

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 21 JUIN 2022

DINSDAG 21 JUNI 2022

Après-midi

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.05 uur en voorgezeten door mevrouw Frieda Gijbels.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 05 et présidée par Mme Frieda Gijbels.

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.

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 **voorzitter**: Ik neem vandaag het voorzitterschap over van collega Warmoes, die verontschuldigd is. Wanneer ik vertrek, zal collega Merckx overnemen. Collega Depoorter is afwezig wegens ziekte en heeft gevraagd om haar vragen uit te stellen. De samengevoegde vragen kunnen natuurlijk wel gesteld worden, tenzij de collega's aangegeven hebben dat ze uitgesteld mogen worden.

Er staan weer veel vragen op de agenda, dus ik wil vragen om de spreektijd zo goed mogelijk te respecteren.

01 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la nitrofurantoïne" (55027763C)

01 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van nitrofurantoïne" (55027763C)

01.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, als een kind een urineweginfectie heeft, is de magistrale bereiding van nitrofurantoïne in siroopvorm voor de arts de eerste keuze op wetenschappelijk gebied. Deze siroop wordt echter niet terugbetaald. Daardoor kost één flesje rond de 20 euro voor de patiënt.

De artsen die mij hierover hebben aangeschreven, vinden dat onbegrijpelijk, aangezien Furadantine, dat zijn de nitrofurantoïnecapsules, wel wordt terugbetaald. Artsen zijn bijgevolg soms geneigd om zwaardere antibiotica, zoals cefuroxime of amoxicilline, voor te schrijven. Dat is zeker geen goed idee in het licht van de strijd tegen de antibioticaresistentie.

Waarom wordt die magistrale bereiding van nitrofurantoïne niet terugbetaald? Gaat u dat rechtzetten? Wat denkt u ervan dat die niet-terugbetaling antibioticaresistentie in de hand kan werken?

01.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, in 2015 diende een bedrijf al een aanvraag in tot inschrijving op de lijst van grondstoffen voor vergoedbare magistrale bereidingen, maar de macrokristallijne aard van het product kon door het bedrijf niet worden aangetoond, zoals de Raad dat gevraagd had. Het dossier werd daarom opgeschort.

De verzekeringstegemoetkoming mag worden verleend voor magistrale bereidingen waarin vergoedbare farmaceutische specialiteiten ter verwerking zijn voorgeschreven. Er moet dan wel aan verschillende voorwaarden voldaan zijn en ik zal er u drie geven. Ten eerste, er is geen enkel werkzaam bestanddeel van deze farmaceutische specialiteit ingeschreven op de lijst van grondstoffen voor vergoedbare magistrale bereidingen. Ten tweede, de farmaceutische specialiteit is ingeschreven op de lijst als bijlage 1 bij het KB van 1 februari. Aan die twee voorwaarden was in dat dossier voldaan.

De derde voorwaarde is echter dat de verwerkte farmaceutische specialiteit geen vorm met een gewijzigde afgifte mag betreffen. De bijzondere vorm van Furadantine, namelijk macrokristallen, maakt een betere biologische beschikbaarheid van het werkzame bestanddeel mogelijk. Als men die macrokristallijne aard niet kan aantonen, heeft men een probleem met het dossier en is de opname daarvan in magistrale vorm niet toegestaan. De magistrale bereiding komt dus niet voor vergoeding in aanmerking. Tot zover de technische achtergrond.

Sinds 1 januari 2002 evalueert de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) voor de farmaceutische specialiteiten de aanvragen tot terugbetaling en formuleert ze een voorstel tot terugbetaling voor de minister van Sociale Zaken, die dan een beslissing moet nemen over het al dan niet inschrijven van de specialiteit op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

Furadantine MC is sinds 1980 opgenomen in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, is geïndiceerd in de behandeling van acute lagere-urinegeweginfecties en preventie van recidiverende chronische lagere-urinegeweginfecties en is een profylaxe bij transurethrale ingrepen of na chirurgische interventie aan de urinewegen. Zoals de meeste antibiotica wordt deze specialiteit terugbetaald in categorie C.

Tijdens de procedure voor antibioticadossiers houdt de CTG rekening met de risico's van antibioticaresistentie bij haar evaluatie en bij de formulering van het voorstel tot terugbetaling. U weet dat wij veel belang hechten aan antimicrobiële resistentie. Daar is ook een nationaal actieplan rond ontwikkeld, waarin we een aantal operationele doelstellingen en actiepunten naar voren schuiven rond tien strategische zwaartepunten, waarvan de twee belangrijkste infectiepreventie en een verstandig gebruik van antimicrobiële stoffen zijn. U vindt op onze website meer informatie over dat nationale actieplan.

Dat is eigenlijk een antwoord op uw tweede vraag, namelijk in welke mate we rekening houden met de strijd tegen antimicrobiële resistentie. Dat is een belangrijke zaak. In tegenstelling tot wat uw collega's misschien hoopten, kan de magistrale bereiding gewoon niet in aanmerking komen voor terugbetaling.

01.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, als ik het goed heb begrepen, zouden microkristallen niet door de apotheker kunnen worden bereid om een technische reden. De enige oplossing om die toch aan kinderen te kunnen toedienen, zou een commerciële vorm van deze siroop zijn.

01.04 Minister Frank Vandenbroucke: Kunt u dat laatste even herhalen?

01.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Als ik u goed heb begrepen, zei u dat er een probleem was met de microkristallen. De macrokristallijne aard kon niet worden aangetoond, waardoor de magistrale bereiding...

01.06 Minister Frank Vandenbroucke: ... niet terugbetaald wordt.

01.07 Sofie Merckx (PVDA-PTB): ... niet terugbetaald wordt. Daardoor is de enige oplossing voor een terugbetaling de invoering van een commerciële variant. Heb ik dat soms verkeerd begrepen?

01.08 Minister Frank Vandenbroucke: Ik durf daar geen uitspraak over te doen. Om in aanmerking te komen voor terugbetaling, zou er een magistrale bereiding moeten bestaan die geen wijziging van de afgifte van het product met zich meebrengt. Men moet dus de kwaliteit van Furadantine evenaren, als ik dat op een correcte manier uitleg. Ik ben immers geen technicus. Ik meen dat dit het probleem is.

01.09 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Dank u voor uw antwoord. Ik zal het verder zelf uitzoeken. Ik zal dit ook aan mijn collega's doorgeven. Aangezien het wetenschappelijk wordt aangeraden om in eerste instantie dit product aan kinderen te geven en men naar zwaardere antibiotica overschakelt omdat het product niet beschikbaar is, is dit wel een probleem. Ik zal daar later nog op terugkomen.

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

02 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La

prise en charge de l'obésité" (55027925C)

02 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanpak van obesitas" (55027925C)

02.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, le nouveau European Regional Obesity Report, publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), révèle que les taux de surpoids et d'obésité ont atteint des proportions épidémiques dans toute la région européenne et continuent de grimper. Aucun des 53 États européens n'est actuellement en bonne voie d'atteindre l'un des objectifs mondiaux de l'OMS dans le domaine des maladies non transmissibles, à savoir enrayer la progression de l'obésité pour 2025.

Selon l'étude, près de 60 % de la population européenne est en surpoids ou atteinte d'obésité et près d'un enfant sur huit, âgé de cinq à neuf ans, est atteint d'obésité. Le surpoids et l'obésité figurent parmi les principales causes de décès et d'invalidité en Europe et seraient à l'origine de plus de 1,2 million de décès par an, ce qui correspond à plus de 13 % de la mortalité globale en Europe. En outre, l'obésité augmente le risque de contracter de nombreuses maladies, telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et tant d'autres.

L'année 2022 pourrait être une révolution dans le traitement de l'obésité avec l'arrivée de nouveaux médicaments, à la fois pour les obésités génétiques rares et les obésités communes. Ces nouveaux médicaments, tel le Setmelanotide, ont démontré leur efficacité au cours d'essais cliniques internationaux. Ils viennent compléter les prises en charge existantes, notamment nutritionnelles et/ou chirurgicales.

Monsieur le ministre, il est indispensable d'avoir une meilleure prise en charge et un accès aux soins facilité pour cette maladie grave aux lourdes conséquences. Confirmez-vous les chiffres croissants de l'obésité en Belgique? Quelles interventions et options stratégiques recommandées par ce rapport comptez-vous mettre en œuvre afin de lutter contre l'obésité? Quelles initiatives ont-elles déjà été prises dans ce cadre?

Les ministres de la Santé des entités fédérées se joignent-ils aux efforts demandés par l'OMS, notamment au niveau de la prévention et de la sensibilisation? Un plan d'action interfédéral est-il envisageable?

Qu'en est-il actuellement des médicaments contre l'obésité en Belgique?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Rigot, les chiffres belges confirment que la situation est également préoccupante dans notre pays. En 2018, l'enquête de santé menée par Sciensano révélait que près de la moitié (49,3 %) de la population adulte était en surpoids, tandis que 15,9 % des individus étaient obèses. La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes a augmenté de façon linéaire et significative depuis la première enquête de santé de 1997. Les hommes souffrent davantage du surpoids que les femmes, bien que la différence ne soit pas sensible sur le plan de l'obésité.

L'enquête covid-19 réalisée également par Sciensano en avril 2020 indique que les principaux changements constatés au cours de la crise sont une diminution significative de la consommation quotidienne de fruits et de légumes, une augmentation de la consommation de collations sucrées et salées et une diminution de la consommation d'aliments préparés à l'extérieur. Un quart des personnes âgées de dix-huit ans et plus ont indiqué avoir pris du poids depuis le 13 mars 2020. Le taux d'obésité est plus élevé parmi les personnes qui restent assises ou couchées pendant huit heures ou plus par jour et parmi celles qui ont augmenté leur consommation de collations sucrées ou salées depuis la même date. On peut donc constater que la pandémie n'a fait que renforcer cette tendance par une hausse de la sédentarité et du grignotage de produits peu sains.

Je vous rejoins lorsque vous déclarez qu'il est urgent d'agir de façon concertée pour inverser la tendance actuelle et aider nos concitoyens à s'alimenter de manière saine et équilibrée et à adopter un mode de vie actif. Je rappelle que la prévention des maladies et la promotion d'une alimentation saine relèvent pour l'essentiel de compétences communautaires, mais cela ne signifie pas pour autant que le fédéral ne prend pas de mesures en rapport avec le développement des maladies découlant de nos habitudes alimentaires et de notre mode de vie. Ainsi, une nouvelle mouture du Plan Fédéral Nutrition-Santé (PFNS) pour la période 2021-2030 est en train d'être validée par mon cabinet. Ce plan a été élaboré dans un souci de continuité avec la période 2014-2022, en développant des aspects relatifs à l'amélioration des environnements alimentaires et en tenant compte, notamment, des enjeux de durabilité.

Le rapport de l'OMS énonce plusieurs actions clés pour le changement des habitudes alimentaires qui sont

déjà prises en compte dans des mesures du PFNS. Ces mesures prévoient notamment l'adoption obligatoire d'un système d'étiquetage nutritionnel sur la face avant. Comme vous le savez, nous avons adopté le logo Nutri-Score en 2019. Nous plaçons, dans le cadre de la stratégie "Farm to Fork" pour son adoption généralisée au niveau européen pour fin 2022.

L'OMS recommande la mise en place de *guidelines* en matière d'appels d'offres pour les cantines scolaires et les cantines des services publics. Nous avons déjà établi, en 2012, un cahier des charges type pour une alimentation saine et durable dans les écoles qui a été repris par la Fédération Wallonie-Bruxelles comme document de référence pour les appels d'offres pour les cuisines des écoles. D'autres recommandations de l'OMS seront également reprises dans le PFNS. Dès que celui-ci sera définitif, je communiquerai à ce sujet.

