de ereloon-supplementen op de ziekenhuisfactuur of een document gelijkgesteld aan het bewijsstuk, moeten worden vermeld.

15.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Daar knelt het schoentje: de wet werd goedgekeurd, maar het koninklijk besluit moet nog worden opgesteld. Ik hoop dat dat snel zal gebeuren, zoals u hebt aangekondigd. Het was toch een schrijnend voorbeeld van moeilijkheden die patiënten ervaren. We kunnen het ons in deze economisch barre tijden niet veroorloven dat patiënten vrezen hun ziekenhuisfactuur niet te kunnen betalen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De joint procurement voor de aankoop van antivirale middelen" (55027983C)**

16 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le 'joint procurement' dans le cadre de l'achat d'antiviraux" (55027983C)

16.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de ingediende vraag.

Tijdens de COVID-pandemie werd het snel duidelijk dat verschillende Europese landen een eigen strategie uitrolden om over voldoende vaccins te beschikken. Een aantal landen ging over tot het aankopen in groep – de zogenaamde joint procurement – waar België aan deel nam. Ondertussen is de Omikron-variant dominant en zijn er andere middelen op de markt gekomen. Toch is waakzaamheid geboden omdat COVID-19 nog niet verdwenen is en omdat we ons moeten voorbereiden zowel een mogelijke golf. Antivirale middelen/virusremmers zijn dus essentieel in deze voorbereidingsstrategie op zowel nationaal als Europees niveau.

Mijn vragen voor de minister

- 1. Wat is de huidige stand van zaken betreffende en eventuele Europese joint procurement van antivirale middelen?*
- 2. Kan de minister garanderen dat de aangekochte virusremmers bijbesteld kunnen worden in het najaar mocht een nieuwe covid golf zich aanbieden?*
- 3. In de UK loopt een grote studie die het nut van het voorschrijven van virusremmers in een gezin waar een covid diagnose gesteld werd alsook onderzoekt men hoe de virusremmers via de huisarts ingezet kunnen worden bij eventueel nieuwe golven. Hoe staat de minister hier tegenover?*

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, wat is de stand van zaken? Voor verschillende geneesmiddelen tegen SARS-CoV-2 is op Europees niveau al een gezamenlijke aanbesteding uitgeschreven. Dat is met name het geval voor sotrovimab, een monoklonaal antilichaam, en voor remdesivir, een antiviraal middel. Voor Evusheld, Paxlovid en Lagevrio zijn de door Belgische regering bestelde dosissen het onderwerp geweest van bilaterale contracten, waarover rechtstreeks is onderhandeld tussen de farmaceutische bedrijven en de Belgische Staat.

Voor de eventuele aankoop van antivirale middelen in de komende maanden zal van diverse jointprocurementcontracten op Europees niveau kunnen worden gebruikgemaakt. Dat is inderdaad het geval voor Paxlovid en Veklury of remdesivir, waarvoor momenteel jointprocurementcontracten in onderhandeling zijn. Ook voor Lagevrio of Molnupiravir is een jointprocurementcontract gesloten, maar dit is opgeschort. Er wordt op Europees niveau gewacht op aanvullende klinische gegevens.

U vraagt ook of ik kan garanderen dat de aangekochte virusremmers kunnen worden bijbesteld. Voor Xevudy of sotrovimab, Veklury of remdesivir, Lagevrio of molnupiravir, Paxlovid of nirmatrelvir/ritonavir en Evusheld of tixagevimab/cilgavimab zijn er mogelijkheden voor bijkomende aankopen na goedkeuring van het budget.

U verwees naar een grote studie in het Verenigd Koninkrijk. Daar werd het nut van het voorschrijven van virusremmers in een gezin waar een coviddiagnose werd gesteld onderzocht en hoe virusremmers door huisartsen bij eventuele nieuwe golven kunnen worden ingezet. U vroeg hoe ik daar tegenover sta. Deze aanpak kan enerzijds familieleden beschermen tegen ernstige ziekten en anderzijds de verdere verspreiding van het virus helpen stoppen.

Dit veronderstelt echter een behandeling die additionele werkzaamheid aantoont in een bevolking die grotendeels gevaccineerd is, ook wanneer mensen nog geen symptomen vertonen of wanneer een nauw contact zoals een familielid besmet werd. Het medicament moet ook eenvoudig in gebruik zijn en goed verdragen worden en bovendien ook nog betaalbaar zijn voor gebruik op grote schaal. Klinisch onderzoek in die zin is zeker aan te moedigen, ook al zijn de structuren om dergelijke studies in de eerste lijn uit te voeren in Europa, in tegenstelling tot in het Verenigd Koninkrijk, nog niet goed uitgebouwd.

Het antivirale middel Paxlovid is reeds uitgetest met een grootschalige trial, maar de topline resultaten waren negatief. In het UK is de studie gepland om te starten in de loop van de zomer en er wordt mogelijk Lagevrio (molnupiravir) gebruikt als virusremmer. De discussie loopt echter nog. Eerlijk gezegd kunnen we daar nog niets positiefs uit besluiten.

16.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, zo ziet u maar dat die joint procurements een hele

tijd duren voor men tot een overeenkomst kan komen. Ook nu is er wel veel aangekondigd, maar sommige onderhandelingen zijn nog bezig en andere zijn opgeschort. Het blijft dus een aandachtspunt om ervoor te zorgen dat die virusremmers op tijd bij onze patiënten geraken, zeker als we ons moeten voorbereiden op een nieuwe golf. Laten we hopen dat die er niet komt, maar voorbereiding is alles en die mogelijke golf in het najaar moet zeker worden bekeken.

Het is jammer dat de studies naar het profylactisch gebruik van bijvoorbeeld molnupiravir niet uitgerold kunnen worden in ons land. Vorig jaar heb ik dat al aangehaald. Toen werd de profylactische werking van molnupiravir immers al geprezen in bepaalde studies.

Wat is de boodschap voor de toekomst? We moeten ervoor zorgen dat de *clinical trials* op een eenvoudige manier geïmplementeerd kunnen worden, ook in de eerste lijn, en dat de virusremmers verdeeld kunnen worden door de eerste lijn, dus voorgeschreven door de huisarts en eenvoudigweg afgehaald bij de apotheker. Dat zou echt een meerwaarde kunnen zijn bij de bestrijding van eventuele volgende golven.

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

17 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de HPV-vaccinatie voor mannen (vervolg)" (55027984C)**

17 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la vaccination contre le papillomavirus pour les hommes (suite)" (55027984C)**

17.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de terugbetaling van HPV-vaccinatie hebben we al vaker besproken. De HPV-vaccinatie voor jongens en meisjes wordt via de Vlaamse overheid volledig terugbetaald. Wanneer een meisje uit de boot valt, dan kan zij via de huisapotheker en de huisarts alsnog een terugbetaling voor de vaccinatie verkrijgen, maar voor jongens is dat niet het geval.

In antwoord op mijn vorige vraag gaf u aan dat de firma een klokstop had ingediend, maar ik heb vernomen dat het dossier intussen toch terug geactiveerd is en dat ook de CTG al een advies geformuleerd heeft.

Mijnheer de minister, wat betekent dat concreet? Wat omvat het advies van de CTG? Tegen wanneer wordt het verwacht of geformaliseerd?

Zult u akkoord gaan met dat advies?

Wetenschappelijke inzichten geven aan dat de terugbetaling tot 26 jaar ook voor jongens wordt aangeraden. Wat zijn de concrete acties?

17.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, in de ingediende tekst zijn uw vragen nog wat specifiek geformuleerd, wat niet onbelangrijk is.

Alhoewel ik het advies van de CTG pas later verwachtte en de CTG tijd had tot eind juli, heb ik het zeer recent toch al kunnen ontvangen. U weet ondertussen wellicht wel dat ik dat CTG-advies niet zal bekendmaken zolang de CTG-procedure loopt. Ik dien de beslissing uiterlijk eind augustus te nemen.

Ik begrijp dat heel veel mensen wachten op die beslissing en dat er ook een grote nieuwsgierigheid bestaat naar dat advies, maar ik zal daarover nu niets zeggen, aangezien de procedure nog loopt. Ik ben alleszins niet van plan te talmen, ik wil spoedig een besluit nemen. Uw vraag komt in dat opzicht nog een beetje te vroeg, al bedoel ik daarmee niet dat u ze niet mag stellen. Ik hoop dat ik snel vooruitgang kan boeken met het nemen van een beslissing.

In uw ingediende tekst vraagt u ook of ik de alternatieve piste om zelf de beslissing tot terugbetaling te nemen, verder laat onderzoeken. Ik denk dat die vraag te maken heeft met wat u in de inleiding van uw vragen zegt: als het CTG-advies negatief is, kan de minister zelf ook ingrijpen. Nogmaals, ik zit met een lopende procedure, dus ik kan nog niet zeggen wat het geval zal zijn. Ik zal het advies van de CTG natuurlijk zeer grondig bekijken en op die basis beslissen. Ik kan afwijken van het CTG-advies op basis van sociale of

budgettaire elementen en ik dien dat desgevallend zeer goed te motiveren.

U vraagt ook of ik een procedure zou starten om een terugbetaling tot 26 jaar te evalueren. Ook daar, mevrouw Depoorter, frustreert het ongetwijfeld, maar ik zal u daar nu nog geen uitsluitel over geven. Dat hangt ook af van hoe het huidige dossier wordt beslecht. Ik moet daar echt op wachten.

17.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, mijnheer de minister, ik begrijp het. U kunt de procedure niet terzijde schuiven. Geduld is een mooie zaak. Ik verwacht in augustus een antwoord. Ik hoop op een positief antwoord, dan kunnen we daar verder aan werken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitrol van de netwerken geestelijke gezondheidszorg" (55027986C)

18 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le déploiement des réseaux de soins de santé mentale" (55027986C)

18.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, dit is een vervolgvraag op de discussie van daarnet, maar de vraag gaat iets dieper in op het functioneren van die netwerken geestelijke gezondheidszorg.

Reeds 11 jaar wordt er in projectvorm gewerkt. Er is geen rechtspersoonlijkheid. Daardoor is ook de *governance* niet geregeld. Naar het meerjarenkader, waarnaar ik daarnet vroeg, wordt ook verwezen in het regeerakkoord. In uw regeerakkoord spreekt u ook over het oprichten van een transversale overeenkomstencommissie geestelijke gezondheidszorg. Kunt u nog eens duiden hoe het met die commissie zit? Dat heb ik daarnet niet gehoord.

Hoe ver staat u met het creëren van een rechtspersoonlijkheid voor de netwerken geestelijke gezondheidszorg?