Je voudrais également vous signaler d'importantes initiatives qui ont été prises et qui visent à lutter contre l'obésité chez les jeunes via l'assurance maladie fédérale. Il existe, tout d'abord, une offre de soins spécifiques pour les enfants et les adolescents qui sont confrontés au surpoids ou à l'obésité dont les coûts sont en grande partie remboursés dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Cette offre comprend, d'une part, les programmes de soins des deux centres de révalidation pédiatriques et, d'autre part, un trajet d'accompagnement chez le diététicien. Les deux grands centres de révalidation pédiatriques, à savoir le Zeepreventorium à De Haan, et le Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons à Ottignies proposent un programme de soins multidisciplinaires pour les enfants et les adolescents atteints, notamment, d'obésité complexe.

De plus, depuis le 1^{er} avril 2020, un trajet d'accompagnement monodisciplinaire des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité par un diététicien est également remboursé dans le cadre du régime de l'assurance maladie obligatoire. Ce trajet comprend un maximum de dix séances réparties sur une période de deux ans. Ces séances peuvent avoir lieu dans un centre, un hôpital ou à l'extérieur.

À partir de cette année, nous prévoyons aussi dans le budget de l'INAMI cinq millions d'euros qui seront réservés pour un projet de trajet de soins destiné aux enfants atteints d'obésité. C'est dans la continuité de ce qui existe déjà. J'ai donné quelques exemples.

L'idée est vraiment d'améliorer la trajectoire pour que l'on puisse offrir une approche multidisciplinaire bien répartie, dans laquelle les enfants et leur proches reçoivent une aide ambulatoire. Il faut avoir une approche de première ligne, et évidemment aussi en troisième ligne - j'ai mentionné le Zeepreventorium et les Clairs Vallons. Mais entre les deux, il existe une deuxième ligne. Il faut des systèmes de transition et de répartition des tâches entre ces trois lignes, qui soient meilleurs que ceux qui existent actuellement. C'est un projet important pour moi, mais il n'est pas encore finalisé. Un groupe de travail planche dessus.

La place des médicaments dans la prise en charge de l'obésité est limitée. Néanmoins, il existe quelques médicaments sur le marché belge. Tout d'abord la molécule orlistat qui existe depuis des années et qui a entre-temps un générique. En 2003, la Commission de remboursement des médicaments (CRM) a rejeté le remboursement à l'unanimité. Le rejet a été suivi par une décision ministérielle à l'époque. Depuis lors, le fabricant Roche et d'autres fabricants, qui sont devenus titulaires du médicament, ne sont jamais retournés devant la CRM. Le patient paie lui-même, à la posologie la plus faible, une facture de 49 euros pour quatre mois de traitement, et paie plus en cas de posologie plus élevée.

Deuxièmement, il y a la metformine, remboursée pour un patient obèse, mais le CBIP - Centre belge d'information pharmacothérapeutique - le déconseille en l'absence de diabète.

Ensuite, il y a l'association fixe de la naltrexone et du bupropion, médicaments pour lesquels le fabricant n'a jamais soumis de demande de remboursement auprès de la CRM; par conséquent, le patient paie lui-même, pour une posologie habituelle, approximativement 98 euros par mois. La posologie habituelle est de deux fois deux comprimés par jour.

Finalement, il y a le liraglutide, une molécule commercialisée sous deux noms. Ce n'est que la marque Saxenda qui est destinée à traiter les patients obèses. Aussi bien le titulaire Novo Nordisk que la firme Abacus commercialisent ce médicament hors assurance maladie.

En 2020, la CRM avait proposé le remboursement pour un groupe restreint de patients obèses et je me suis écarté de cette proposition pour des raisons budgétaires et sociales. La secrétaire d'État au Budget l'a d'ailleurs également refusée pour des raisons budgétaires. Les études, telles qu'évaluées par la CRM ont

d'ailleurs montré que les bénéfices observés sous traitement sont rapidement perdus à l'arrêt du traitement. En outre, le médicament était trop cher, même en appliquant des mesures dites "de vieux médicaments" et la prévalence de l'obésité dans ce pays est, comme vous le savez, beaucoup plus importante que le petit groupe pour lequel la CRM voyait un traitement remboursé.

Aujourd'hui, à une dose moyenne, c'est-à-dire 1,8 mg/ jour ou un stylo prérempli couvrant trois jours, le coût à charge du patient est approximativement de 490 euros/mois sans compter les frais des aiguilles. C'est assez conséquent. Mais nous devons évidemment toujours prendre des décisions sur la base, d'une part, de la valeur ajoutée thérapeutique et, d'autre part, du coût pour la société.

02.03 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour cette réponse détaillée. Il est clair que l'obésité a un retentissement sur la qualité de vie des personnes, sur le plan social et sur leur vie professionnelle et familiale.

Comme je le disais tout à l'heure, c'est aussi un facteur incroyable de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'hypertension. Donc, lorsque vous parlez d'impact pour notre société, les coûts sont là aussi. Ce sont des coûts indirects tant sur les soins de santé que sur le fonctionnement même de notre société.

Je suis très heureux d'entendre qu'il y a véritablement une prise de conscience globale des entités fédérées et du pouvoir fédéral. En effet, il faut agir tant précocement auprès des enfants que préventivement dans la thérapie pour pouvoir déceler les problématiques et pouvoir faire de ce problème, un problème majeur de santé publique, comme le disait l'OMS. J'attends donc avec impatience le plan que vous nous présenterez dans les prochaines semaines pour pouvoir échanger avec vous.

Je comprends bien la logique consistant à dire que nous devons être vigilants sur le coût des médicaments mais il faut aussi voir le plus pour la santé. Si l'obésité est un enjeu de santé publique, il faut pouvoir donner l'accès à ces médicaments pour celles et ceux qui n'ont pas d'autre alternative pour s'en sortir.

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

03 Questions jointes de

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des médicaments contre les cancers pédiatriques" (55028108C)**
- **Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès aux médicaments en oncologie pédiatrique" (55028344C)**

03 Samengevoegde vragen van

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker bij kinderen" (55028108C)**
- **Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang tot geneesmiddelen voor de behandeling van kanker bij kinderen" (55028344C)**

03.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la présidente, j'aurai juste une demande de précision. Normalement, ma question était jointe à celle de M. Bacquelaine.

La présidente: Il est absent aujourd'hui. Sa question devient donc sans objet.

03.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Voilà qui est ennuyeux! En effet, il avait accepté de faire reporter la question en raison de mon absence. Maintenant, je suis dans l'obligation de poser ma question, alors qu'il n'est pas présent parmi nous.

La présidente: Il n'a rien demandé, donc, posez-votre question!

03.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, chaque année en Belgique, ce sont près de 300 à 350 enfants qui développent une leucémie ou une tumeur maligne. Ces enfants ont besoin de médicaments qui doivent pouvoir être remboursés. Je vois que la plupart du temps, leur traitement s'effectue via des médicaments que l'on appelle "off-label", à savoir des médicaments autorisés pour des adultes uniquement, mais qui sont malgré tout utilisés en pédiatrie à défaut de perspective d'autorisation pour les enfants.

Le problème, c'est que nombre de ces médicaments sont utilisés en dehors de toute indication et ce, malgré leur efficacité prouvée pour traiter en particulier des cancers pédiatriques. En conséquence, le remboursement de ces médicaments utilisés pour des cancers pédiatriques est souvent indisponible. Ce qui oblige les parents à devoir explorer d'autres moyens financiers pour se procurer ces médicaments, ce qui entraîne dans leur chef une détresse émotionnelle, du stress dans leur chef, mais aussi une charge administrative très importante pour les prestataires de soins qui doivent, par exemple, demander des échantillons gratuits ou encore des étalements de paiement.

Il me revient qu'à ce sujet, vous avez rencontré la semaine dernière la Fondation KickCancer et ce, après de multiples demandes de la Fondation. Vous auriez annoncé, lors de cette rencontre, que vous étiez occupé à trouver une solution structurelle qui permettrait de rembourser les médicaments, aujourd'hui identifiés comme essentiels au traitement des cancers pédiatriques mais aussi les médicaments qui pourraient être utilisés à cette fin dans un futur proche. Vous avez donc demandé à la Fondation mais aussi à la Société belge d'hémo-oncologie pédiatrique de vous fournir une liste de médicaments "*off-label*" afin d'avoir une idée plus claire de la situation en la matière, liste qui devrait être remise pour la fin juillet.

Monsieur le ministre, tout d'abord, pour quelles raisons avez-vous tant tardé à recevoir la Fondation KickCancer? Qu'entendez-vous faire à partir de la liste de médicaments "*off-label*" qui vous sera fournie? Avez-vous établi un calendrier de travail, sachant que la liste devrait vous être fournie vers la mi-juillet? Comment entendez-vous lutter contre les lenteurs des procédures belges de reconnaissance et de remboursement d'un médicament innovant en particulier pour traiter les cancers pédiatriques?

03.04 Frank Vandembroucke, ministre: Madame Rohonyi, c'est évidemment une préoccupation importante que vous évoquez. Je suis content que vous mentionniez des traitements "accompagnés d'évidences scientifiques claires". En effet, les enfants concernés ont droit à un traitement qui fonctionne d'une façon non équivoque et non un traitement avec un bénéfice douteux. Depuis des années, beaucoup de traitements anticancéreux chez des mineurs d'âge sont "*off-label*", c'est-à-dire sans reconnaissance européenne de leur rapport bénéfice-risque. Néanmoins, plusieurs initiatives ont été prises au niveau européen et national pour stimuler les investissements dans le développement de produits pour des besoins médicaux non satisfaits, comme je l'ai d'ailleurs récemment expliqué dans une réponse à Mme Gilson.

Je ne dispose pas de chiffres relatifs à des enfants sans accès à un traitement oncolytique accompagné d'évidences scientifiques claires, comme vous dites. Je voudrais vous rappeler que le critère précité est l'un des critères pour lequel le Fonds spécial de solidarité de l'INAMI peut intervenir dans les frais que les parents d'un enfant atteint d'une malignité doivent déboursier.

Rappelons que les malignités chez l'enfant restent rares. Chaque année, environ 500 mineurs reçoivent ce diagnostic. Des solutions structurelles pour offrir les meilleurs soins oncologiques possibles et de haute qualité par des professionnels formés font partie d'études en cours sur la réforme du paysage hospitalier belge. Ceci cadre avec notre approche de concentrer la prise en charge de pathologies complexes dans un nombre limité de centres de référence.

Plus particulièrement pour les médicaments, l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 prévoit une procédure courte spécifique pour les spécialités destinées à un usage typiquement pédiatrique qui sont une extension de gamme d'une spécialité remboursée dans une indication déjà remboursable chez les adultes. En outre, il existe une bonne pratique selon laquelle le Fonds spécial de solidarité invite la CRM à initier des dossiers d'évaluation pour des médicaments pour lesquels elle reçoit plusieurs demandes individuelles de patients et pour lesquels elle estime qu'il existe des évidences scientifiques éventuellement suffisantes pour envisager un remboursement structurel.

Le premier pas est alors d'inviter la firme pharmaceutique à introduire un dossier. Parfois, j'initie moi-même, ou la CRM initie des dossiers d'extension de remboursement de sa propre initiative, lorsque nous sommes informés, par exemple par une association scientifique, d'un besoin thérapeutique particulier chez des patients pour lesquels un remboursement du médicament n'est pas encore assuré, et pour lesquels nous estimons qu'il existe des preuves scientifiques.

Je suis ouvert à toute discussion en la matière avec KickCancer et l'Association belge de pédiatres hémo-oncologues précités. Mes collaborateurs sont en contact avec eux. Il n'y a rien de complexe, sauf trouver une date pour fixer une réunion.

En ce qui concerne des procédures de remboursement, premièrement mes collaborateurs se penchent sur l'accès précoce aux traitements médicamenteux innovants dans le cadre de la réforme de la procédure auprès de la commission d'avis en cas d'intervention temporaire. Cela fait partie de l'INAMI.

Cette procédure, entrée en vigueur fin 2014, et pouvant se poursuivre en procédure de *early temporary reimbursement*, permet d'accéder plus rapidement aux médicaments innovants, et d'accorder un remboursement avant même leur autorisation.

Malgré les possibilités créées par cette procédure, le système est peu utilisé. Par ces interventions dans cette procédure, je veux la rendre plus attractive et ainsi augmenter l'accès précoce.

Deuxièmement, je suis occupé à examiner la façon d'introduire une procédure *fast access* à côté de ce *early temporary reimbursement* que j'ai esquissé pour un remboursement aussi rapide que possible après l'autorisation par l'EMA; bien sûr, pas pour tous les médicaments, mais pour ceux pour lesquels le besoin non satisfait est le plus élevé.

En plus de l'accès rapide lui-même, la durabilité de cet accès rapide est également très importante pour moi. Je veux donc la plus grande garantie possible que ces procédures donnent accès aux médicaments éligibles de manière contrôlée. Elles seront évaluées et ajustées si nécessaire. Voilà ma réponse!

03.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses détaillées, mais en demi-teinte.

Je vous rejoins quand vous dites que les enfants ne sont pas des cobayes et qu'ils ont droit à des médicaments dont l'efficacité scientifique est claire. Mais aujourd'hui, on parle de médicaments qui ont été autorisés pour des adultes. S'ils ont été autorisés par des pédiatres et des oncologues qui prennent ces enfants en charge, c'est parce que ces médecins sont responsables et reconnaissent que ces médicaments sont efficaces pour pouvoir les soigner correctement.

Aujourd'hui, on constate qu'il y a un frein financier. J'entends que vous y travaillez et que vous êtes ouvert à trouver des solutions avec le secteur associatif. Je vous implore de ne pas relativiser l'ampleur de ces cancers pédiatriques. Certes, ces cancers restent rares mais il est insupportable aujourd'hui de voir que des parents doivent s'appauvrir ou s'endetter pour se procurer ces médicaments vitaux pour leurs enfants. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si vous ne disposez pas des chiffres relatifs aux enfants qui n'ont pas accès à ces médicaments parce que, précisément, certains parents n'ont pas été en capacité financière de se les procurer.

Pour le reste, je ne peux que vous encourager dans vos démarches même si je reste un peu sur ma faim au sujet de votre calendrier de travail pour arriver à une solution correcte pour ces parents et leurs enfants.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Discriminatie bij de terugbetaling van niet-geconventioneerde en geconventioneerde zorgverstrekkers" (55028201C)

04 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La discrimination dans le cadre du remboursement des prestataires de soins conventionnés ou non" (55028201C)

04.01 Frieda Gijbels (N-VA): Toevallig hebben we vrij recent al een aantal keren van gedachten kunnen wisselen over de zogenaamde 25 %-regel in de marge van het begrotingsdebat en de bespreking van een wetsontwerp. De kwaliteitswet van 2019 voorziet in de gelijkschakeling van de terugbetaling voor geconventioneerde en niet-geconventioneerde zorgverstrekkers via de artikelen 85 en 86. Vorig jaar stelde ik u ook al vragen waarom artikelen 85 en 86 niet in werking zijn getreden, waardoor de ongelijkheid blijft bestaan. Die ongelijkheid geldt niet alleen voor kinesitherapeuten, maar ook voor vroedvrouwen, logopedisten en zelfstandige verpleegkundigen. U gaf toen aan dat er vanuit het RIZIV een taskforce zou worden opgericht met vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen, beroepsorganisaties, uw beleidscel en vertegenwoordigers van patiëntenkoepels om de relevantie van de 25 %-regel te onderzoeken. U gaf aan de kwestie grondig te willen onderzoeken, alvorens een voorstel aan de ministerraad voor te leggen.

Wat is de uitkomst van het onderzoek van de taskforce? Werd het dossier ondertussen voorgelegd aan de ministerraad? Wanneer zal er een einde worden gemaakt aan het verschil in terugbetaling, zoals ook de kwaliteitswet voorschrijft?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: We hebben hier inderdaad nog vrij recent over gesproken in de plenaire vergadering. Het betreft inderdaad een van de fiches ingediend in het meerjarentraject van het RIZIV, met het oog op de vastlegging van prioriteiten voor het begrotingswerk de komende jaren. Het thema komt aan de orde bij toekomstige besprekingen. Bij de beoordeling werd aangehaald dat de kwestie nog bijkomende discussie en bijkomend onderzoek vergt. Vanuit een aantal kringen klonk dat er moest worden nagedacht of er geen betere alternatieven zijn als we de conventionering door zorgverleners willen bevorderen, dan de afschaffing zonder meer van de 25 %-regel. Dat heeft natuurlijk een omgekeerd effect. In de plenaire vergadering zei ik al dat de 25 %-regel betekent dat de sociale zekerheid haar middelen concentreert op de zorgverstrekkers bij de paramedici die werken volgens de conventie. De 25 %-regel geldt niet voor mensen met lage inkomens. Iemand met een laag inkomen geniet het voorkeurstarief en zal niet een vermindering van de terugbetaling krijgen bij het bezoek aan een kinesitherapeut. Het gaat over mensen die buiten dat systeem vallen.

Hoe dan ook denk ik dat er een veel grondiger debat nodig is over de toekomst van het conventioneringssysteem vooraleer we de beslissing zouden nemen om de 25 %-regel af te schaffen.

04.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het gebruik van 25 %-regel als hefboom voor de verhoging van de conventiegraad doet onder andere ethische vragen rijzen. Het getuigt van weinig fatsoen zorgverstrekkers op die wijze onder druk te zetten om toch maar akkoord te gaan met tarieven die vaak eigenlijk te laag zijn.

Ik ben trouwens blij dat u dat laatste onderschrijft en dat u het beroep van kinesist wilt herwaarderen. U ziet dat ook zij een plaats in het zorglandschap bekleden en de ziekteverzekering zelfs kosten kunnen besparen. Om kwaliteitsvolle zorg te verstrekken, dient men toch bepaalde tarieven te hanteren. Ik vrees dat zij die niet over de tarieven of over de 25 %-regel klagen, net degenen zijn die de minimumduur van 30 minuten behandeling per patiënt niet respecteren. Zij behandelen waarschijnlijk wel meer dan twee patiënten per uur. Dat komt de kwaliteit van de zorg niet ten goede. U moet zorgen voor redelijke en werkbare tarieven voor kinesitherapeuten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitster**: De samengevoegde vragen nr. 55028205C van Sofie Merckx en nr. 55028216C van Kathleen Depoorter worden, aangezien mevrouw Depoorter verontschuldigd is, met instemming van mevrouw Merckx uitgesteld.

05 **Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge des patients atteints de sclérose en plaques" (55028283C)**

05 **Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van MS-patiënten" (55028283C)**

05.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, à l'occasion de la Journée mondiale de la sclérose en plaques qui a eu lieu ce 30 mai, la Ligue Nationale Belge de la Sclérose en Plaques a diffusé une lettre ouverte à travers laquelle elle appelle à une meilleure prise en charge des personnes atteintes de cette maladie qui touche quand même 12 000 personnes en Belgique, dont deux tiers sont des femmes.

Si l'ASBL reconnaît que des efforts importants ont été consentis, que des traitements ont été mis au point, elle déplore le fait que ce ne soit pas le cas pour toutes les formes de la pathologie, ce qui entraîne une discrimination inacceptable pour certains patients.

L'ASBL appelle ainsi à poursuivre les efforts et à investir massivement dans la recherche fondamentale, la recherche clinique, mais aussi dans le développement de nouvelles technologies pour permettre, notamment, une meilleure prise en charge des personnes atteintes par la maladie.

Monsieur le ministre, où en est-on au niveau de la recherche contre la sclérose en plaques? De nouveaux traitements et/ou de nouvelles technologies sont-ils attendus? Des initiatives nouvelles sont-elles envisagées pour permettre une détection précoce de la maladie et améliorer la prise en charge de ces patients? La Ligue Nationale Belge de la Sclérose en plaques espère une reconnaissance légale des associations de patients. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet? Je vous remercie pour vos réponses.

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Chère collègue, pour savoir quels sont les futurs médicaments et autres produits pharmaceutiques bientôt disponibles, il faut procéder à ce que l'on appelle un exercice d'*horizon scanning*. The International Horizon Scanning (IHSI) est en cours de développement et sera opérationnelle fin 2022. Cette initiative vise à identifier les médicaments en cours de développement, par exemple contre la sclérose en plaques, et à évaluer leur impact futur. La Belgique, via l'INAMI, est un partenaire direct de cette initiative d'*horizon scanning*. Dans l'attente de ladite opérationnalisation, BeNeLuxA - notre coopération avec les Pays-Bas, le Luxembourg et l'Autriche -, utilise l'*horizon scan* de ZIN, Zorginstituut Nederlands.

Les produits actuellement dans le pipeline pour la sclérose en plaques sont l'ublituximab, un concurrent des produits biologiques actuels, le fumarate de diroximel, un concurrent du fumarate de diméthyle, et une extension de l'indication des molécules fumarate de diméthyle et tériflunomide aux enfants atteints de sclérose en plaques.

Il convient de noter que, pour de nombreux traitements de la sclérose en plaques, les preuves scientifiques de leur efficacité restent limitées, en particulier les études qui les comparent. Cela n'aide pas les médecins, les malades et l'organisme qui finance les soins de santé à former un choix assuré.

S'agissant de votre question relative à la reconnaissance légale des associations de patients, je puis vous indiquer qu'elle existe déjà et qu'elle se poursuit, comme en témoigne leur participation croissante aux politiques de santé et à des projets bien précis, y compris de manière structurelle et officielle dans certains organes: l'Observatoire des maladies chroniques, le futur Forum Patients, la Commission fédérale des droits du patient, le Fonds des accidents médicaux ou encore le KCE, par exemple. Il faut également citer le financement structurel des couples d'associations de patients. Ainsi, la Vlaams Patiëntenplatform et la Ligue des Usagers des services de santé (LUSS) sont subventionnées par l'INAMI afin de permettre le remboursement et d'apporter un soutien aux patients. Voilà autant d'exemples de la reconnaissance dont vous parlez et qui se manifeste principalement via les couples d'associations de patients. La Ligue Belge de la Sclérose en Plaques est membre de la LUSS et est donc reconnue en un certain sens.

05.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de vos précisions, notamment en ce qui concerne les nouveaux traitements et technologies. Nous savons que tout cela prend énormément de temps et que les patients doivent attendre, puisque les effets de certains traitements sont aléatoires et varient d'un patient à l'autre, en améliorant la qualité de vie de certains d'entre eux seulement. Tout dépend de la forme prise par la maladie chez chacun d'eux.

En ce qui concerne la reconnaissance, j'entends bien ce que vous indiquez. En tout cas, l'existence de ces associations est primordiale, au regard de l'aide qu'elles apportent quotidiennement aux patients, lesquels peuvent donc compter sur leurs services lorsqu'ils se retrouvent démunis face à une telle maladie.

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

06 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nomenclatuur voor hormoonimplantaten" (55028293C)

06 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nomenclature des implants hormonaux" (55028293C)

06.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de huisarts is, zoals we allemaal weten, een essentiële schakel in onze gezondheidszorg. Vanuit de eerste lijn is deze persoon de gatekeeper van de tweede lijn, maar hij is eerst en vooral ook een vertrouwenspersoon.