U hebt daarnet ook wat om het meerjarenplan heen gefietst, dat u ambitieus hebt aangekondigd. Kunt u daaromtrent ook nog wat duiding geven?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: De geschiedenis van de netwerken kent u natuurlijk. Die is gestart met de hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg, waardoor netwerken voor volwassenen opgericht werden in 2010. In 2015 gebeurde dat ook voor kinderen en jongeren.

Met de nieuwe conventie, waarover wij het daarnet ook hadden, bouwen wij voor de psychologische zorg in de eerste lijn voort op dat landschap en op die netwerken. Dat verhaal is niet eenvoudig, want wij willen echt wel een cultuuromslag realiseren in de aanpak. Wij willen echter ook voldoende snel vooruitgaan op het terrein. Daarover hadden wij het daarnet.

Wij hebben in het verhaal van de geestelijke gezondheidszorg in eerste lijn de klemtoon gelegd op werken op basis van de noden van de populatie. Er is eigenlijk in een soort van populatiefinanciering voorzien. Wij hebben gevraagd dat men dicht bij de burger zou staan, in samenwerking met lokale actoren, zoals huisartsen, CLB's en OCMW's, en dat men vindplaatsen zou ontwikkelen.

We moeten er ons rekenschap van geven dat een netwerkniveau met een schaal van minstens 300.000 inwoners tot zelfs een regio met 1 miljoen inwoners een te grootschalig niveau is om die doelstellingen, namelijk dicht bij de burgers en samenwerking met onder andere huisartsen, CLB's, OCMW's, te realiseren. Als men dat voor ogen heeft, denkt men in Vlaanderen aan een schaal zoals de eerstelijnszones en in Brussel aan de vier antennes. Dat zijn structuren die nog in ontwikkeling zijn. Vlaanderen loopt daarin voorop, maar toch zijn de eerstelijnszones een recente ontwikkeling.

Om die reden hebben we beslist om voorlopig met de bestaande netwerken te werken, maar we willen dat de netwerken verder decentraliseren en dicht bij het terrein proberen te staan. Dat is niet helemaal een antwoord op uw vragen, maar dat is gewoon een reflectie die ik wil meegeven over het waarom van de netwerken en de beperking ervan en de opdracht die eraan is gegeven.

U had het ook over de transversale overeenkomstencommissie met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg, voorzien in het regeerakkoord. Ondertussen zijn in het meerjarenkader van de begrotingsprocedures in het RIZIV ook de processen lopende om op een transversale manier te komen tot nieuwe regelgeving en tot het structureren van de verschillende transversale processen, waaronder dat in de geestelijke gezondheidszorg. Dat maakt wat mij betreft deel uit van het traject van de meerjarenbegroting.

We hadden het daarnet over een proeftuin. Het is onze overtuiging dat we in de goede richting bezig zijn, maar dat we toch moeten evalueren. Een van de bijzondere aspecten is de vraag of de netwerken dit tot een goed einde kunnen brengen. Zullen ze in staat zijn om op een decentrale manier naar een nog kleinere schaal te gaan en te werken om de zorg dicht bij de mensen te krijgen? Dat is de uitdaging. Dat is nog een andere uitdaging dan onder meer de rechtspersoonlijkheid, waarover u het had, maar dat is wat mij nu het meest bezighoudt.

18.03 Kathleen Depoorter (N-VA): De rechtspersoonlijkheid is voor hun functioneren zeer belangrijk. Als we naar een continuüm willen gaan, is dat toch wel essentieel voor die mensen. Er heerst dus toch wel een problematiek in die grootschaligheid en in het feit dat geestelijke gezondheidszorg heel dicht bij de burger gebracht moet worden.

De N-VA wil de volledige gezondheidszorg naar het Vlaamse niveau brengen. Doe dat ook met dit deel van de gezondheidszorg, namelijk de geestelijke gezondheidszorg. Dat zou zeker een bevordering zijn voor de patiënt.

De transversale overeenkomst verwacht ik deze legislatuur nog. We zullen daar zeker op terugkomen.

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

19 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bijkomende middelen voor de zorg" (55027988C)**
- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aankondiging van maatregelen voor de zorgsector" (55028488C)**

19 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les moyens supplémentaires pour le secteur des soins" (55027988C)**
- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'annonce de mesures dans le secteur des soins de santé" (55028488C)**

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag. Het punt is al besproken.

Op 15 mei verklaarde u op het VTM nieuws dat u structureel €100 miljoen euro extra voor de zorg wilde vrijmaken. U deed dit in het kielzog van uw oproep naar vakbonden en werkgevers in de zorgsector om snel een akkoord te sluiten over de arbeidsvoorwaarden. U opperde dat die middelen kunnen gebruikt worden om een kleine bijkomende premie te geven voor de zorg.

Mijn vragen voor de minister

- 1. Kan de minister toelichten waar het budget in kwestie precies vandaan komt?*
- 2. Graag ontvang ik meer duiding hoe dit budget precies besteed zal worden?*

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik weet niet of de leden van de commissie aandringen. Wij hebben het punt inderdaad besproken. Voor de vraag naar de financiële basis van de premie, zijnde het bedrag van 100 miljoen euro, heb ik hier in de commissie al uitgelegd dat die een onderdeel was van het bedrag van 600 miljoen euro dat was gebudgetteerd voor het grote sociaal akkoord. Ik heb ook al uitgelegd hoe het bedrag zal worden gebruikt.

De **voorzitter:** Mijnheer de minister, het gaat om samengevoegde vragen. Mevrouw Depoorter heeft

verwezen naar de schriftelijke versie van haar vraag, maar mevrouw Merckx heeft wel nog een vraag.

19.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u hebt er al heel wat uitleg over gegeven, maar er waren nog een aantal concrete zaken waarop ik graag een antwoord kreeg.

Zo zou ik graag weten hoeveel verpleegkundigen die bijzondere beroepstitel en de premie van 2.500 euro zouden krijgen en hoeveel verpleegkundigen de bijzondere beroepsbekwaamheidspremie van 833 euro zouden krijgen. U hebt ook niet uitgelegd hoe u bij een premie van 400 euro bent uitgekomen.

Ik wil ook weten hoe het zit voor zorgverleners die niet naar IFIC zijn overgestapt, hoe hoog de huidige premies zijn die zij krijgen en hoe groot het verschil is.

Tot slot kondigde u aan in de pers dat u vandaag, 14 juni, met het personeel samen zou zitten. Kunt u al iets vertellen over wat daar uitgekomen is?

19.04 **Minister Frank Vandenbroucke**: De premie van 400 euro bruto voor wie voltijds werkt, is er voor iedereen, of ze nu wel of niet in IFIC zijn gestapt. Van de 100 miljoen euro die nog beschikbaar was uit de grote pot van 600 miljoen euro van het sociaal akkoord, moet u zich afvragen wat er gebeurt als die verdeeld wordt over het loontrekkende personeel in de federale gezondheidszorg. Als men die deling maakt, komt men uit op iets meer dan 400 euro, maar dat heeft ermee te maken dat we van die 100 miljoen euro ook nog 7 miljoen besteden aan een specifieke opdracht waarvoor we extra personeel vragen in de personeelsdiensten van de ziekenhuizen. Zo willen we namelijk de kwaliteit van de arbeidsorganisatie verbeteren. Het heeft er ook mee te maken dat men ook rekening moet houden met werkgeversbijdragen.

Als men 93 miljoen euro evenredig, lineair verdeelt over al het personeel bedraagt de brutopremie die men één keer per jaar kan uitkeren dus 400 euro, voor wie voltijds werkt.

Ten tweede, het specialisatiecomplement dat wij nu invoeren, dit jaar acht twaalfden en vanaf 2023 twaalf twaalfden, staat in verhouding tot het arbeidsregime van de betrokkenen. Men krijgt, als men een bijzondere beroepstitel heeft, in 2023 2.500 euro bruto als men voltijds werkt en de helft als men halftijds werkt. Verpleegkundigen met een bijzondere beroepsbekwaamheid krijgen 833 euro bruto, als zij voltijds werken.

U vroeg over hoeveel personen het gaat. Helaas hebben wij, zoals voor heel veel zaken, geen precieze statistieken daarover. Volgens de raming gaat het om potentieel 11.800 verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel, en 1.950 verpleegkundigen met een bijzondere beroepsbekwaamheid.

Waarom is dat een raming? Het gaat hier om mensen die in de IFIC-barema's stappen, niet over de anderen. Wij weten niet hoeveel mensen dat uiteindelijk zullen zijn, daar de mensen de keuze nog opnieuw kunnen maken.

De mensen die niet overstappen naar de IFIC-regeling behouden hun recht op een premie in het bestaande BBT/BBK-systeem, voor zover zij als verpleegkundige blijven werken.

Misschien ten overvloede, ik meen niet dat dat op zichzelf wonderoplossingen zijn. Ik meen dat wij een hele batterij aan maatregelen nodig hebben. Dat is precies de reden waarom ik vanochtend de sociale partners heb verzameld. Ik heb dat ook al tegen mevrouw Fonck gezegd. Ik ben zeer verontrust over de schaarste aan personeel. Misschien klonk ik niet verontrust genoeg in mijn eerder antwoord aan mevrouw Fonck, maar de kwestie houdt mij erg bezig.

Ik heb vanmorgen tegen de sociale partners gezegd dat ik enerzijds op zeer korte termijn actie wil ondernemen en dat wij anderzijds een langetermijnagenda nodig hebben, waar meer tijd voor nodig zal zijn en die ten gronde en structureel zal moeten werken.

Wij zullen inderdaad meer moeten doen dat wat voorligt. Dat is duidelijk.

Ik heb ook tegen de sociale partners gezegd dat ik een omvangrijk omvattend budget voor een nieuw sociaal akkoord in de begroting voor 2023 en zelfs voor de begroting voor 2024 niet zomaar tot stand zie komen.

Dat wil niet zeggen dat wij niets kunnen doen voor de langetermijnagenda. Wij zullen echter voor een stuk moeten rekenen op zaken die mogelijk worden in de volgende legislatuur. Op heel korte termijn moeten wij

bekijken wat wij kunnen doen tegen de schaarste. Op de langere termijn moeten wij echt een agenda ontwikkelen waarbij werken in de zorg ook aangepast wordt aan de ontwikkelingen in de zorg.

We hebben geen beslissingen genomen vanmorgen, maar ik heb geschetst wat mijn visie is op de agenda, de aanpak en de wijze van overleg. Ik heb gezegd dat we dat nader zullen uitwerken tegen een volgende afspraak.

19.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal de discussie niet heropenen. Het viel me in uw antwoord wel op dat het volgens u zeer moeilijk is te berekenen waar de mensen zich bevinden en hoeveel er nodig zijn.

19.06 Minister Frank Vandenbroucke: Dat komt omdat zij nog moeten kiezen. Zij kunnen twee keer kiezen. De mensen in de private sector kunnen opnieuw kiezen of ze in IFIC willen stappen, omdat die premie nu wordt toegevoegd. In de publieke sector is het eerste keuzeproces nog lopende. Dat heeft helaas veel vertraging opgelopen, maar de onderhandelingen hebben erg lang geduurd. Ik kan niet weten hoeveel mensen daarvoor zullen hebben gekozen.

19.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Dat betekent dan dat de begroting zeer moeilijk kan worden opgemaakt. Dat was inderdaad mijn punt.

19.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, dank u voor de belangrijke extra details. Er bestaat veel ontevredenheid over en we krijgen er veel vragen over. U hebt gehoord dat veel beroepstitels net buiten de toepassing ervan vallen. Ik ben alleszins blij met uw verklaring dat u er grondig werk van wilt maken en dat u ongerust bent over de situatie in de sector. Tegelijk stelt u dat er voor de komende legislatuur geen extra budget mogelijk is. Wanneer ik vaststel dat de regering momenteel discussies voert om het budget van Defensie op te trekken tot 2 % van het bbp en daarvoor 5 miljard euro per jaar extra veil heeft, dan denk ik dat onze zorgverleners beter verdienen dan het voorliggende voorstel. Het is aan de regering om keuzes te maken voor de zorg en hun patiënten.

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

20 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De actuele stand van de vaccinvoorraden" (55027989C)**
- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vernietiging van vervallen vaccins" (55028088C)**
- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronavaccinosissen waarvan de houdbaarheidsdatum overschreden is" (55028099C)**

20 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état actuel des stocks de vaccins" (55027989C)**
- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La destruction de vaccins périmés" (55028088C)**
- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les doses de vaccins contre le Covid-19 périmées" (55028099C)**

20.01 Kathleen Depoorter (N-VA): *Mijnheer de minister, tijdens de COVID-pandemie werden verschillende voorraden van verschillende producenten door de overheid aangekocht. Naast de vaccins die op basis van mRNA werken kwam er – zij het (te) beperkt – ook de mogelijkheid om vaccins op basis van eiwitten in te zetten. Vanuit het COVAX programma werd evenwel opgeroepen om de donatie van vaccins aan ontwikkelende landen "on hold" te zetten. Het blijkt dat veel van de gedoneerde vaccins nu eenmaal dicht bij de vervaldatum waren beland.*

Mijn vragen voor de minister

- 1. Kan de minister toelichten hoe het voorzien van opslag en het opmeten/rapportage van de voorraden/stock precies gebeurt? Wat is de rapportagefrequentie?*
- 2. Wat zijn de meest recente gegevens van de huidige stock waarover de overheid beschikt? Graag aantallen per type.*

3. Graag had ik vernomen van deze voorraden hoeveel hiervan het aantal is – per type – die binnen de 3 maanden van de vervaldatum verwijderd is.
4. Hoeveel van de te vervallen stock – per type – wordt momenteel voorzien voor donatie?
5. Hoeveel van de te vervallen stock zal uiteindelijk geschat verloren te gaan?
6. Wordt de hoeveelheid die dreigt te vervallen ook vervangen door nieuwe aankoop of zal het totaal aantal vaccins afnemen?
7. Zal er een wijziging optreden in de verhouding tussen de verschillende types vaccins?
8. Wat is de totale waarde van de vaccins die dreigen te vervallen? Hoeveel bedraagt de geschatte totale waarde van de te vernietigen vaccins?

20.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de vaccins zijn vandaag al ter sprake gekomen en ik heb deze vraag ingediend omdat wij in *Le Soir* hebben gelezen dat heel wat vaccins tegen COVID-19 weggegooid moesten worden omdat de houdbaarheidsdatum overschreden zal worden. Ik meen dat u een bepaald aantal dosissen al bevestigd hebt.

Vorige week lazen wij ook een boze brief van tien Oost-Europese landen ter attentie van de Europese Commissie. Ze klagen de verplichte aantallen vaccinaankopen aan. Ons land is immers niet het enige land dat vaccins moet weggooien. Heel Europa heeft contracten ondertekend met de farmaceutische industrie, die tot 2023 lopen. In totaal gaat het over 4,2 miljard dosissen, wat overeenkomt met het tienvoud van het inwonersaantal van de Europese Unie. De meeste van die vaccins moeten nog worden geleverd, ook al is 81 % van de volwassen bevolking van de Europese Unie reeds gevaccineerd. Landen moeten dus blijven betalen voor vaccins die uiteindelijk in de vuilbak zullen belanden. In heel de Europese Unie vervallen op die manier tientallen miljoenen vaccins uit de stock. De tien landen die de brief schreven, stellen dat zij die verspilling van belastinggeld niet kunnen verantwoorden en zij pleiten daarom voor een herziening van die contracten.

Mijnheer de minister, hoe komt het dat een dergelijk hoog aantal vaccins zal worden vernietigd? Werden er effectief te veel vaccins besteld? Wat was de kostprijs van de vaccins die worden vernietigd? Hoeveel bedragen de vernietigingskosten?

Welke lessen trekt u voor het onderhoud van de strategische stock, om dergelijke verspilling tegen te gaan?

Welke stappen zet u op Europees niveau om de geplande leveringen tegen te houden indien ze niet nuttig kunnen worden ingezet?

Zult u de tien ondertekenaars van de brief steunen in hun oproep om de contracten te herzien? Herziet u eventueel ook de contracten die België ondertekend heeft?

20.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, ik zal eerst de vragen van mevrouw Depoorter overlopen want de vragen van mevrouw Merckx omvatten ook het Europese debat.

De FOD Volksgezondheid wordt voortdurend geïnformeerd over de omvang van de beschikbare en bezette opslagcapaciteit. Zo nodig heeft de FOD in de contracten bepaald dat de aangeduide distributeur in staat moet zijn de opslagcapaciteit naar behoefte uit te breiden. De deelstaten kunnen vaccindoses waarover ze binnen hun quota beschikken, opslaan bij de federale distributeur. Zij brengen regelmatig verslag uit over de stand van hun voorraden.

Op 7 juni beschikte de FOD Volksgezondheid in de federale stock over 573.300 dosissen Pfizer-vaccins voor twaalfplussers, 156.700 dosissen Pfizer pediatric, 248.460 dosissen Pfizer RTU, 2.259.400 dosissen Moderna en 185.550 dosissen Johnson & Johnson. De deelstaten beschikken over extra voorraden vaccins. Die liggen opgeslagen bij de federale distributeur, in hubs of vaccinatiecentra.

Hoeveel vervallen er daarvan binnen de drie maanden? De FOD Volksgezondheid beschikt over 25.740 dosissen Pfizer 12+ en 1.357.900 dosissen Moderna die binnen drie maanden vervallen, dus voor eind augustus.

Hoeveel daarvan is voorzien voor donatie? We hebben 12,8 miljoen doses vaccins toegewezen aan internationale donaties. Het gaat in belangrijke mate om vaccins die niet in België worden geleverd maar rechtstreeks door het bedrijf aan COVAX. De schenking vanuit de Belgische stock verloopt via bilaterale weg langs het UCPM-mechanisme. Recenter is die ook voorzien in het kader van COVAX.

De laatste maanden is de vraag naar vaccins sterk gedaald, met name via het COVAX-mechanisme waaraan België bijdraagt. De Belgische autoriteiten reageren echter nog steeds op blijken van belangstelling uit derde landen. Op dit moment zijn er echter geen donaties meer in uitvoering.

Hoeveel van de stock die komt te vervallen schat ik dat er verloren zal gaan? Elke vaccinatiecampagne gaat gepaard met het verlies van vaccins. Hoewel alle actoren bij de Belgische vaccinatiecampagne, federaal of deelstatelijk, er alles aan doen om dat tot een minimum te herleiden, zijn verliezen onvermijdelijk. Ze worden veroorzaakt door incidenten, bijvoorbeeld de overstromingen die we hebben meegemaakt en stroomonderbrekingen, door manipulaties tijdens het ontdooien en bereiden van vaccins, door flacons die niet volledig binnen de aangegeven tijdsduur worden gebruikt of door problemen bij het bewaren van vaccins. Het grootste deel van de verliezen is te wijten aan de korte geldigheidsduur van de vaccins, van zes tot twaalf maanden, en het vervallen van ongebruikte stock die geen herbestemming via donatie vindt.

Ik vraag toch enig begrip voor de uitdaging waarvoor we met zijn allen staan. Er is een voortdurende onzekerheid over de te volgen vaccinatiefase en de evolutie van de pandemie. We willen altijd vaccins kunnen aanbieden die aangepast zijn aan de hele bevolking, ongeacht hun indicatie inzake doelgroepen en het aantal benodigde dosissen.

Door in te zetten op meerdere vaccintypes en het afsluiten van Europese aankoopcontracten op een moment waarop nog niet duidelijk was welke vaccins werkzaam zouden zijn, hebben we de vaccinatie van de hele bevolking mogelijk gemaakt. Dit was een voorzichtige, succesvolle strategie, maar het neveneffect daarvan is dat men nu met overschotten zit.

Het is in dit stadium moeilijk te voorspellen welke hoeveelheden vaccin er daadwerkelijk zullen worden vernietigd. Dat zal afhangen van de volgende fases van de vaccinatiecampagne en het succes daarvan, het feitelijke tijdstip van de volgende leveringen, de toekomstige internationale donaties die nog kunnen plaatsvinden en de stabiliteitsgegevens van de vaccins.

U weet dat er onderhandelingen over de leveringen bezig zijn tussen de Europese Commissie en de fabrikanten. Wij hebben een onderhandeling met Pfizer afgerond. Er is ook nog een onderhandeling met Moderna.

De gegevens over de stabiliteit evolueren ook. Soms komen er nieuwe gegevens waaruit blijkt dat de levensduur van een vaccin kan worden verlengd. Dat was onlangs het geval met de vaccins van Pfizer.

Wat uw zesde vraag betreft, in dit stadium zijn er geen grote nieuwe aankopen gepland. De toekomstige leveringen in het kader van de huidige contracten zijn voldoende om de hoeveelheden vaccins die mogelijk zullen worden vernietigd te dekken en zelfs te overtreffen.