Een aantal medisch-technische handelingen, in dit geval gynaecologische handelingen, kunnen zowel in de eerste als in de tweede lijn uitgevoerd worden, bijvoorbeeld het nemen van een uitstrijkje of het plaatsen van

een hormoonspiraal of een hormoonimplantaat.

Vanaf 1 maart 2022 wordt het implanteren van hormonen via een spiraal of staafje niet meer terugbetaald, waardoor deze akte voor een huisarts, die voldoende tijd moet kunnen vrijmaken om dergelijke handeling te kunnen doen, helemaal niet meer loont. Vroeger was er wel een beperkte vergoeding van 12 euro.

Wat was de reden om de handeling met het nomenclatuurnummer in kwestie niet meer terug te betalen? Is het de bedoeling dat dergelijke gynaecologische handelingen, die eigenlijk perfect in de eerste lijn kunnen worden uitgevoerd, uitsluitend naar de tweede lijn worden verwezen? Is er een inschatting van de impact van deze beslissing? Zal de drempel naar de tweede lijn voor sommige mensen niet te hoog zijn?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik heb de neiging om te verwijzen naar vragen die u zelf gesteld hebt of bedenkingen die u gemaakt hebt, en die ik overigens deel, over dat we binnen de gezondheidszorg kritisch moeten kijken naar wat er gebeurt en ons de vraag moeten stellen of het allemaal wel even doelmatig is. Dit is een voorbeeld van een dergelijke invraagstelling.

De honoraria voor de code 149030, de implantatie van hormonen K10, werden op nul gezet als onderdeel van maatregelen die uitgewerkt werden voor de doelmatigheid van de zorg. Dat was een totaalpakket van maatregelen van 40 miljoen euro, in uitvoering van een nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2021.

De overweging is dat een dergelijke procedure redelijk eenvoudig uit te voeren is en integraal onderdeel uitmaakt van een raadpleging. In dat kader mag het dus geen aanleiding geven tot een specifieke terugbetaling boven op het ereloon voor deze raadpleging. Deze verstrekking wordt vandaag overigens grotendeels oneigenlijk gebruikt voor onder andere de inspuiting van Zoladex. Ingevolge deze beslissing vervalt het huidige ereloon van 13,04 euro.

Bij het opstellen van de maatregelen werd voorgesteld om in twee fases te werk te gaan en de verstrekking niet direct af te schaffen. Door de honoraria op nul te zetten, kunnen we de impact van dergelijke maatregelen op de zorgverleners beter inschatten. In dit kader komt er een jaar na de uitvoering van de maatregel een evaluatie.

Het is niet de bedoeling om dit soort ingrepen te verplaatsen naar de tweede lijn, die ook geen specifieke code heeft voor deze hormonale implantatie. De verwachte impact van het op nul zetten van de vergoeding voor deze verstrekking is budgettair globaal ongeveer 732.000 euro op jaarbasis. Deze verstrekking kan altijd bij de huisarts plaatsvinden als de medische situatie dat toelaat.

06.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, als ik het heb over doelmatige zorg, dan heb ik toch andere zaken voor ogen, zoals overconsumptie en niet-wetenschappelijk onderbouwde praktijken die eruit moeten. Dit begrijp ik echter niet goed. U zegt dat dit deel moet kunnen uitmaken van een raadpleging. Het plaatsen van een spiraal is echt geen eenvoudige handeling en ik denk dat daar toch wel een bepaalde vergoeding tegenover mag staan.

U mag ook niet vergeten dat de drempel naar de tweede lijn voor veel patiënten hoog is, dus ik hoop maar dat er financiële voordelen te rapen vallen. Ik stel mij daar vragen bij en ik hoop dat de maatschappelijke impact daarvan ook wordt meegenomen in dergelijke oefeningen. Ik vind dit geen goede manier om aan doelmatige zorg te doen. Ik denk echt dat er heel wat andere zaken zijn die wel in aanmerking komen.

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

De **voorzitster**: Vraag nr. 55028339C van mevrouw Van Hoof wordt op haar verzoek uitgesteld. De samengevoegde vragen nrs. 55028367C en 55028983C van de heren De Caluwé en Rigot worden uitgesteld. Mevrouw Jadin is niet aanwezig, dus haar vraag nr. 55028416C vervalt.

*Voorzitster: Sofie Merckx.
Présidente: Sofie Merckx.*

07 **Questions jointes de**
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le prix exagéré

du Revlimid" (55028308C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'expiration des brevets relatifs au Revlimid" (55028519C)

07 Samengevoegde vragen van

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De te hoge prijs voor Revlimid" (55028308C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verlopen van octrooien voor Revlimid" (55028519C)

07.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik wil u vandaag de vraag over Revlimid stellen, omdat de prijs van dat middel ook reeds in de pers ter sprake kwam. Revlimid is een antikankermedicijn dat sinds 2015 gebruikt wordt in ons land. Eén pilletje Revlimid kost in België ongeveer 255 euro. Volgens Test-Aankoop kostte het middel in 2018 voor het RIZIV 75 miljoen euro. De Christelijke Mutualiteit maakte eveneens een studie over zeer dure medicijnen die in de ziekenhuisapotheken afgeleverd worden. Daar kwam Revlimid of lenalidomide uit als het tweede duurste medicijn.

In maart kwam het bericht dat in Nederland een zeer sterke prijsdaling werd aangekondigd voor Revlimid, omdat het patent op Revlimid verlopen is, waardoor generieke producenten het middel voor ongeveer 1 euro per pil zullen aanbieden. Een prijsdaling van 99 % zou in België, afgaand op de cijfers van Test-Aankoop van 2018, een besparing van ongeveer 74 miljoen euro op ons budget betekenen. In België zit Revlimid echter nog steeds onder geheim contract, afgesloten door toenmalig minister De Block. Dat contract werd verlengd, met als pittig detail dat de verantwoordelijke voor de geheime contracten bij het kabinet van mevrouw De Block in 2019 is overgestapt naar de firma Celgene, die Revlimid op de markt brengt.

Mijnheer de minister, zult u het geheime contract op Revlimid stopzetten? Naar aanleiding van uw antwoord op een van mijn schriftelijke vragen weet ik dat het contract normaal gezien loopt tot eind augustus. Zult u het contract al dan niet vroeger stopzetten, aangezien het patent verlopen is?

Wat is uw beschouwing bij de draaideurpolitiek in de kabinetten?

Zult u, zoals in Nederland, een openbare aanbesteding uitschrijven om de prijs van lenalidomide te drukken? Hoe volgt uw administratie prijsdalingen in het buitenland op? Hoe staat u tegenover het feit dat in het buitenland zulke drastische prijsdalingen voorzien worden, terwijl het middel in België nog steeds onder geheim contract zit?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Eerste vraag, zult u het contract met betrekking tot Revlimid opzeggen? Het loopt tot 30 juni, dat is niet lang meer. Einde mei werd een procedure afgerond bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, die geleid heeft tot een definitieve inschrijving van Revlimid, in indicaties waarvoor dat nog niet het geval was, vanaf 1 juli. In die zin is uw vraag niet gedateerd, maar de context zal nu wel grondig worden gewijzigd.

Gaat u, zoals in Nederland, een openbare aanbesteding uitschrijven voor lenalidomide? De prijs die u in uw vraag aanhaalt, 1 euro per pilletje, is niet gebaseerd op de officiële lijstprijs van lenalidomide in Nederland. De lijstprijsniveaus in België en Nederland zijn namelijk zeer vergelijkbaar. De prijs die u aanhaalt voor Revlimid in Nederland, de lijstprijs, mag men niet zomaar rechtstreeks vergelijken met de officiële lijstprijs in België. Farmaceutische specialiteiten die gekocht worden door ziekenhuisapotheken kennen ook kortingen die, naar verluidt, fors kunnen zijn. Wij kennen die ook niet. In feite bent u, wanneer u het over Nederland heeft, bezig met het beschrijven van de kortingpolitiek die bedrijven toekennen aan ziekenhuizen. Dit gezegd zijnde zal bovendien naar aanleiding van de definitieve inschrijving en het openen van de referentiecluster conform onze huidige regelgeving, de lijstprijs van Revlimid in België significant dalen op 1 juli, tot op het niveau van de generieken die vandaag al terugbetaald zijn.

U vraagt hoe ik de prijsdalingen in het buitenland opvolg. Vanuit de dienst voor Geneeskundige Verzorging, directie Farmaceutisch Beleid van het RIZIV, is er wel degelijk een opvolging van de prijswijzigingen in het buitenland. Recent is een team budgetanalisten aangesteld om het project *PU6 Internationale Prijzen* verder uit te werken. Met dit project worden tweemaal per jaar de prijzen buiten het bedrijf opgevraagd bij de farmaceutische bedrijven voor de betrokken farmaceutische specialiteiten in Duitsland, Frankrijk, Nederland, Ierland, Finland en Oostenrijk. De farmaceutische bedrijven zijn volgens de bepalingen van artikel 72bis, §1, ten 8ste van de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verplicht om deze gegevens te delen met het instituut. Deze gegevens worden verzameld in een databank en daarna

grondig verwerkt en geanalyseerd. De gecommuniceerde prijzen in de zes genoemde Europese landen kunnen door de bedrijven zelf ook aangewend worden om een uitzondering aan te vragen op de besparingsmaatregel inzake oude geneesmiddelen.

Daarnaast is het zo dat voor bepaalde CTG-procedures, bijvoorbeeld voor individuele herzieningen, de farmaceutische bedrijven de prijzen in andere landen, waar er een specialiteit wordt gecommercialiseerd, moeten aantonen. Indien de prijzen in een bepaald land lager zijn, kan worden gevraagd om daarmee te aligneren. Bij contractonderhandelingen in het kader van de aanvraag tot vergoedbaarheid kan men ook dergelijke informatie over prijzen in andere landen opvragen.

Op uw vierde vraag zou ik willen zeggen dat het altijd zo is dat we proberen om een geneesmiddel, dat tijdelijk is ingeschreven via een overeenkomst, voor het verval van het patent definitief in te schrijven ofwel van de lijst van vergoedbare geneesmiddelen te schrappen. Al te vaak merken we dat er bij de farmaceutische firma's voor het verlies van het patent geen bereidheid is om de lijstprijs te laten zakken tot op een aanvaardbaar kostenniveau om definitief te worden ingeschreven. Hier dient verandering in te komen. We werken nu aan een structurele oplossing voor dit probleem. Het is ook een van de elementen die we willen bespreken in het kader van de lopende discussies met de industrie.

U vraagt dan wat ik doe aan de draaideurpolitiek. Als u daarmee bedoelt dat ambtenaren of politici die bevoegd zijn voor regelgeving of toezicht over een bepaalde sector; overstappen naar een bepaalde functie in een privébedrijf, werkzaam in precies deze of ongeveer dezelfde sector, dan kan ik zeggen dat ik niet over de bevoegdheid beschik om daarin beleidsinitiatieven te nemen, maar ik heb wel vertrouwen in de deontologie van mijn medewerkers. Ik denk dat zij gehouden zijn om hun opdracht met de grootste zorg voor het algemeen belang uit te voeren. Ik denk ook dat ze dat doen. Zijn er maatregelen nodig? Ik kan zeggen dat wij al zeer scrupuleus en voorzichtig omgaan in onze directe contacten met de farmaceutische industrie.

07.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Dank u voor uw antwoorden, mijnheer de minister. Ten eerste zegt u dat die vraag zonder voorwerp is, aangezien het contract binnenkort afloopt. Volgens uw antwoord op een schriftelijke vraag van mij zou dat eind augustus zijn. An sich is het niet normaal dat een geheim contract blijft doorlopen terwijl er al generieke producten op de markt zijn. Daar loopt iets stevig mis. Hoewel die generieke producten reeds beschikbaar zijn, betaalt men alsnog minstens 3 keer zoveel volgens de gegevens die we hebben gekregen.