Mevrouw Depoorter, u vroeg vervolgens of er een wijziging optreedt in de verhouding tussen de verschillende types vaccins. Dat is inderdaad zo, om de eenvoudige reden dat we geen AstraZeneca en Johnson & Johnson meer zullen hebben. Dat zorgt voor een verschuiving richting de mRNA-vaccins, naar Pfizer en Moderna.

U vroeg ten slotte wat de totale waarde is van de vaccins die dreigen te vervallen. Wanneer vaccindoses niet meer kunnen worden gebruikt in de tijd die beschikbaar is om een burger te vaccineren, moeten ze worden vernietigd. Het verlies kan worden geraamd op basis van de kosten van aankoop en opslag per dosis vaccin en de kosten van vernietiging. Die variëren naargelang het te vernietigen volume. Tot heden zijn de doses vaccin in voorraad nog niet vervallen en is het nog mogelijk ze binnen hun geldigheidsduur te gebruiken in België of internationaal. Als u mij vraagt wat de waarde is van de al vervallen vaccins, dan kan ik daar nog geen antwoord op geven.

Mevrouw Merckx, u hebt absoluut gelijk dat dit toch een belangrijk Europees debat is. Vanmorgen was er in Luxemburg de vergadering van de Raad van ministers van Volksgezondheid. Daar hebben mijn vertegenwoordiger, onze ambassadeur, en de anderen het informeel onder andere gehad over de vaccinaankopen. Het verslag daarvan is er nog niet dus ik weet dat niet zeker. Onze ambassadeur moest echter sterk benadrukken dat we vinden dat vaccins die geleverd worden en niet kunnen worden gebruikt een absolute verspilling vormen. De Europese Commissie moet dan ook al het mogelijke doen om die contracten te heronderhandelen opdat dergelijke verspilling vermeden wordt. Bij heronderhandeling worden

leveringen uitgesteld, de vraag wordt gesteld of vaccins aangepast aan de varianten kunnen worden geleverd en zo mogelijk ook of het volume van de levering kan worden verminderd.

Dit laatste punt maken de Oost-Europese landen. Het initiatief van Polen en een aantal Oost-Europese landen om apart een brief te schrijven en te publiceren, vond België niet het meest efficiënte initiatief. Volgens ons moeten de lidstaten gezamenlijk en eensgezind optreden. Dat wil echter niet zeggen dat we de bekommernis die daaraan ten gronde ligt niet delen.

Ik heb nog geen verslag van wat er vandaag gezegd is, als er daarover iets gezegd is. Ik heb wel onze ambassadeur geïnstrueerd om daar in deze zin tussen te komen.

20.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, als ik u vraag wat de totale waarde is van de vaccins die dreigen te vervallen, kunt u natuurlijk een berekening maken op basis van het aantal vaccins dat binnen de drie maanden dreigt te vervallen. Het klopt, u kunt ze nog toedienen aan de patiënten die geen boosterprik hebben gehad. Dat zijn er nog best wel veel. U kunt ze ook deze zomer toedienen als vierde prik, maar dan werkt u eigenlijk niet optimaal. U kunt ze echter niet meer doneren. Er is immers een internationale afspraak dat de vaccins nog minstens drie maanden geldig moeten zijn.

Als wij een snelle som maken, het gaat hier over minstens 25 à 30 miljoen euro. Dat is een pak geld. Het is vooral jammer dat drie miljard mensen nog steeds wachten op vaccinatie. Als dit COVAX-initiatief beter was uitgewerkt, als men minder had geroepen en meer had gedaan, dan hadden wij misschien effectief met die middelen mensen kunnen helpen.

20.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u hebt een aantal cijfers gegeven, maar u hebt niet berekend hoeveel vaccins er verloren zullen gaan. Als wij afgaan op wat u zei, gaat het over meer dan een miljoen vaccins, als ik het goed begrepen heb, die binnen de drie maanden gaan vervallen. Tevens gaat het over meer dan drie miljoen in de federale stock. Tenzij er massaal een boosterprik zal gegeven worden, zullen veel van die vaccins verloren gaan.

Het is natuurlijk belangrijk om die contracten te heronderhandelen. Die firma's hebben geprofiteerd van de paniek die er was, waardoor er enorm veel werd aangekocht. In plaats van dat heel de wereld samenwerkte, is het ieder voor zich geworden. De Verenigde Staten liepen voorop en dan is Europa ook gesprongen en heeft het al die contracten afgesloten. Daardoor kwam er een heel ongelijke vaccinverdeling in de wereld en zijn er nu overschotten die weggegooid moeten worden.

Voor mij is het duidelijk dat wij dat op wereldniveau op een heel andere manier hadden moeten aanpakken. Er is nu echter nog tijd om die geheime contracten effectief te herzien en ervoor te zorgen dat wij niet met al die overschotten aan vaccins zitten.

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

21 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indisponibilité temporaire de Litican" (55027998C)

21 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tijdelijke onbeschikbaarheid van Litican" (55027998C)

21.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, il semblerait que, depuis quelque temps, de nombreux patients n'aient plus accès au Litican, un anti-vomitif nécessaire notamment pour les patients atteints d'un cancer. Certains malades se voient d'ailleurs contraints de s'en procurer auprès d'autres malades afin de soulager leurs symptômes. Or, le site de l'AFMPS annonce un retour de ce médicament pour le 1^{er} mars 2023 seulement.

Monsieur le ministre, comment expliquez-vous que ce médicament soit en pénurie? Y a-t-il une possibilité que celui-ci revienne sur le marché avant la date annoncée, qui est assez lointaine? Quelles sont les alternatives pour les patients concernés? Je vous remercie pour votre réponse.

21.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Chère collègue, la firme Sanofi a informé l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (l'AFMPS) d'une pénurie à long terme de l'emballage de

20 comprimés de Litican 50 mg en raison d'une pénurie du principe actif.

L'AFMPS a pris contact avec la firme, mais la date de fin ne peut pas encore être confirmée avec certitude.

Litican 50 mg en solution injectable est toujours disponible. Les médicaments à base de dompéridone peuvent être utilisés pour la plupart des indications.

En outre, les antagonistes 5-HT₃ (granisétron, ondansétron, palonosétron, tropisétron) peuvent généralement être substitués dans un certain nombre d'indications de Litican, pour un certain nombre de patients chez qui les nausées ou les vomissements ne peuvent être contrôlés. Les antagonistes du NK₁ (fosaprépitan, aprépitan) sont une option.

C'est au médecin traitant de décider quelle alternative est la meilleure pour son patient.

21.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il est vrai que nous resterons attentifs car nous vous interrogeons souvent sur la pénurie de certains médicaments qui, pas pour la majorité des patients mais dans certains cas, s'avère être problématique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Questions jointes de

- Laurence Zanchetta à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les crèmes solaires ne respectant pas leur indice de protection" (55027999C)
- Dieter Vanbesien à Eva De Bleeker (Budget et Protection des consommateurs) sur "Les crèmes solaires et la protection des consommateurs" (55028300C)
- Barbara Creemers à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence d'octocrylène dans les crèmes solaires" (55028590C)
- Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'alerte de Tests Achats sur les crèmes solaires" (55028754C)
- Karin Jiroflée à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les produits solaires Biosolis" (55028763C)

22 Samengevoegde vragen van

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zonnecrèmes die niet de beloofde bescherming bieden" (55027999C)
- Dieter Vanbesien aan Eva De Bleeker (Begroting en Consumentenbescherming) over "Zonnecrème en consumentenbescherming" (55028300C)
- Barbara Creemers aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Octocryleen in zonnecrème" (55028590C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verontrustende resultaten van de test van zonnecrèmes door Test Aankoop" (55028754C)
- Karin Jiroflée aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zonneproducten Biosolis" (55028763C)

22.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, les produits solaires sont censés protéger contre deux types de rayons. Le facteur de protection ou SPF (*Sun Protection Factor*) fait référence à la protection contre les rayons UVB, responsables des coups de soleil. Ils doivent également offrir une protection contre les rayons UVA, responsables du vieillissement de la peau. En Europe, la protection UVA doit être au moins égale à un tiers de la protection contre les UVB. Ces deux types de rayons sont responsables du cancer de la peau.

Test Achats a analysé 16 protections solaires. Il en est ressorti que certains produits ne respectent pas la protection promise contre les rayons UVB et/ou contre les rayons UVA. Plus choquant encore, l'une de ces crèmes est spécifiquement destinée aux bébés et aux jeunes enfants. L'actualité récente nous rappelle aussi que d'autres produits sont concernés. Comme l'a souligné la porte-parole de Test Achats, "c'est non seulement illégal, mais c'est aussi inacceptable lorsque l'on sait que les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables aux effets du soleil".

Par ailleurs, nous savons que de nombreuses protections solaires contiennent des ingrédients nocifs, tels

que des perturbateurs endocriniens et autres composants potentiellement cancérigènes. Il est un peu paradoxal que l'on nous incite à nous protéger la peau des dangers du soleil avec des produits aux ingrédients nocifs pour notre santé.

Monsieur le ministre, comment s'assurer que les compositions indiquées sur les emballages des produits cosmétiques en général ne sont pas mensongères? Test Achats a déposé plainte auprès du SPF Santé publique contre les produits ne respectant pas la protection promise. Quel a été le suivi de cette plainte? Ces produits seront-ils retirés du marché ou, à tout le moins, l'indice de protection sera-t-il adapté sur l'emballage? Quelles mesures envisagez-vous pour éliminer les ingrédients nocifs des crèmes solaires, en particulier celles destinées aux enfants? Que prévoient les directives européennes en la matière?

22.02 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, mijn vraag was al ingediend voor Test Aankoop gisteren over Biosolis communiceerde. Ik hoop dat u het niet erg vindt dat ik dat punt meeneem.

Mijn vraag ging voornamelijk over de werkzame stof octocryleen in zonneproducten. In de zoektocht naar gezonde zonneproducten, waarover we vorig jaar een hele discussie voerden net voor de zomer, botst men vaak op stoffen die door Europa gemarkeerd worden als veilig, mits ze er niet in te hoge hoeveelheden aanwezig zijn. Zo zegt Europa over octocryleen dat de stof vanaf 10 % mogelijk hormoonverstorend en dus zorgwekkend is. Vraagt men een en ander na bij producenten van zonnebrandproducten, dan erkennen zij de aanwezigheid ervan, maar voegen zij eraan toe dat zij zich houden aan de Europese wetgeving, zonder in te gaan op het aanwezige percentage van die stof in het zonneproduct. Volgens het etiket van zo'n bus zit er in de eerste plaats water in en het tweede meest voorkomende ingrediënt is octocryleen. Als bewuste consument wil ik weten hoeveel procent daarin zit.

De producenten kunnen wel beweren dat zij zich aan de regels houden, maar zijn daar niet transparant over. Ik hoop dat zij voor de steekproeven door de FOD Volksgezondheid of door de FOD Economie wel het percentage moeten opgeven. Nu toeteren zij dat hun product een zeer efficiënte filter is. Ik wil dat geloven en geenszins de indruk wekken dat we geen zonneproducten moeten gebruiken, want de gevolgen daarvan zijn wellicht nog veel erger. Ik vind het alleszins een moeilijk evenwicht.

Het is wel cynisch dat wie op de Belgische markt zoekt naar producten zonder octocryleen bij het Biosolisgamma uitkomt. Daarvan zegt Test Aankoop dan weer dat het niet doet wat het belooft. Hoe kan men op de Belgische markt een zonneproduct kopen waarmee men de huid goed beschermt, dat geen schadelijke, hormoonverstorende stoffen bevat en dat doet wat het belooft?

De **voorzitter**: De heer Vanbesien is verontschuldigd, derhalve is zijn vraag nr. 55028300C zonder voorwerp.

22.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, mes collègues ayant rappelé un certain nombre de constats, j'en viens immédiatement à mes questions.

Le SPF Santé publique avait déclaré qu'il allait contacter les autorités des pays où se trouvait le siège social des crèmes solaires incriminées. Ces contacts ont-ils été pris? Avec quel résultat?

Test Achats a eu des mots très durs, en disant que le consommateur était exposé à des mensonges, voire à des dangers. J'ai vu hier soir une communication du SPF Santé publique semblant relativiser les constats de Test Achats. Où en est-on? Quels sont les résultats des tests complémentaires? Si ces tests n'ont pas été faits, comment expliquez-vous cette communication du SPF Santé publique?

Qu'en est-il des produits suspects? Sont-ils toujours en rayon en Belgique ou bien ont-ils été retirés du marché, comme cela avait été le cas il y a quelques années pour une même problématique?

Il est très compliqué pour le consommateur de savoir exactement ce qu'il en est et ce qu'il peut acheter en étant rassuré sur la qualité du produit et la protection contre le cancer de la peau lorsqu'il s'expose au soleil. Ne faudrait-il pas adapter les contrôles et la manière dont ils sont réalisés?

22.04 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, drie nieuwe zonneproducten van het Belgische merk Biosolis werden nagekeken en onderzocht door Test-Aankoop. Geen van de drie producten biedt blijkbaar de op de verpakking beloofde bescherming. De consumentenorganisatie heeft daarop bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid een klacht ingediend tegen die producten en verzoekt om ze met spoed

uit de handel te nemen. In de klacht werd ook gevraagd om dat te doen met de andere producten die eerder in opspraak kwamen, waaronder die van het merk Zwitsal, die speciaal voor kinderen bedoeld zijn. Dat ligt mij na aan het hart. Test-Aankoop voegde eraan toe dat het Belgische producten zijn en dat de FOD Volksgezondheid dus de volle bevoegdheid heeft om hierover te beslissen.

De zaak verontrust mij, want Test Aankoop heeft dat al gevraagd voor Zwitsal. Iedereen weet ondertussen dat zonlicht in een te grote mate huidkanker veroorzaakt. Bovendien gaat het hier over een product voor kinderen. We weten ondertussen ook dat regelmatig verbranden tijdens de jeugd het risico op huidkanker vele malen vergroot. We zijn weer in die tijd van het jaar. Het lijkt wel een seizoensvraag te worden, maar het is pure ernst. Het gaat om verlakkerij. Als de informatie klopt, dan smeren wij onze kinderen in met producten die niet afdoende beschermen tegen wat nochtans een groot gevaar is.

Hebt u zicht op de termijn van het onderzoek door de FOD? Welke maatregelen zult u nemen om de veiligheid van de kinderen in dezen te garanderen?

22.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, er is verwezen naar heel recente ontwikkelingen. Mevrouw Creemers heeft zelf erkend dat zij een aantal nieuwe elementen toevoegde in haar vraagstelling. Ik durf daarop niet te improviseren. Het dossier is immers niet alleen erg technisch; het is ook delicaat. Wat ik meegeef, moet juist zijn. Ik zal mij dus beperken tot het voorbereide antwoord. Alleszins bevat het een aantal belangrijke elementen.

Les produits cosmétiques sont réglementés au niveau européen par le règlement 1223/2009. La liste des ingrédients, classés selon leur concentration décroissante, est une mention d'étiquetage obligatoire sur les produits. Les produits sont déclarés dans une base de notification de la Commission européenne avec leur composition. C'est le service Inspection du SPF Santé publique qui contrôle la véracité des informations sur l'emballage.

Le SPF Santé publique a bien reçu la plainte de Test Achats et a immédiatement conduit des investigations. Certains des produits de soins solaires incriminés ont un fabricant ou une personne responsable dans un autre État membre européen et sont donc contrôlés par des services étrangers. Nous avons contacté les services d'inspection compétents des pays où sont établies les firmes responsables des produits en question. Ce sera aux services d'inspection respectifs d'entamer les démarches nécessaires dans l'évaluation des produits.

Certains ont déjà fait suite à notre requête. Pour ces cas, il s'avère, après enquête interne, que les facteurs de protection allégués sont corrects et les produits conformes. Pour le produit incriminé dont la personne responsable est belge, le service Inspection est en train d'étudier le dossier d'information remis et les analyses réalisées. Le service est en contact étroit avec l'entreprise pour identifier s'il y a un problème pour le produit en général ou seulement un certain lot.

Le service Inspection du SPF Santé publique a cependant demandé de plus amples informations sur la détermination du facteur de protection contre les UVA, les méthodes étant utilisées par l'entreprise et Tests Achats étant différentes, même si toutes les deux acceptées. Le délai de réponse court toujours. S'il s'avère qu'il existe un risque justifié pour la santé publique, nous entamerons les procédures nécessaires pour le retrait du marché.

Il est cependant important de souligner que la méthode d'évaluation du facteur de protection suit la norme ISO 24444, sujette à certains problèmes de reproductibilité qui peuvent s'expliquer de plusieurs manières: le type de lampes utilisées pour les tests, la dose d'UV utilisée, l'absence de *guidelines* standardisés pour la classification des érythèmes, la sensibilité du technicien de laboratoire, etc. De cette manière, les laboratoires apporteront une valeur différente au facteur de protection. Une méthode statistique est en train d'être discutée entre les services d'inspection des autorités de chaque État membre pour résoudre ce genre de problème.

Les produits cosmétiques font tous l'objet d'une évaluation toxicologique, comme le prévoit la réglementation européenne. L'évaluation de leur sécurité permet d'en déterminer l'innocuité en prenant en compte chaque ingrédient et l'exposition à ceux-ci. Par ailleurs, s'ils sont utilisés dans les groupes sensibles, une évaluation particulière est menée, tandis qu'un facteur est ajouté en cas d'utilisation sur des enfants.

En ce qui concerne les produits solaires, ce dossier doit notamment contenir les tests de protection UVA et

UVB. Les produits solaires employés chez les enfants peuvent être destinés à toute la famille ou non. Une interdiction de certaines substances dans ceux qui sont uniquement destinés aux enfants n'entraînerait donc qu'un impact limité. L'étiquetage sur ces produits constitue une approche plus générale et proportionnée et permet aux consommateurs de rester correctement informés et de rester libres de leur choix.

Sur le plan européen, la sécurité des ingrédients est évaluée par le Comité scientifique des produits de consommation (CSPC), qui prend en compte les données les plus récentes et les conditions d'exposition. Une grande campagne d'évaluation est en cours concernant les potentiels perturbateurs endocriniens présents dans les produits cosmétiques afin d'en réglementer les usages, le cas échéant.

Si une composante est déclarée cancérigène, la législation sur les produits chimiques s'applique, et elle est insérée dans la liste des ingrédients interdits. Des dérogations sont possibles, mais rares, et ne sont acceptées que sous des conditions strictes et après démonstration de la sécurité des produits par le CSPC.

Le SPF Santé publique se montre particulièrement attentif à ces deux thématiques en cas de modification de la législation européenne. Le Plan national d'action sur les perturbateurs endocriniens (NAPED) prévoit que la Belgique adopte une position ambitieuse à l'échelle européenne, afin que les perturbateurs endocriniens soient progressivement éliminés des produits de consommation, dont les produits cosmétiques, en raison de leurs effets néfastes sur la santé humaine et/ou l'environnement.

Par ailleurs, l'un des objectifs du NAPED est de plébisciter une substitution saine des substances chimiques identifiées en tant que perturbateurs endocriniens. Par exemple, des campagnes de sensibilisation seront menées auprès des industriels. De plus, des outils de régulation économique seront identifiés en collaboration avec le SPF Économie afin de promouvoir la substitution des substances chimiques potentiellement dangereuses, comme les perturbateurs endocriniens.

J'en viens aux dispositions européennes qui interdisent l'utilisation de mentions de type "sans paraben" ou "sans phtalates".

De voorlichting van consumenten en gezondheidswerkers over de samenstelling van consumentenproducten zoals cosmetica is inderdaad van essentieel belang. Bewustmakings- en voorlichtingsacties voor die doelgroepen zullen dan ook worden opgenomen in een toekomstig nationaal actieplan voor hormoonverstoorders, het NAPED. Dat plan heeft als hoofddoel onze blootstelling aan hormoonverstoorders te verminderen.

Om nuttig te zijn, moet de informatie nauwkeurig en precies zijn. Voor alle bestanddelen wordt er de afwezigheid gesteld van klassen van stoffen zoals parabenen of ftalaten, hoewel de eigenschappen van die stoffen sterk kunnen verschillen van stof tot stof. Sommige van die stoffen vormen geen risico in cosmeticaproducten en hebben een belangrijke functie zoals de bescherming tegen verontreiniging. Beweringen over de afwezigheid van een stof of een groep stoffen bevat geen informatie over de andere bestanddelen van het product en kunnen leiden tot ongewenste vervangingen.

Een aanpak per stof, gebaseerd op de lijst van ingrediënten op het etiket van het product verdient daarom de voorkeur. In dat verband zullen de inspectiediensten blijven controleren of de bepalingen van de EU-verordening 655/2013 inzake beweringen over cosmetische producten worden nageleefd.