U zegt dat men vanaf 1 juli hetzelfde remgeld zal betalen als voor het generieke product. Dat is zeer binnenkort. De prijs van het generieke product in België bedraagt momenteel één derde van het merkproduct Revlimid. Die prijs ligt nog altijd stukken hoger dan de prijs in Nederland voor dit product. Daar schuilt volgens mij wederom een grote systeemfout. Ik zal dat zeker opvolgen. Zelfs indien men de marge van de apotheker in mindering brengt, is het prijsverschil niet te verantwoorden ten opzichte van de prijs in Nederland.

U zegt dat de ziekenhuisapothekers bepaalde kortingen krijgen van de firma's, maar uiteindelijk betaalt de sociale zekerheid die kortingen achteraf volledig terug. De prijs blijft uiteindelijk de officiële prijs op de website. Uiteindelijk betaalt men toch die veel te hoge prijs. Dat is het schoolvoorbeeld van waar men openbare aanbestedingen moet doen. Waarom doen we dit niet zodat de verkoopprijs wordt gedrukt en er een correct bedrag wordt betaald aan de leveranciers? Het Nederlandse voorbeeld geeft al een idee over de grootte van besparingen die daardoor mogelijk zijn. Ik zal daar zeker nog op terugkomen.

Wat de draaideurpolitiek betreft, zegt u dat u geen bevoegdheid hebt om daarover initiatieven te nemen. U bent echter wel lid van de federale regering, die bevoegd is om maatregelen te nemen met betrekking tot de draaideurpolitiek. Het is misschien geen toeval dat de persoon die het contract over Revlimid met Celgene heeft onderhandeld, van het kabinet van mevrouw De Block de overstap naar Celgene heeft gemaakt. Dat weet ik natuurlijk niet zeker, maar het is wel merkwaardig dat de duur van dit contract tot zo ver na de einddatum van het patent loopt.

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

08 **Vraag van Servais Verherstraeten aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan huisartsen" (55028315C)**

08 **Question de Servais Verherstraeten à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé)**

publique) sur "La pénurie de médecins généralistes" (55028315C)

08.01 **Servais Verherstraeten** (CD&V): Mijnheer de minister, het betreft hier een eerder ingediende schriftelijke vraag. Daardoor vraag ik ook om heel veel cijfergegevens. U hoeft die cijfergegevens echter niet voor te lezen. Indien u erover beschikt, mag uw medewerkster ze mij gerust sturen.

De vraag gaat over het huisartsentekort. Uit cijfers bleek dat in het najaar van 2021 drie op de vier Vlaamse gemeenten huisartsarm waren. Tien jaar geleden hebben wij een bedrag uitgetrokken om in huisartsarme regio's, vooral grensregio's, praktijken te subsidiëren en mensen zo aan te moedigen. Toen leken de cijfers mij niet zo nefast als nu. Mijnheer de minister, mijn generatie begint natuurlijk ook met pensioen te gaan. Er gaan er meer met pensioen dan er instromen. Dat houdt een gevaar in.

Daarom vraag ik om cijfergegevens per provincie. Ik verwees ook naar mijn regio, de Kempen, een grensregio met Nederland, waar de huisartsen beter betaald en omkaderd worden dan in Vlaanderen en België. Daardoor zijn er dus veel huisartsen die de grens over stappen. Uiteraard is deze problematiek er ook in andere regio's.

Mijn vraag is een beetje gedateerd, vermits u begin deze maand reeds stappen hebt aangekondigd. Het lijken mij goede stappen te zijn. Een van de belangrijkste stappen op het vlak van administratieve overlast betreft het ziekenbriefje voor één dag. Er moet echter vooral ondersteuning komen voor groepspraktijken en multidisciplinariteit. Misschien kunnen er door beperkte co-investeringen vanwege de overheid stimulansen worden gecreëerd om een antwoord te bieden op huisartsenarmoede, die tot gevolg heeft dat men naar de spoed gaat, waardoor men meer van de sociale zekerheid vergt dan wanneer men bij de huisarts zou gaan.

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Verherstraeten, ik zal u meteen via mijn medewerkster een paar pagina's met cijfers laten bezorgen, zowel over de provincies in het algemeen als over de gemeenten in de Kempen in het bijzonder. Mijn antwoord zit daar overigens ook bij.

Uw vraag komt als geroepen, omdat uw cijfers de vaststelling ondersteunen dat we met een belangrijk probleem zitten. U sprak over de pensionering van huisartsen. Grosso modo kan je stellen dat je anderhalve nieuwe huisarts nodig hebt om een vertrekkende huisarts te vervangen, onder meer omdat jonge huisartsen op een andere manier willen werken, wat heel normaal is in het licht van de nieuwe opvattingen over het combineren van werk en leven. Dat alleen al zorgt voor bijkomende druk, maar daarnaast creëren ook andere factoren een enorme druk op de huisartsgeneeskunde.

Daarom heb ik voor het weekend aan de artsenorganisaties een nota bezorgd, die u ook op mijn website terugvindt, waarin ik een nieuwe deal voorstel met maatregelen op korte termijn, maar waarin ik ook een nieuw perspectief uitteken.

Op korte termijn gaat het inderdaad in de eerste plaats om voldoende en goed gespreide huisartsen. Vandaar het grote belang van het bereikte federale akkoord over de contingentering. In deze commissie is daar al veel over gediscussieerd en wat we federaal voorstellen, lijkt me echt wel logisch. Ik citeer twee cijfers. Tien jaar geleden legden we een quotum vast – dat dus zijn uitwerking heeft op degenen die nu als huisarts beginnen – van minimaal 300 huisartsen. Voor 2028 gaan we nu, tien jaar later, een quotum vastleggen van 868 te vormen huisartsen, dit in samenspraak met de Gemeenschappen, die hiervoor bevoegd zijn. Dat is de helft van het totale contingent en betekent dus een buitengewone expansie. Dat bewijst – u zult zich de debatten met mevrouw Van Peel herinneren, ook in de plenaire vergadering – dat we in een andere tijd leven, waarin we beduidend meer huisartsen moeten laten instromen, die ook goed verdeeld moeten zijn. Het herzien van die planning en van de retoriek daarrond is dus echt wel nodig.

U kent de staatshervorming natuurlijk goed. De vestigingspremie, waarmee men echt rechtstreeks prikkels kan geven om zich her of der te vestigen, is sinds de zesde staatshervorming een bevoegdheid van de deelstaten, maar u zult in de nota lezen dat ik er nog over wil nadenken of wij misschien federaal ook iets kunnen ondernemen om huisartsen aan te moedigen om zich eerder in het buitengebied dan in steden te vestigen. Misschien kunnen we federaal ook wel iets creatiefs ondernemen om daar iets aan te doen, maar de vestigingspremie – het belangrijkste instrument in dezen – is natuurlijk een deelstaatbevoegdheid.

U sprak over het aanpakken van de administratieve overlast en verwees daaromtrent terecht naar het ziektebriefje. Er zijn nog andere mogelijkheden met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen, de attesten van arbeidsongeschiktheid. Daar moet met bekwame spoed aan worden gewerkt. Ik zou eigenlijk

willen dat wij daarin tegen eind 2024 echt belangrijke stappen vooruit hebben gezet. Verder moeten we ook ondersteuning bieden met praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten. Dat is opnieuw iets waarover we met de deelstaten moeten spreken, want het gaat ook over nieuwe opleidingen die nodig zijn, maar zoals u zegt kunnen we zoeken naar een manier om de aanwerving van dergelijke praktijkondersteuners aan te moedigen.

Er is natuurlijk ook het hele vraagstuk van de organisatie en de financiering. Er moet toch eens rond de tafel worden gezeten om na te denken over fundamentele evoluties die nodig zijn, waarbij minder dan vandaag de nadruk zal liggen op prestatiefinanciering en meer op praktijkondersteuning.

Tot slot – en dan ben ik rond met de vijf pijlers – is er nog het aspect van de digitalisering, met teleconsultaties enzovoort.

Ik heb aangekondigd dat ik een werkgroep aan het werk zet op federaal niveau, waar ik ook voldoende jonge huisartsen bij wil betrekken, want ik vind dat belangrijk. Ik wil dat natuurlijk in goede dialoog doen met mijn collega's van de deelstaten, die daarin ook belangrijke bevoegdheden hebben. U krijgt de cijfers die deze noodzaak onderstrepen van mijn medewerkster.

08.03 Servais Verherstraeten (CD&V): Mijnheer de minister, (...) momenteel is en ook in het belang is van onze sociale zekerheid.

Mijnheer de minister, de werkgroep kan ik alleen ondersteunen. Ik zou hoe dan ook willen suggereren dat u de Gemeenschappen daarbij betreft, zodat men elkaars beleid kan versterken. Het cijfer dat ik daarnet van u hoorde, namelijk 868, is immers fenomenaal, vergeleken met het cijfer van tien jaar geleden.

Mogelijkerwijs schuilen daarin ook mogelijkheden. U gaf immers mee dat de vestigingspremie naar de Gemeenschappen is overgeheveld en dat u wou bekijken wat u op dat vlak zou kunnen doen. Misschien is het mogelijk om op bepaalde vlakken asymmetrische keuzes te maken, niet in termen van het noorden en het zuiden van het land, maar in termen van regio's waar de behoeften groter zijn dan in de andere, *peu importe* in welke taalgemeenschap die behoeften bestaan. Op dit ogenblik moeten de regio's – waarmee ik niet de Gemeenschappen en Gewesten bedoel – en streken waar de toestand het ergst is, als eerste worden aangepakt, ongeacht hun ligging in dit land.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van Sigrid Goethals aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verdubbeling van de klachten over de gebrekkige tweetaligheid op de spoeddiensten en bij de mugs" (55028432C)

09 Question de Sigrid Goethals à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le doublement des plaintes sur l'absence de bilinguisme dans les services d'urgence et dans les SMUR" (55028432C)

09.01 Sigrid Goethals (N-VA): Van alle meldingen bij het Meldpunt Taalklachten Brusselse ziekenhuizen gaan de meeste over de gebrekkige kennis, om niet te zeggen onkunde, van het Nederlands op de spoeddiensten en bij de mugs. Dit veroorzaakt natuurlijk niet alleen misverstanden, maar kan ook leiden tot levensbedreigende problemen omdat de Vlaming niet in zijn eigen taal geholpen kan worden in de hoofdstad.

Jammer genoeg zijn dat geen enkelingen. Vele Nederlandstalige families, voornamelijk uit de Vlaamse Rand, hebben deze situatie jammer genoeg al mogen meemaken. Zij vinden dat natuurlijk wraakroepend en kunnen onmogelijk of ontzettend moeilijk begrijpen dat dergelijke gediplomeerde mensen de Nederlandse taal niet machtig zijn of misschien niet spreken uit onwil.

Bepaalde Brusselse ziekenhuizen kunnen het snelst hulp bieden aan de Rand, dus het Pajottenland of de Druivenstreek. Mensen uit het Pajottenland of de Druivenstreek worden dan overgebracht naar de Brusselse ziekenhuizen. Het is een absolute must en een deontologische plicht dat zowel de mugarts als de arts op de dienst spoedgevallen de taal beheerst van de streek waar hij de permanentie waarneemt. Brussel is een tweetalig gebied. De tweetaligheid is vastgelegd in de taalwetgeving.

Dit is geen nieuwe zaak, maar een aloude kwestie, die hoe langer hoe meer problematisch dreigt te worden. Uit cijfers bleek dat de gebrekkige Nederlandstalige dienstverlening in de ziekenhuizen verdubbeld is. De situatie is nog nooit zo erg geweest. Dit is voor de N-VA niet alleen een principiële kwestie, maar ook een kwestie die kan leiden tot een fatale afloop, wanneer mensen in acute noodsituaties niet geholpen kunnen worden in hun eigen taal. Dit laatste bevestigden ook de sprekers op de hoorzittingen in het Vlaams Parlement.