Ik zal nu antwoorden op de concrete vragen omtrent de aanwezigheid van octocryleen in zonnecrème van mevrouw Creemers. Voor elk cosmetisch product dat op de markt verkrijgbaar is, bestaat er een productinformatiedossier dat alle voor het product relevante informatie bevat. De veiligheid van de producten wordt zorgvuldig beoordeeld en aangetoond in het productinformatiedossier, dat het volgende omvat: de beschrijving van het product met de verpakking, het gebruik, de etikettering, de volledige veiligheidsbeoordeling van het product, de follow-up van klachten, de beschrijving van de productiemethoden. De samenstelling moet voldoen aan de beperkingen van de verordening betreffende de cosmetische producten.

Om de parameter te verifiëren, kan de inspectiedienst van de FOD het productinformatiedossier opvragen. Als er een risico van niet-naleving bestaat, is het mogelijk om een analyse uit te voeren.

De inspectiedienst werkt vervolgens een jaarplan uit dat gebaseerd is op risicoanalyses en de gecoördineerde inspecties van de EU-lidstaten. De jongste jaren werd het accent gelegd op de controle van

de groothandelaars die veel producten importeren vanuit derde landen, op de samenwerking met de douane en op de veralgemening van de controles in de hele distributieketen. De controles hebben geleid tot een monsternamen en analyse van een vijftigtal cosmetische producten en gingen ook gepaard met een onderzoek van de beweringen op het etiket.

Zonnebrandcrèmes werden niet als risicovol aangemerkt en werden niet specifiek gecontroleerd. Dergelijke producten worden wel gecontroleerd in groothandels en distributieketen.

De huidige databank van de Dienst Inspectie van Consumptieproducten van de FOD Volksgezondheid laat het niet toe om de statistieken volgens het soort product op te splitsen. De afgelopen jaren heeft de inspectie zich toegespitst op huid- en tandbleekmiddelen en de analyse van de aanwezigheid van hydrochinson, glucocorticoiden, kwik en het percentage waterstofperoxide.

Voor de kwantitatieve analyse van zonnebrandmiddelen is er nog geen specifieke campagne gevoerd. De snelste en doeltreffendste manier om een cosmetisch product te controleren, is de etikettering en het productinformatiedossier te controleren. Bescherming tegen de schadelijke effecten van de zon is een belangrijk punt voor de volksgezondheid, met name voor de preventie van huidkanker. Uv-filters zijn stoffen die alleen in cosmetische producten mogen voorkomen, als ze een positief advies van het Europees Wetenschappelijk Comité voor de veiligheid van de consument hebben gekregen. Het recentste advies over octocryleen werd in 2021 uitgebracht. Sommige toxicologische aspecten worden nog bestudeerd. Elk cosmetisch product, met inbegrip van zonnebrandmiddelen, wordt onderworpen aan een toxicologische evaluatie die de veiligheid ervan aantoont. De FOD Volksgezondheid promoot het correct gebruik van zonnecrèmes op zijn website en neemt ook deel aan de campagne Veilig in de zon. Het organiseren van preventiecampagnes valt wel onder de verantwoordelijkheid van de regio's.

22.06 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour cette réponse détaillée. J'attends avec beaucoup d'intérêt les résultats de la grande campagne d'évaluation qui est en cours concernant les perturbateurs endocriniens. Il est vrai que cette polémique qui met en lumière les crèmes solaires nous interpelle particulièrement lorsqu'il s'agit de "publicité mensongère" concernant l'indice de protection, en particulier des produits destinés aux enfants. Nous tentons de les protéger, et de nous protéger d'un éventuel cancer de la peau. Mais ce faisant, nous ne voulons évidemment pas les tartiner de produits qui seraient à plus long terme nocifs pour leur santé.

22.07 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord. Ik heb nog een aantal detailvragen, maar zal daarvoor een nieuwe vraag stellen.

Ik heb twee bedenkingen bij uw antwoord. U zegt dat de klant correct geïnformeerd moet zijn om vrijheid van keuze te hebben, maar door een aantal regelgevingen kan men niet correct worden geïnformeerd. Als ik bij producenten van zonnecrème met octocryleen daarnaar vraag, krijg ik geen antwoord over de percentages. Ik wil net weten hoeveel daarin zit, om een correcte keuze te kunnen maken.

Als het gaat over mogelijk hormoonverstorende stoffen zoals octocryleen, verwijst u naar het informatierapport van Europa. Ik heb dat gelezen. Het stelt dat vanaf ongeveer 9 % men aanwijzingen heeft dat het hormoonverstorend werkt. Dan is het een oprechte vraag om correct geïnformeerd te worden hoeveel daarin zit. Is het dan geen idee om voor zulke stoffen het receptgeheim van bedrijven op te heffen, zodat zij wel transparant moeten communiceren hoeveel daarin zit? Zoals collega Zanchetta zegt, het blijft een keuze. Uiteraard willen wij ons beschermen en moeten wij ons beschermen, maar als we daarmee het risico lopen op schadelijke effecten op lange termijn, dan kan dat toch niet de bedoeling zijn? We hebben het er later zeker nog over.

22.08 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, le plus frappant, c'est *in fine* la nébuleuse totale pour les consommateurs. Un jour, on attire leur attention sur la dangerosité de trois produits, le lendemain on les rassure pour ce qui en concerne deux et on est en *stand-by* pour un troisième.

Je peux entendre que les tests ne donnent pas nécessairement les mêmes résultats selon les laboratoires. Cependant, les différences entre les pays européens m'interpellent.

Si je comprends bien, pour le Biosolis, par exemple, les résultats divergent en Belgique en fonction des laboratoires, sauf si des contrôles n'ont pas été effectués au niveau des tests. Vous n'avez pas du tout répondu sur ce point.

Pour les produits étrangers au sujet desquels vous avez eu des contacts et un retour des services étrangers, vous dites qu'il n'y a aucun problème et que les protections sont correctes et conformes. Mais est-ce sur la base de tests? La question vaut également pour ce qui a été fait dans notre pays. Le SPF Santé a-t-il réalisé des tests, des contrôles des nouveaux tests pour le produit belge Biosolis?

Tout cela est terriblement flou. L'importance pour se protéger contre le soleil, c'est d'utiliser des produits de qualité. Il me semble que tant sur le plan belge qu'européen une adaptation est indispensable pour éviter d'induire le consommateur en erreur au niveau des produits ainsi que des contrôles réalisés, comme l'a indiqué Test Achats. Beaucoup plus de clarté s'impose.

22.09 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de minster, dank u voor uw uitgebreide uiteenzetting over hormoonverstoorders. Wij hebben trouwens enkele weken geleden in deze commissie een bijzonder goede uiteenzetting gekregen van de FOD Volksgezondheid. Ik meen dat dit heel belangrijk is, maar ik voel mij toch een klein beetje als mevrouw Creemers. Het is een beetje kiezen tussen de pest en de cholera, in die zin dat het hier gaat om het probleem dat de beschermingsfactor die op de bus staat gewoon niet de juiste is. Er worden dus kinderen ingesmeerd met een product dat niet voldoende beschermt.

Als men in rekening brengt dat zowel de fabrikanten als de overheid de testen van Test Aankoop zeer kwaliteitsvol beoordelen, dan kloppen die. Ik hoor dat er een aantal maanden geleden ook andere producten zijn getest die nu in de handel zijn, maar waar nog niets mee gebeurd is. Ik vind dat een probleem. Huidkanker is verdomd gevaarlijk. Iedere keer dat kinderen verbranden, hebben zij meer kans later een huidkanker te ontwikkelen. Ik weet toevallig goed waarover ik spreek. Ik vind het heel erg dat wij hier niet nog veel strenger voor zijn.

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

23 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aanhoudende protest tegen de verplichte covidvaccinatie van het zorgpersoneel" (55028022C)

23 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La contestation persistante contre la vaccination obligatoire du personnel soignant contre le covid" (55028022C)

23.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag dateert al van enige tijd geleden.

Ik neem u nog even mee naar de discussies rond de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel en de protestacties daartegen. Heel wat mensen die in de zorg werken, zijn het niet eens met het generieke kader dat u als minister van Volksgezondheid hebt ontworpen en zij tekenen protest aan. We hebben heel wat brieven ontvangen van organisaties die tegen die verplichte vaccinatie zijn en we hebben gehoord dat heel wat mensen overwegen om ontslag te nemen of dat al hebben genomen.

Ook blijken er zorgmedewerkers te zijn die zich niet willen laten vaccineren en die een advocatenbureau onder de arm hebben genomen en nu een straf- en burgerrechtelijke procedure hebben ingezet.

Ik verneem graag welke boodschap u de zorgverstrekkers vandaag wilt geven. Hoe reageert u op de klacht? Wat is de stand van zaken met betrekking tot het protest tegen de verplichte vaccinatie?

23.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, voor de stand van zaken van het debat verwijs ik naar het laatste debat dat we daarover hebben gehad.

De vaccinatieplicht voor het zorgpersoneel is vandaag absoluut niet aan de orde. Wat aan de orde is, is een wetsontwerp dat een kader voorziet om een verplichte vaccinatie te kunnen organiseren in het geval dat de epidemiologische situatie van dien aard zou zijn dat er op basis van wetenschappelijk advies wordt gezegd dat een verplichte vaccinatie wel aan de orde is.

U hebt het over een geding dat zou worden opgestart en waarbij de burgerlijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid ter sprake komt van degenen die deelnemen aan het opstellen van dergelijke wetgeving

en de inwerkingtreding daarvan. Ik ben helemaal niet op de hoogte van enige procedure in die zin, niet tegenover mij noch tegenover andere mensen. Ik kan daar dus niet veel over zeggen.

23.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de informatie over de gerechtelijke procedure was gepubliceerd. Ik kan alleen maar uw antwoord aanvaarden. Wij zullen wel zien wat de toekomst brengt.

Wat mij echter blijvende zorgen baart, is de leegloop in de zorg. U hebt daarnet de moeilijkheid om aan zorgverstrekkers te geraken, besproken met collega Fonck. In de discussie over de al dan niet verplichte vaccinatie had ik zelf uitgerekend dat het in Vlaanderen om ongeveer 13.000 zorgverstrekkers zou gaan die niet gevaccineerd zijn en dus dreigen te worden ontslagen. U kunt vandaag geen stand van zaken geven. Het is absoluut noodzakelijk om de protesten indachtig te zijn en om naar alternatieven te zoeken.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 55028081C, 55028082C, 55028084C en 55028097C van mevrouw Muylle worden omgezet in schriftelijke vragen en vraag nr. 55028101C van mevrouw Muylle wordt ingetrokken.

Les questions jointes de Mme Sophie Rohony et de M. Daniel Bacquelaine n^{os} 55028108C et 55028344C sont reportées à leur demande.