Ik weet dat u niet alleen verantwoordelijk bent voor deze kwestie, maar wat zult u doen, vanuit uw bevoegdheid, om de tweetaligheid van de officiële spoeddiensten, van de 100 en van de mugs in het Brusselse te waarborgen?

Wat zult u doen om de officieel tweetalige openbare ziekenhuizen te verplichten de taalwetgeving na te leven?

Bent u bereid om eventueel de subsidiëring van sommige openbare ziekenhuizen in te trekken bij herhaaldelijke schending van de taalwetgeving?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Goethals, het onderwerp van uw vraag is niet nieuw in het halfrond. Het is ook door de vorige regering opgenomen in het toenmalige regeerakkoord. Het werd echter helaas niet opgelost.

Er is toen onderzocht hoe taal binnen de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening en binnen de wet op de beroepsuitoefening kan worden verankerd. Voor het ene noch het andere kon echter een sluitend antwoord worden geboden. Telkens botst men op het gelijkheidsprincipe, waarbij een taalverplichting aanleiding zou geven tot de verplichting voor elke gezondheidszorgbeoefenaar om te bewijzen dat hij of zij de drie landstalen machtig is, omdat elke gezondheidszorgbeoefenaar bij het verkrijgen van zijn visum het recht krijgt tot de uitoefening van zijn beroep in heel België.

Vandaag kunnen we ons voor de problematiek alleen baseren op het koninklijk besluit van 18 juli 1966 met betrekking tot de gecoördineerde wetten op het gebruik van de talen in bestuurszaken. Volgens die wetgeving dienen alle mugteams van alle ziekenhuizen gelegen binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de ziekenwagens van de Brusselse brandweer tweetaligheid te garanderen. Ze vallen namelijk allemaal onder de toepassing van het koninklijk besluit.

De openbare ziekenhuizen vallen daar helemaal onder. De privé- en universitaire ziekenhuizen vallen enkel onder het koninklijk besluit van 18 juli 1966 wanneer ze een publieke opdracht uitoefenen die de grenzen van het privébedrijf te buiten gaat en die de wet of de openbare machten hun hebben toevertrouwd in het belang van het algemeen. Dat is met name het geval bij het organiseren van door de bevoegde overheidsdienst erkende spoedgevallendiensten en/of een mug. De taalrol van het personeel is in dezen van ondergeschikt belang. De tweetaligheid van de dienstverlening moet gegarandeerd zijn.

Voor de mugteams en ziekenwagendiensten van over de taalgrens liggen de kaarten anders. Vermits zij in een eentalig gebied gelegen zijn, werven zij hun personeel eentalig aan. Dat is natuurlijk het geval aan beide kanten van de taalgrens.

Het toezicht op de uitvoering van het koninklijk besluit van 18 juli 1966 met betrekking tot de gecoördineerde wetten op het gebruik van talen in bestuurszaken ligt bij de Vaste Commissie voor Taaltoezicht. De bestaande sancties voor inbreuken laten geen van de door u voorgestelde maatregelen toe. Er kan niet disciplinair worden opgetreden tegen niet-ambtenaren. Een vrederechter kan ook moeilijk aan een beëdigd vertaler de vertaling opleggen van een mondeling gevoerde communicatie.

De laatste toevlucht is en blijft dan ook de deontologische code van de gezondheidszorgbeoefenaar, waar u, overigens terecht, naar verwijst. Die code stelt dat de gezondheidszorgbeoefenaar zijn patiënt zoveel mogelijk dient te bejegenen en te informeren in diens eigen taal. Veel gezondheidszorgbeoefenaars, zeker die binnen de dringende geneeskundige hulpverlening, wier doel het net is om mensen te helpen, doen hun uiterste best om dat zo goed mogelijk op te volgen, ook als ze worden ingezet over de taalgrens of als de patiënt een andere taal spreekt dan onze drie landstalen. Het is echter belangrijk om hier de aandacht op te blijven vestigen.

09.03 **Sigrid Goethals** (N-VA): Mijnheer de minister, ik leer natuurlijk niets nieuws uit uw antwoord. Dat

hebt u zelf ook wel door. Het gaat echter over een probleem dat we niet mogen onderschatten en waarop we moeten blijven hameren. Zo'n anderhalve maand geleden werd een Nederlandstalige patiënt door een mug naar een Franstalig ziekenhuis gebracht. Er kon daar dus niet worden gecommuniceerd met de dame in kwestie, die vervolgens kwam te overlijden. Zelfs haar familie kon daarvan niet op de hoogte worden gesteld. Dat zijn schrijnende situaties die wij niet mogen toelaten. Dat kan niet. Hier moet aan worden gewerkt en er moeten oplossingen worden gevonden. Er is geen gemakkelijke oplossing, maar moeilijk gaat ook.

Ik kan u een ander voorbeeld geven, van mijn dochter die in haar laatste jaar geneeskunde zit. Zij moest haar eindexamen doen en ontving een gebrekkig Franstalige patiënt. Gelukkig spreekt zij wel een woordje Frans. Aanvankelijk zei de patiënt dat het over haar knie ging, maar na verder doorvragen – mijn dochter had door dat het niet helemaal koosjer was – bleek het te gaan over een operatie aan haar enkel. Dit voorval betrof gelukkig maar een eindexamen van een student, maar we kunnen niet aanvaarden dat iemand zich niet kan uitdrukken in een stresssituatie, bijvoorbeeld wanneer men wordt opgenomen met mug. Dat kunnen we niet aanvaarden in een land als dit. Tweekluisigheid in Brussel is een noodzaak en we moeten daaraan blijven werken. Mijn fractie zal daarop blijven hameren, want het is te belangrijk voor de volksgezondheid.

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

10 **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het weigeren van euthanasie door zorginstellingen" (55028223C)**

10 **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus d'établissements de soins de pratiquer l'euthanasie" (55028223C)**

10.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, wij hebben sinds twintig jaar een euthanasiewet. Die stelt duidelijk dat euthanasie enkel kan onder welbepaalde voorwaarden. De patiënt moet voldoen aan de voorwaarden van de wet. De arts die op vrijwillige basis een euthanasie wenst toe te passen, moet ook de juiste procedure volgen en de euthanasie melden bij de federale euthanasiecommissie.

Twintig jaar later lijkt euthanasie een verworven recht te zijn: de wet wordt ruim gedragen, zowel door de samenleving als door zorgverleners en artsen. Toch bleek dat de wettekst van 2002 niet duidelijk genoeg was over de toepassing ervan in onder andere ziekenhuizen en woon-zorgcentra. Zorginstellingen verschuilden zich vaak achter hun statuten en hun visie om euthanasie binnen hun muren niet toe te laten, hoewel de wet alleen aan een arts, een persoon dus, het recht geeft om te weigeren op basis van een gewetensclausule, niet aan een zorginstelling.

Om deze onduidelijkheid weg te werken heeft dit Parlement in april 2020 een wetswijziging goedgekeurd, waardoor de wet nu duidelijk bepaalt dat geen enkele al dan niet schriftelijke clausule een arts mag beletten om, met inachtneming van de wettelijke voorwaarden, euthanasie toe te passen. Ondanks deze toevoeging zijn er nog altijd zorginstellingen die hun artsen verbieden om een wettelijke euthanasie toe te passen. Om dat te camoufleren, doen ze dan vaak een beroep op het ethisch comité van het ziekenhuis, dat dan een extra a-priori-onderzoek doet om de uitvoering van de euthanasie toe te staan of te weigeren. Erger nog is het geval van het Jan Palfijnziekenhuis, waar eind vorig jaar een arts tijdelijk werd geschorst in een onderzoek naar een zogezegde onrechtmatige euthanasie.

Graag vernam ik van u of de overheid hiervoor regels oplegt en waaraan zo'n ethisch comité van een zorginstelling moet voldoen. Staat een beslissing van een ethisch comité van een ziekenhuis of zorginstelling over een persoonlijke casus van euthanasie boven de federale wet betreffende euthanasie en in het bijzonder de toegevoegde zin waarnaar ik net verwees? Kunnen er sancties worden opgelegd aan zorginstellingen, met name aan ziekenhuizen en hun directie, die hun artsen intimideren om geen euthanasie uit te voeren?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer De Caluwé, het ethisch comité valt onder de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008 en het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Inzake dat koninklijk besluit verwijs ik naar de bijlage, meer bepaald artikel N1, A, III, 9ter. Volgens die bepalingen heeft het ethisch comité van een ziekenhuis onder meer een begeleidende en raadgevende

functie met betrekking tot de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg en een ondersteunende functie bij beslissingen over individuele gevallen inzake ethiek. Die functies worden uitgeoefend telkens als het comité een verzoek in die zin ontvangt. Het verzoek kan uitgaan van elk personeelslid van het ziekenhuis en van elke arts. De adviezen en raadgevingen van het comité zijn vertrouwelijk en niet bindend. Ze zijn het voorwerp van een gemotiveerd verslag, dat uitsluitend aan de verzoeker wordt overgezonden, waarin de verschillende standpunten van de leden worden weergegeven. Ethische comités hebben dus geen beslissingsbevoegdheid, noch ten aanzien van een verzoek om advies in verband met euthanasie, noch ten aanzien van enig ander verzoek.

Wat de wet inzake euthanasie betreft, is er geen enkele afwijking van artikel 14 toegestaan. De wet van 28 mei 2002 voorziet echter niet in specifieke sancties tegen instellingen die zich niet aan die bepalingen zouden houden.

10.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik begrijp dat de ethische comités geen bindende adviezen geven en ook geen beslissingsbevoegdheid hebben. Ze hebben natuurlijk wel een bepaald moreel gezag in bepaalde ziekenhuizen. Ik denk dat we dat eens nader moeten bekijken. U haalt terecht aan dat er geen sancties mogelijk zijn.

Ik vind het een ernstig probleem, aangezien de keuzes van mensen omtrent het levenseinde gerespecteerd moeten worden. In dezen moet ook de vrijheid van de artsen gegarandeerd zijn. Ook dat is op dit moment niet overal het geval.

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

11 Question de Patrick Prévot à Frank Vandembroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les avancées relatives à l'administration du busulfan aux adultes" (55028444C)

11 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandembroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot de toediening van busulfan aan volwassenen" (55028444C)

11.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, en date du 23 mars 2021, je vous interrogeais sur une injustice ressentie par tous les hématologues du pays qui souhaiteraient que le monde politique s'y attarde car, si elle venait à être réparée, elle améliorerait nettement l'existence des personnes leucémiques. En effet, le busulfan, traitement important contre la maladie, est administré par voie intraveineuse aux mineurs avec droit à un remboursement. Par contre, pour les adultes, il est donné par voie orale, sans remboursement; en outre, le choix de la voie orale peut être toxique pour le patient en raison de l'invariabilité de l'absorption du produit par l'intestin.

À la suite de mon intervention du 23 mars 2021, vous m'aviez répondu: "Je vous rejoins en estimant qu'un remboursement du busulfan devrait s'étendre aux adultes. Je demanderai à l'AFMPS et à l'INAMI de bien vouloir se prononcer sur les différentes indications probantes chez l'adulte, de concert avec la firme concernée et les sociétés scientifiques."

Monsieur le ministre, mes questions sont très simples. Plus d'un an après, avez-vous engagé des discussions avec l'AFMPS et l'INAMI sur la question d'un remboursement de l'injection par voie intraveineuse du busulfan, supprimant *de facto* le critère d'âge pour les personnes atteintes de leucémie? Si oui, quelle est leur position dans ce cadre? Enfin, des avancées peuvent-elles également être attendues?