24 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medische evacuaties vanuit Oekraïne" (55028165C)

24 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les évacuations pour raisons médicales depuis l'Ukraine" (55028165C)

24.01 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de voorzitter, om anderen ook nog de kans te geven om hun vragen te stellen, zal ik verwijzen naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Op vrijdag 13 mei 2022 landde op de militaire luchthaven van Melsbroek een eerste konvooi met 7 Oekraïense patiënten die leiden aan ernstige aandoeningen zoals leukemie, met de bedoeling hen in België een adequate medische behandeling te geven. Het is belangrijk dat we onze solidariteit met de Oekraïners ook op die manier tonen, door een adequate medische behandeling te garanderen van de meest kwetsbaren.

Daarnaast treft de oorlog in Oekraïne ook personen met een handicap of een geestelijke beperking bijzonder hard.

Ik heb voor u concreet de volgende vragen:

Kan u ons inlichten over het kader waarin dergelijke evacuaties plaatsvinden? Welke actoren zijn hierbij betrokken?

Zijn er bepaalde criteria om hiervoor in aanmerking te komen? Wordt bijvoorbeeld gefocust op bepaalde medische aandoeningen?

Zullen in de toekomst nog meer medische evacuaties plaatsvinden?

Is er de intentie dergelijke evacuaties uit te breiden naar personen met een handicap of geestelijke beperking?

24.02 Minister Frank Vandenbroucke: (...) De medische evacuaties vinden plaats in het kader van het EU Civil Protection Mechanism. Wanneer een noodsituatie de responscapaciteiten van een land binnen of buiten Europa overstijgt, kan het land hulp vragen via dat mechanisme. Meer concreet kan een land hulp vragen via het Emergency Response Coordination Centre (ERCC). Dat wordt geregistreerd in het Common Emergency Communication and Information System (CECIS). Lidstaten en andere deelnemende landen kunnen dan hulp aanbieden via hetzelfde systeem. Het getroffen land kan het aanbod vervolgens accepteren of afwijzen.

Medische evacuaties verlopen via hetzelfde proces. Oekraïne en de buurlanden hebben hulp gevraagd via het mechanisme voor patiënten die niet, of niet langer, de nodige medische behandelingen kunnen krijgen, bijvoorbeeld oncologische patiënten. Daarvoor hebben we 150 ziekenhuisbedden en 60 revalidatieplaatsen ter beschikking gesteld. We kunnen dus patiënten opnemen als de landen in kwestie de vraag stellen via het

mechanisme en als zij het aanbod dat wij bieden, dan ook nog aanvaarden. Dat is het kader.

Wat kunnen we in de toekomst nog doen? Ik herhaal dat er een akkoord is om 150 ziekenhuisbedden en 60 revalidatieplaatsen ter beschikking te stellen voor medische evacuaties. Er kunnen dus nog medische evacuaties worden uitgevoerd als die nood er is, met respect voor het afgesproken quotum.

U vraagt of we het systeem zouden uitbreiden naar personen met een handicap of geestelijke beperking. Dan begeven we ons op het domein van de bevoegdheden van de deelstaten, maar als iemand met een handicap of geestelijke beperking acute verzorging in een ziekenhuis of revalidatie nodig heeft, en de vraag wordt gesteld via het zonet genoemde mechanisme, dan ressorteert de medische evacuatie onder de geldende afspraak over ter beschikking gestelde ziekenhuisbedden en revalidatieplaatsen, waarbij we in onze federale bevoegdheid zitten.

24.03 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw duidelijke antwoord. Ik vermoed dat het tot nu toe gebeven is bij die zeven Oekraïense patiënten. Ik weet niet of het aantal mensen dat uiteindelijk is geëvacueerd naar hier duidelijk is. Hebt u daar zicht op? Hebt u de cijfers?

24.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, ik zou de cijfers moeten kunnen geven, maar ik durf die niet uit het hoofd te citeren. Het zijn er enkelen. De cijfers zijn ook in de pers verschenen. Ik zal die echter niet geven, want ik ben niet gedocumenteerd.

24.05 Els Van Hoof (CD&V): Dat weet ik van vorige week.

In dat geval zal ik die cijfers via een schriftelijke vraag opvragen. Ik sta heel veel in contact, zelfs gisteren nog, met Oekraïense delegaties. Gisteren was de voorzitter van het Oekraïense Parlement hier. Daarom is het altijd goed om duidelijk te maken wat België allemaal doet. Dat vermelden wij er dikwijls niet bij. Daarom stelde ik de vraag, om het heel concreet te weten. Wij doen heel veel op humanitair vlak. Dat is iets wat heel erg ...

24.06 Minister Frank Vandenbroucke: Ik kan vragen aan mevrouw Schellens dat zij u een mailtje stuurt waarin de cijfergegevens staan van het aantal kinderen dat wij hebben opgevangen, alsook wat wij daarover kunnen vertellen. Dat moeten wij altijd doen met enig respect voor de privacy en het medische geheim. Wij zijn nogal beknopt in onze informatie, maar ik al vragen of mevrouw Schellens u die informatie opstuurt, zodat u ze hebt.

24.07 Els Van Hoof (CD&V): Dat is prima, want volgende week ontvangen wij opnieuw een delegatie van Oekraïense parlementairen. Het is goed om hen mee te kunnen geven dat wij niet alleen militair materieel doneren maar ook andere zaken.

24.08 Minister Frank Vandenbroucke: We zullen u documenteren.

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

25 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Rekruteringsbureaus voor buitenlandse zorgverstrekkers" (55028174C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aantrekken van verpleegkundigen uit het buitenland" (55028492C)

25 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les bureaux de recrutement de soignants étrangers" (55028174C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recrutement d'infirmières à l'étranger" (55028492C)

25.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le président, monsieur le ministre, ma question porte sur le reportage d'*Investigation* concernant la pénurie d'infirmières et dont les révélations étaient plus que parlantes. Il y a cet état de fait quant au non-respect des normes et la pénurie d'infirmières. Deux solutions

ont été trouvées. D'un côté, des bureaux de placement placent des infirmières belges et, de l'autre, des bureaux de recrutement étrangers vont chercher des infirmières à l'étranger.

Monsieur le ministre, avez-vous vu le reportage? Quelle est votre réaction? Avez-vous une idée de l'étendue des pratiques de placement comme le fait l'agence Nexus? Ces agences placent des infirmières belges qui négocient des contrats avec les hôpitaux. Combien d'infirmières cela concerne-t-il? Combien de bureaux de placement procèdent-ils de cette façon-là? Est-ce bien légal de faire appel à des infirmières sous cette forme? Est-il réglementaire d'avoir à l'hôpital des infirmières qui travaillent sous la législation fédérale et que d'autres soient engagées et payées par une agence et bénéficient de conditions de travail apparemment bien meilleures au vu du reportage? Prendrez-vous des mesures concernant ces pratiques de bureaux d'intérim? Comptez-vous les interdire?

L'autre problème concerne la fameuse agence de placement International Nursing Network qui place entre autres des infirmières libanaises, comme révélé dans le reportage. Si j'ai bien compris, l'hôpital paie 10 000 euros à cette agence pour recruter ces infirmières et leur fait signer un contrat qui dit qu'elles ne peuvent pas tomber enceintes, qu'elles doivent parler tout bas à l'hôpital et qu'elles doivent y rester deux ans.

Certains hôpitaux ont arrêté de manière volontaire de collaborer avec cette agence de placement, mais elle est toujours reconnue par la Région wallonne. Comptez-vous interdire ce genre de pratiques?

Vous avez dit que vous alliez préparer une adaptation de l'article 145 de la loi sur l'exercice des professions des soins de santé. Qu'en est-il exactement?

25.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Merckx, je pense avoir déjà répondu en séance plénière au sujet de ce reportage. Je répète que les pratiques exposées dans l'émission *Investigation: Pénurie d'infirmiers* sont condamnables sur le plan éthique, parce que l'on prive ainsi des pays qui ont besoin de travailleurs qualifiés, en particulier des infirmiers, mais qu'elles le sont aussi du point de vue de l'emploi, car ces infirmières sont employées dans notre pays de manière inacceptable. Enfin, ces pratiques le sont aussi en termes de santé publique, s'il apparaît que ces infirmières ne disposent pas des compétences requises.

Pour ce qui est des agences de recrutement, je tiens à préciser que l'enregistrement et le contrôle d'activités de telles entreprises privées ne sont pas du ressort du SPF Santé publique, mais relèvent des compétences de mon collègue Pierre-Yves Dermagne, mais je l'ai déjà alerté. Son administration m'a informé qu'une enquête était en cours.

À mon niveau, il m'est impossible de quantifier l'ampleur du problème, que ce soit au sujet du nombre d'entreprises concernées ou d'infirmières recrutées de cette manière. Il importe que quiconque participe à ces activités dépose plainte, afin d'ouvrir une enquête.

Il est évidemment essentiel que les infirmières employées dans notre pays possèdent les compétences requises et que celles-ci soient évaluées, en particulier pour ce qui concerne les citoyens provenant de pays extérieurs à l'Union européenne. Cela nécessite une adaptation de l'article 145 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé.

Mon administration travaille à une note de vision sur la base d'un avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, mais nous attendons également une contribution du Conseil fédéral de l'Art infirmier. L'objectif est d'élaborer une réglementation cohérente et applicable à toutes les professions, afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Comme il s'agit d'une modification de loi, avec le processus législatif qui l'accompagne, je ne puis pas vous communiquer de calendrier précis pour le moment, mais nous en débattons ici.

Ik denk, mevrouw Merckx, dat ik in de mate van het mogelijke geantwoord heb op uw vragen.

U hebt gevraagd of we ziekenhuizen moeten verbieden om met die agentschappen te werken. Volgens mij zit de uitdaging en de opdracht in het domein Werk, waar men deze agentschappen moet controleren. Ook de Gewesten hebben overigens deels een bevoegdheid op de controle van de interimagentschappen. Het is dus niet aan de FOD Volksgezondheid om te zeggen dat er een probleem is met een bepaald interimagentschap. Het is aan ons om klachten te signaleren. Het is aan de FOD WASO, de inspectie van collega Dermagne, om ter zake op te treden.

In verband met artikel 145 moeten we inderdaad een beter instrument hebben om ervoor te zorgen dat arbeidsmigratie met het oog op inschakeling in onze gezondheidszorg correct verloopt.

25.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, il est vrai que vous aviez déjà répondu en séance plénière, mais le reportage était très court à ce moment-là et ce n'est que le soir que nous avons pu entièrement le visionner.

25.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja! Dat is juist!

25.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Je vous conseille de le regarder; je ne sais pas si vous l'avez fait. Deux problèmes y sont décrits. D'un côté, des bureaux d'intérim offrent des services dans les hôpitaux et, à cet égard, je comprends qu'une partie des compétences se trouve chez le ministre Pierre-Yves Dermagne mais, en tant que ministre de la Santé, vous faites face à la pénurie d'infirmières et vous avez là une concurrence qui se fait sur le terrain. C'est quelque chose, je pense, qu'il faut prendre en main.

25.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Daar ben ik het helemaal eens. Dat is vanmorgen ook even ter sprake gekomen in het overleg dat ik had met de sociale partners. De vaststelling dat er steeds meer zogezegde projectverpleegkundigen zijn die op een aparte manier binnenkomen en op een aparte manier ingeschakeld worden in de uurroosters, verstoort niet alleen de normale verhoudingen tussen het personeel, maar het is ook excessief duur. Dat is niet goed. Dit moeten we met ons beleid proberen te voorkomen. Dat is het hele verhaal van de schaarste en de herwaardering van het beroep. Daarover ben ik het met u eens.

25.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je pense que vous devez non seulement en parler mais aussi prendre des mesures. Je ne sais pas précisément quelles compétences, celles de M. Dermagne ou les vôtres, sont concernées dans cette affaire. En tout cas en tant que ministre de la Santé, cela concerne certainement la santé.

Deuxièmement, j'entends aussi qu'il y a une part de responsabilité dans le chef des agences de placement, entre autres d'infirmières qui viennent de l'étranger, et en partie dans le chef des Régions, etc. Cependant, il n'est pas satisfaisant d'uniquement réagir quand il y a des plaintes. Ce reportage m'a excessivement choquée. On a une espèce d'esclavage moderne que vivent des femmes qui signent l'engagement de ne pas tomber enceinte et de parler tout bas à l'hôpital. Je pense que, comme ministre de la Santé, il est important que vous envoyiez ne fût-ce qu'une directive aux hôpitaux pour dire que ce genre de pratiques est inacceptable dans un pays comme le nôtre. J'attendrais donc un peu plus de fermeté de votre part.

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

Le **président**: Les questions n° 55028186C, n° 55028190C et n° 55028191C de Mme Katrin Jadin sont sans objet.

26 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (**VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid**) over "**Ambulanciers**" (55028198C)
- **Nahima Lanjri** aan **Frank Vandenbroucke** (**VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid**) over "**Wantoestanden bij private ambulancediensten**" (55028247C)

26 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (**VPM Affaires sociales et Santé publique**) sur "**Les ambulanciers**" (55028198C)
- **Nahima Lanjri** à **Frank Vandenbroucke** (**VPM Affaires sociales et Santé publique**) sur "**Les dérives dans les services ambulanciers privés**" (55028247C)

26.01 **Nahima Lanjri** (CD&V): Mijnheer de minister, hoewel het niet mijn gewoonte is, verwijs ik nu naar de ingediende vraag, omdat ik net als u in tijdnood kom.

Ik heb al een aantal keer de problematiek omtrent het misbruik van ambulanciers aangekaart. In januari deed ik dit voor het laatst. Recent getuigden ook heel wat ambulanciers uit de private sector in de media over de wantoestanden in de sector en de penibele werkomstandigheden. Ze deden dit naar aanleiding van

het begin van het proces tegen een private ambulancedienst die de Antwerpse arbeidsrechtbank heeft aangespannen. De ambulanciers van private ambulancediensten gaven aan dat shiften van 24 of 48 uur dagelijkse kost zijn waarbij ze overdag een dienst van 12 uur doen als werknemer om dan een nachtdienst van 12 uur als vrijwilliger te doen. De druk om deze shiften als vrijwilliger te doen ligt zeer hoog. Zij krijgen hiervoor een vrijwilligersvergoeding van amper 40 euro per nacht. Door de lange uren die ze werken zijn ze veel minder alert en niet alleen een gevaar voor zichzelf maar ook voor hun passagiers en automobilisten op de weg. De sector reageerde dat zij genoodzaakt zijn om op die manier te werken met de middelen die ze nu krijgen. Hun kosten lopen verder op terwijl de structurele onderfinanciering van de dringende geneeskundige hulpverlening een feit blijft.

We moeten paal en perk stellen aan deze wantoestanden die een normale praktijk zijn geworden in de sector van de private ambulancediensten. Ik heb hierover volgende vragen:

•U gaf aan dat u dat mogelijke verbeteringen aan statuut van de ambulanciers, worden meegenomen in een ruimere oefening waarbij ook programmatie, erkenning en uitwerking zal onderzocht worden. Hoe ver staat u met deze ruimere oefening? Wanneer mogen we de conclusies hierover verwachten?

•Als reactie op deze wantoestanden deelde u mee dat de sector werkt aan erkenningsnormen om de kwaliteit te verbeteren. Wanneer verwacht u deze erkenningsnormen door te krijgen? Op welke manier zullen deze erkenningsnormen iets kunnen veranderen aan de wantoestanden in de sector?

•Het structureel tekort aan financiering voor de sector is inderdaad historisch gegroeid. Werkt u eventueel met andere partners samen om hier iets aan te veranderen? Welke stappen wil u zetten om deze problematiek aan te pakken?

26.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Lanjri, ik kom direct ter zake. Ik heb natuurlijk ook de noodkreten en alarmerende berichten uit de sector van de ambulancediensten gelezen, niet alleen met betrekking tot de dringende geneeskundige hulpverlening, de 112, maar ook met betrekking tot de niet-112, het niet-dringend vervoer. Veel van de private firma's die actief zijn voor de dienst 112, zijn ook actief voor de niet-112-dienst. Het resultaat is dat in de berichtgeving de twee een beetje door elkaar gehaald worden. Inzake de bevoegdheden is er natuurlijk een belangrijk onderscheid, want de federale overheid is enkel bevoegd voor het dringend geneeskundig vervoer. Het niet-dringend vervoer valt onder de bevoegdheid van de deelstaten. Ik beperk mij dus tot de dringende geneeskundige hulpverlening, de 112.

In het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening zijn er 106 ziekenwagendiensten actief. Zij verzekeren 418 ziekenwagenpermanenties. Zes diensten organiseren permanenties in verschillende provincies en/of Gewesten en worden in de detailtabel, die ik u via het commissiesecretariaat bezorg, weergegeven als federale diensten, net omdat we ze niet uitsluitend aan één provincie of één Gewest kunnen toeschrijven. Zo dient u de betekenis van de bewoording "federale diensten" te begrijpen in de tabel, die u zult krijgen.

Onder openbare diensten, goed voor 39 diensten met 299 permanenties, kennen we drie groepen: steden en gemeenten, intercommunales en de brandweer via de hulpverleningszones. Die laatste groep is goed voor 33 diensten, met 293 permanenties, en is dan ook de belangrijkste groep in de dringende geneeskundige hulpverlening.

Bij de private diensten tellen we 67 diensten en 119 permanenties, wat bijna een dubbel aantal diensten is in vergelijking met de openbare diensten, maar zij verzekeren minder dan half zoveel ziekenwagenpermanenties. Er zijn drie types private organisaties. Het eerste type zijn de kruisverenigingen, het Rode Kruis en het Vlaamse Kruis, goed voor 5 diensten met 21 permanenties. Het tweede type zijn de ziekenhuizen, goed voor 36 diensten met 49 permanenties. Het derde type zijn andere private organisaties, goed voor 26 diensten met 49 permanenties. Het grootst aantal private organisaties is te vinden in Vlaanderen, namelijk 16 van de 26 diensten met 27 van de 49 permanenties, onder andere te verklaren omdat enkele Vlaamse hulpverleningszones hun ziekenwagenhulpverlening afgesloten hebben.

Dat erg divers beeld geef ik u om te onderstrepen waarom het voor de sector zeer complex is om tot een consensus te komen in de werkgroep over het erkenningsbesluit. De sector moet namelijk in zijn werkzaamheden onder andere binnen het HR-luik rekening houden met de verschillen aangaande financiële en sociale statuten, gaande van vrijwilligers tot zelfstandigen, al dan niet meewerkende partners, werknemers van diverse private organisaties en werknemers van ziekenhuizen, tot ambtenaren van steden

en gemeenten en brandweerlieden.

Na lange discussies is de werkgroep nu klaar met het concept voor de erkenningsnormen, dat ter validatie zal worden voorgelegd op de volgende plenaire vergadering van de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Bij een gunstig advies van de NRDGH wens ik het concept zo snel mogelijk vertaald te zien in een ontwerp KB.

Als we willen streven naar kwaliteit en willen voorkomen dat wantoestanden zoals deze waarnaar u verwijst blijven bestaan, moet er wel worden geïnvesteerd in de sector. Als we het in de federale regering over de begroting 2023 hebben, dan zal ik ook een herfinanciering moeten vragen van de dringende geneeskundige hulpverlening als we hieraan iets willen doen. U zult begrijpen dat ik reken op uw steun en op uw fractie in de regering als we daarvoor extra middelen zoeken.

U had het over een rechtszaak. Ik zal mij daarover niet uitspreken. Ik laat Justitie haar werk doen. Ik beschik niet over cijfers aangaande ongevallen met prioritair voertuigen, dus ik kan daarover niets zeggen. Ik hoop dat ik daarmee uw vragen en die van mevrouw Gijbels heb beantwoord en u krijgt een tabel ter ondersteuning van het antwoord.

26.03 Nahima Lanjri (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Dit is een zaak die ik al lang opvolg en ik heb daarover in het verleden ook al vragen gesteld. Ik weet dat dit een complex dossier is en dat het een gedeelde verantwoordelijkheid is van het federale niveau en de regio's, maar er moet een oplossing komen. Nu zien we dat er op het terrein misbruiken bestaan.

Ik heb er geen probleem mee dat u zich niet uitspreekt over een concrete zaak. Dat was ook mijn vraag niet, maar het is door de sector op een goede manier te reguleren, uiteraard met inspraak van de sector zelf, dat we dergelijke misbruiken kunnen aanpakken. Daarom is het goed dat het voorstel van de werkgroep nu eindelijk klaar is en dat het aan de NRDGH voor advies wordt voorgelegd.

Ik hoop dat we dat advies spoedig mogen ontvangen en dat we, met wat geluk, het ontwerp misschien voor het reces voor een eerste keer te zien kunnen krijgen. Als dat niet het geval is, dan hoop ik dat we dit toch eind september in de commissie voor Sociale Zaken of voor Volksgezondheid kunnen bespreken en goedkeuren.

U kunt zeker rekenen op onze steun om deze misbruiken aan te pakken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.36 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 36.