11.02 Frank Vandembroucke, ministre: Monsieur Prévot, j'ai effectivement demandé à la Commission de remboursement des médicaments (CRM) d'initier une procédure pour analyser les données scientifiques, les besoins cliniques et l'impact budgétaire d'un éventuel remboursement du busulfan pour une administration par voie intraveineuse chez les patients adultes lors d'une procédure de transplantation de cellules souches hématopoïétiques.

La CRM a formulé un avis positif pour le remboursement de la spécialité Busilvex, la spécialité commerciale concernée pour les patients adultes. La firme a marqué son accord avec la proposition de la CRM. Sur la base de cette proposition, j'ai pris une décision positive qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet.

Malheureusement, la firme a informé l'AFMPS, le 25 mars, de problèmes de production avec une rupture de

la disponibilité du produit en Belgique à partir de juillet jusqu'à la fin mars 2023 pour les patients pédiatriques en plus de l'extension du remboursement pour les patients adultes. Une dérogation pour l'importation de cette spécialité a été accordée par l'AFMPS pour les patients pédiatriques et adultes en espérant que l'importation des emballages étrangers de cette spécialité sera suffisante pour la couverture thérapeutique de tous les patients belges.

11.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse et pour votre demande à la CRM. Je suis content d'entendre que cette dernière a rendu un avis positif pour les patients adultes et que vous avez décidé de prévoir un remboursement pour ceux-ci à partir du 1^{er} juillet. Cependant, ma joie est un peu nuancée vu notamment la pénurie annoncée jusqu'au mois de mars 2023. On ne peut donc qu'espérer que les importations seront suffisantes pour permettre la poursuite des traitements.

Quoi qu'il en soit, je vous remercie encore une fois d'avoir donné suite à cette question et d'avoir remédié au déséquilibre qui existait entre les adultes et les enfants.

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

La **présidente:** Les questions n^{os} 55028517C, 55028518C, 55028521C, 55028522C, 55028523C, 55028524C, 55028525C et 55028526C de Mme Kathleen Depoorter sont reportées.

Les questions n^{os} 55028560C, 55028561C, 55028562C, 55028563C, 55028564C, 55028565C, 55028566C et 55028567C de Mme Frieda Gijbels sont transformées en questions écrites.

12 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het statuut van de artsen in opleiding" (55028568C)

12 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le statut des médecins en formation" (55028568C)

12.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik zie dat u een beetje in verwarring bent, maar de vragen die ik net heb laten omzetten in schriftelijke vragen, zijn vragen die ik aanvankelijk schriftelijk had ingediend, maar waarvoor de antwoordtermijn verstreken was. Ik had ze daarom ingediend als mondelinge vragen, maar ik heb begrepen dat de antwoorden er zijn, dus u mag mij die gewoon schriftelijk bezorgen.

In de collectieve arbeidsovereenkomst voor artsen-specialisten in opleiding (ASO's) worden de krachtlijnen geschetst voor de minimale arbeidsvoorwaarden die dienen te worden gerespecteerd. Het RIZIV en de regering trekken op jaarbasis respectievelijk 10 miljoen en 20 miljoen euro uit om die collectieve overeenkomst te faciliteren.

Die nieuwe overeenkomst is al bijna een jaar van kracht, maar er zijn signalen dat ze niet overal correct wordt toegepast. Daarom stel ik graag de volgende vragen.

Wanneer deed de Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenhuizen een evaluatie? Wat is daarvan de uitkomst? Volgens welk ritme of op welke basis worden er systematische evaluaties ingericht?

Hoe wordt gecontroleerd op welke manier die 30 miljoen euro wordt aangewend? Zijn de stagemesters er allemaal van op de hoogte dat er op het vlak van de ziekenhuisfinanciering hiervoor meer middelen werden uitgetrokken?

Is er een eerste evaluatie geweest met de studenten en/of stagiairs over de toepassing van de overeenkomst en, zo ja, wat is daarvan de uitkomst?

Op welke manier wordt geëvalueerd of studenten en stagiairs hun werkelijk gepresteerde uren rapporteren? Is er een onafhankelijk meldpunt waar in vertrouwen melding kan worden gedaan van systematische overschrijdingen van de afgesproken werkuren?

Hoeveel inspecties zijn er al geweest door uw diensten en wat is daar de uitkomst van?

Welke rol speelt de Hoge Raad in het registreren van klachten? Bij welke andere instanties kunnen

studenten en stagiairs met klachten terecht? Op welke manier worden die klachten gebundeld en gerapporteerd?

Hoever staat u met uw plannen om werk te maken van pensioenopbouw en een werkloosheidsvergoeding voor de haio's en de ASO's?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, het toeval wil dat ik op uw vragen 1 tot en met 5 eigenlijk een uitgebreid antwoord heb gegeven in deze commissie naar aanleiding van vragen van uw collega's Hennuy en Merckx op 7 juni 2022. Om tijd te winnen, zal ik gewoon verwijzen naar het verslag van die vergadering, dat zeer volledig is. Ik kan u het antwoord ook geven, maar ik stel voor dat ik het niet voorlees, want anders is het gewoon een herhaling.

U voegt echter een zesde vraag toe over de klachten en daar wil ik wel uitvoerig op ingaan.

Als een arts-specialist in opleiding in een situatie verzeilt die raakt aan de kwaliteit van zijn opleiding en van die van andere artsen-specialisten in opleiding en die het niet-respecteren van de van kracht zijnde reglementering inhoudt, of als hij of zij daarvan getuige is, is het aangeraden de Hoge Raad voor artsen-specialisten en huisartsen daarvan op de hoogte te brengen. De Hoge Raad kan dan nagaan of de stagemeester of stagedienst nog altijd beantwoordt aan de vooropgestelde erkenningsvoorwaarden.

Die problemen betreffen onder andere:

- de kwaliteitsvolle omkadering of supervisie volgens de voorschriften, beschreven in de artikels 36 en 37 van het ministerieel besluit van 23 april 2014;
- een regelmatige organisatie van, en toegang tot, activiteiten die betrekking hebben op de specialisatie in kwestie: seminars, *case discussions*, feedback op medische publicaties en toegang tot interdisciplinaire vergaderingen;
- de toegang tot opleidingsactiviteiten, theoretische en wetenschappelijke activiteiten;
- de toegang tot een gepaste verblijfplaats tijdens nachtdiensten.

Dat is het soort problemen waarvan wij vinden dat een arts-specialist in opleiding de Hoge Raad op de hoogte moet brengen als hij of zij iets dergelijks meemaakt of er getuige van is.

Er zijn ook andere partijen die assistenten in opleiding kunnen bijstaan als die geconfronteerd worden met problemen tijdens hun opleiding. Wie dat zijn, verschilt naargelang van de aard van het probleem: de Orde van geneesheren bijvoorbeeld voor alles wat deontologie betreft, of de erkenningscommissies voor de klinische prestaties en activiteiten of het verloop van de stage. Ook daar kan men dus terecht.

Wat de werkomstandigheden betreft, wordt er steeds aangeraden dat de assistent in opleiding zich in eerste instantie richt tot de stagemeester, de coördinerende stagemeester, de instelling of de universiteit. Als laatste redmiddel, wanneer interne bemiddeling niet succesvol is, kan men zich richten tot de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, die bevoegd is voor de toepassing van de sociale wetgeving.

Ik wil u er nog op wijzen dat mijn administratie het initiatief heeft genomen, overigens in overleg met de vereniging van artsen-specialisten in opleiding, om alle praktische informatie voor artsen-specialisten in opleiding te bundelen in een elektronisch beschikbare brochure. Daarin staat ook duidelijk vermeld waar zij of hij terecht kan bij klachten. U vindt die brochure online, op de website www.aso-macs.be, onder 'Overzicht'.

12.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, op de laatste vraag hebt u nog niet geantwoord, denk ik. Die ging over de plannen omtrent de pensioenopbouw en de werkloosheidsvergoeding.

12.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ook daarop had ik de vorige keer al geantwoord. Ik heb daarover gezegd wat ik te zeggen had. U vindt dat in het verslag.

12.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Goed. U zegt dat de Hoge Raad in een aantal gevallen kan worden geraadpleegd. U geeft het zelf aan en u hebt die signalen ook wel opgepikt: het is soms moeilijk om zijn weg te vinden in al die organen en te weten waar men terecht kan met problemen. In eerste instantie moet het probleem gemeld worden aan de stagemeester, aan de coördinerende stagemeester of aan de universiteit,

maar dan gaat het altijd om instanties die een impact hebben op de quoterings. Het gaat dus om een ongelijke verhouding. Die drempel valt niet te onderschatten.

Het is zeker belangrijk om de verschillende instanties te bundelen en duidelijk te maken waar men met vragen en problemen terecht kan. Ik pleit echter ook voor een onafhankelijke ombudspersoon, die laagdrempelig bereikbaar en aanspreekbaar is, zodat men delicate kwesties kan aankaarten.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55028616C van mevrouw Samyn wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

13 **Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La hausse des contaminations au Covid-19" (55028655C)**

13 **Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toename van het aantal coronabesmettingen" (55028655C)**

13.01 **Laurence Zanchetta (PS)**: Madame la présidente, monsieur le ministre, les nouvelles infections au covid-19 sont à la hausse, ce qui n'était plus arrivé depuis plusieurs semaines. Cette légère reprise épidémique serait notamment liée à la circulation des sous-variants Omicron.

Les experts se montrent plutôt rassurants, estimant que cela s'apparente davantage au début d'une vaguelette estivale, plutôt qu'à une grosse vague de contaminations comme par le passé.

Monsieur le ministre, doit-on s'inquiéter de cette hausse des contaminations ou estimez-vous, comme certains experts, qu'il ne s'agit que du début d'une petite vague de contaminations?

Nous savons que différentes entreprises et chercheurs sont en quête d'un "super vaccin" qui serait efficace contre tous les variants, actuels et futurs, du coronavirus. Où en sont les recherches dans ce cadre?

Enfin, une quatrième dose est disponible pour les personnes immunodéprimées depuis le 1^{er} février. Qu'envisagez-vous pour le reste de la population dans le cadre de l'anticipation d'une possible recrudescence à l'automne? Des discussions sont-elles actuellement menées avec vos collègues des entités fédérées dans ce cadre?

13.02 **Frank Vandebroucke**, ministre: Madame Zanchetta, les derniers chiffres livrés par Sciensano mettent en évidence une nouvelle augmentation des différents indicateurs visant à cerner la situation épidémiologique en Belgique. Ainsi, durant la semaine du 11 au 17 juin, les nouveaux cas détectés ont augmenté de 46 % par rapport à la semaine précédente, avec 2 756 contaminations en moyenne par jour. C'est l'effet de l'émergence des variants BA.4 et surtout BA.5, responsables aujourd'hui de plus de la moitié des infections.

Les nouvelles hospitalisations ont également augmenté de 24 % par rapport à la semaine précédente, atteignant un peu plus de 76 entrées à l'hôpital par jour. Le taux d'occupation des soins intensifs pour cette même période a diminué de 6 %.

Le nombre de tests effectués dans le pays a augmenté légèrement, avec une moyenne de plus de 11 336 tests par jour. Le taux de positivité a continué à augmenter, passant à 25,3 %. Le taux de reproduction (Rt) du virus dans la population durant la même période a lui aussi augmenté et est à nouveau supérieur à la valeur de 1, avec une valeur exacte de 1,247. Lorsque ce chiffre est supérieur à 1, cela signifie que l'épidémie est croissante.

Même si cela ne se traduit pas par un niveau d'hospitalisations inquiétant, ce rebond doit faire l'objet de la plus grande attention pour déterminer s'il nécessite une réponse adaptée ou s'il n'est que passager. Il est à noter que ces tendances sont observées à l'échelle internationale sans qu'elles ne suscitent à ce stade de mesures supplémentaires de la part des pays concernés.

Assurément, le virus n'a pas disparu. Il se pourrait qu'une nouvelle vague se confirme, sans qu'elle n'ait de conséquences graves. Dans les mois à venir, nous pourrions aussi être confrontés à un variant qui engendre plus de formes graves ou qui soit encore plus contagieux. Les prochaines semaines qui verront de

nombreux citoyens partir en vacances à l'étranger seront déterminantes pour définir l'approche la plus adaptée en matière de lutte contre l'épidémie et l'ampleur d'une nouvelle campagne de vaccination.

Ceci étant, pour être très concret, j'ai demandé à M. Dirk Ramaekers, responsable du Covid-19 Focal Point, l'instance qui a remplacé le Commissariat corona au SPF Santé publique, de nous procurer un avis en concertation étroite avec le Risk Management Group, pour au plus tard jeudi, sur la situation épidémiologique et sur l'approche stratégique à déployer.

En termes de vaccination, cinq scénarios ont été préparés déjà en mars par la *task force* "vaccination", afin de cerner au plus près nos besoins selon les différents cas de figure. Ces scénarios vont d'une protection focalisée vers les personnes les plus vulnérables à une campagne de vaccination étendue à l'ensemble de la population. Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) rendra prochainement un avis à la Conférence interministérielle à ce propos. Dans ce contexte, il est important de pouvoir disposer d'un stock de vaccins à même de garantir une protection optimale de l'ensemble des citoyens. La mise à disposition de vaccins adaptés aux nouveaux variants sera assurément un atout. Les études cliniques sont en cours à ce propos. Nous attendons les résultats dans le courant d'août ou de septembre.

Dans l'attente de cet avis du CSS, je veux souligner ceci: s'il y a des personnes dans la population qui ont un problème d'immunité - des personnes "immuno-compromises", comme on dit -, par exemple des patients qui ont un cancer et suivent une thérapie oncologique, il est important que ces patients vérifient si, oui ou non, ils ont eu un deuxième *booster*. Tous les patients immunodéprimés ont été invités à recevoir un deuxième *booster*. C'est ultra-important! Ce que nous constatons aujourd'hui dans les hospitalisations, c'est que de nombreux patients ont un problème d'immunité et, pour ceux-là, le deuxième *booster* est très important. Je répète qu'en attendant l'avis du CSS, tous ceux et celles qui ont un problème d'immunité devraient vraiment prendre rendez-vous pour recevoir le deuxième *booster*.

Ensuite, au niveau de la population en général, vous savez que l'Agence européenne du médicament a dit que l'on pouvait utiliser les vaccins comme deuxième *booster* pour la population âgée de plus de 80 ans. Il y a donc un accord avec les ministres régionaux responsables: les octogénaires peuvent recevoir un deuxième *booster*. Tout le monde doit y réfléchir: c'est une possibilité et c'est une protection supplémentaire.

Je dis cela parce que même si nous n'assisterons pas à une vague importante, toute infection au covid est quand même un problème de santé. Nous savons que certaines personnes subissent des conséquences importantes à long terme, il faut donc éviter d'être contaminé. Le fait d'être vacciné diminue de façon significative les risques d'une maladie grave et d'une hospitalisation.

Samengevat, ik heb Dirk Ramaekers gevraagd mij tegen donderdagmiddag een volledig advies te bezorgen, op basis van de werkzaamheden van onder meer de RAG en de RMG, over de epidemiologische situatie, en over de adviezen die wij moeten geven aan onze inwoners, gelet op het feit dat we inderdaad een stijging zien van het aantal besmettingen. Ik verwacht ook een advies van de Hoge Raad voor de Gezondheid inzake de vaccinatiescenario's die we voorbereid hebben. De vraag is, welk vaccinatiescenario wordt het meest plausibele?

Ik wil ondertussen de zogenaamd immuun gecompromitteerde mensen, bijvoorbeeld mensen die een kankertherapie ondergaan, aanraden absoluut hun tweede booster te gaan halen. Voor mensen die problemen hebben met hun immuniteit en die de tweede booster nog niet gekregen hebben, is dat absoluut noodzakelijk. Ik meen dat ook de 80-plussers eens moeten nadenken over het nut van een tweede booster. In Vlaanderen ontvangen de 80-plussers een brief. Ik raad wie zo'n brief ontvangt aan toch eens goed na te denken over het belang ervan, en in te gaan op de uitnodiging. Ook in Franstalig België kunnen 80-plussers een afspraak maken om een tweede booster toegediend te krijgen. Dat is toch wel nuttig.

Ik hoop tegen donderdagmiddag een omvattend advies te hebben van het Covid Focal Point. Dat is de instantie die het Coronacommissariaat is opgevolgd, en die onder leiding staat van professor Dirk Ramaekers.

De **voorzitter**: Dank u voor dit zeer uitgebreide antwoord, mijnheer de minister.

13.03 Laurence Zanchetta (PS): Madame la présidente, je serai assez brève, mais le sujet est important et nous avons sans doute tous écouté la réponse du ministre avec attention. L'arrivée de l'été nous fait presque oublier que le virus continue malheureusement à circuler, ce qui nous invite à faire preuve de la plus grande

prudence.

Monsieur le ministre, je vous remercie notamment pour les précisions que vous avez apportées concernant les personnes immunodéprimées. En effet, on a tendance aujourd'hui à croire que les conséquences d'une contamination ne sont plus aussi graves qu'auparavant. Or, les conséquences peuvent être désastreuses pour certaines personnes dont les personnes immunodéprimées, mais aussi les personnes plus âgées. Nous devons donc rester prudents et continuer à informer les citoyens.

Il est également question d'anticipation. J'ai écouté attentivement les informations que vous nous avez communiquées au sujet des différents scénarios qui sont sur la table.

Quoi qu'il en soit, nous continuerons à suivre la question avec beaucoup d'attention, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 55028656C de M. Hervé Rigot et n° 55028755C de Mme Catherine Fonck sont reportées.

De vragen nrs. 55028659C, 55028660C en 55028668C van mevrouw Sneppe worden geschrapt.

14 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nomenclatuur van de verstrekkingen van mondhygiënist" (55028680C)**

14 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nomenclature des prestations des hygiénistes bucco-dentaires" (55028680C)**

14.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb u in het verleden al een aantal vragen gesteld over mondhygiënist, maar enkele zaken zijn me nog steeds niet helemaal duidelijk.

Recent werd door het RIZIV meegedeeld dat mondhygiënist een RIZIV-nummer kunnen aanvragen. Dat lijkt al een eerste stap in de goede richting. Ik vraag me wel af wat de gevolgen daarvan zijn.

Wat is de stand van zaken betreffende de nomenclatuur? Wanneer mogen we deze verwachten? Voor welke verstrekkingen zal er een tussenkomst van de ziekteverzekering komen?

Kunt u een overzicht geven van de vertegenwoordiging van mondhygiënist in overleg- en beslissingsorganen? Hoe ziet die vertegenwoordiging eruit? Waar zijn de mondhygiënist vertegenwoordigd? Hebben ze stemrecht in deze organen?

14.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik kan u zeggen dat de diensten van het RIZIV momenteel werken aan de nomenclatuur voor de mondhygiënist. Het ontwerp van KB is al goedgekeurd door de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen op 19 mei. Er is een positief advies gegeven door de Commissie voor begrotingscontrole op 25 mei en het ontwerp is goedgekeurd door het Verzekeringscomité op 30 mei. Nu wordt het voorgelegd aan verschillende instanties buiten het RIZIV.

Voorlopig geeft men een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor bepaalde verstrekkingen uitgevoerd door mondhygiënist, namelijk tandsteenverwijdering en verzegeling. Deze verstrekkingen zullen aan een mondhygiënist gedelegeerd kunnen worden op voorschrift. Zolang de mondhygiënist geen eigen conventiesysteem hebben, waardoor er tariefzekerheid kan worden geboden aan de patiënten, worden verstrekkingen in rekening gebracht bij de verzekering voor geneeskundige verzorging door de tandheelkundige waarmee ze samenwerken.

In antwoord op uw tweede vraag moet ik u zeggen dat er binnen het RIZIV geen officieel overleg- en beslissingsorgaan bestaat voor mondhygiënist, omdat zij nog niet opgenomen zijn in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Als de aanwezigheid van mondhygiënist echter nodig wordt geacht voor onderwerpen die besproken worden in de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, wordt een vertegenwoordiger van hun beroepsorganisatie, de Belgische Beroepsvereniging Mondhygiënist, uitgenodigd om deel te nemen als expert.

Ik ben hoopvol gestemd dat het zal vooruitgaan. Ik meen dat we daarover hetzelfde denken, namelijk dat het

belangrijk is. Ik hoop dat we dit in de loop van het najaar echt in werking zullen zien in de praktijk.

14.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het is inderdaad een belangrijk thema. Het is voor de algemene mondgezondheid van belang dat de mondhygiënist snel aan de slag kunnen. Het heeft lang geduurd voor ze toegang kregen tot de nomenclatuur. Hopelijk komt het er in het najaar van.

Laat het echter niet bij sealing en tandsteenverwijdering blijven. Dat zijn namelijk zaken die niet noodzakelijk een meerwaarde zullen betekenen in het mondzorglandschap. Er moet ook veel ruimte zijn voor voedingsvoorlichting, antitabaksadvies en mondhygiëne-instructies, die veel uitgebreider zijn wanneer ze verzorgd worden door mondhygiënist en die echt een meerwaarde kunnen betekenen voor de algemene mondgezondheid.

Zorg er ook voor dat mondhygiënist zo snel mogelijk stemrecht krijgen in de verschillende organen waarin ze tot nu toe gewoon opgeroepen worden om advies te geven. Het volstaat niet om er experts bij te roepen als het over hun thema's gaat, zij moeten op een gelijkwaardige manier kunnen deelnemen aan het debat over de nomenclatuur, de technische verstrekkingen en de mondgezondheid in het algemeen. Hopelijk is dit geen eindpunt, maar een beginpunt. Hopelijk zullen de mondhygiënist snel naar waarde kunnen worden geschat.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55028696C van mevrouw Sneppe is zonder voorwerp. Vraag nr. 55028698C van mevrouw Merckx wordt uitgesteld.

15 **Samengevoegde vragen van**

- **Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gezondheidsgevolgen van pesticideresidu's op fruit" (55028715C)**
- **Séverine de Laveleye aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact op de gezondheid van pesticideresiduen in fruit" (55028952C)**

15 **Questions jointes de**

- **Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conséquences sur la santé de la présence de résidus de pesticides sur les fruits" (55028715C)**
- **Séverine de Laveleye à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'impact sur la santé des résidus de pesticides dans les fruits" (55028952C)**

15.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het zal u niet verbazen dat onze fractie Ecolo-Groen vragen stelt over het rapport over pesticideresidu's op fruit, dat op 24 mei werd gepubliceerd. U zult ongetwijfeld meteen verwijzen naar het verslag van het FAVV, dat concludeert dat er geen gezondheidsrisico's zijn. Maar twee zaken in het bijzonder verontrusten mij, ten eerste het cocktaileffect en ten tweede het percentage aangetroffen hormoonverstorende stoffen.

Naar het cocktaileffect is al veel onderzoek gedaan, maar daar zijn nog nooit echt resultaten uit gekomen. Tegenwoordig bestaat er consensus over dat men de normen inzake het cocktaileffect door 10 zou moeten delen, wil men het voorzorgsprincipe respecteren. Die berekening heb ik nog niet gemaakt met de gegevens die het FAVV vorige week gepubliceerd heeft. U bent bevoegd voor de normen, minister Clarinval is bevoegd voor de handhaving van die normen en de zorg voor de voedselveiligheid.

Mijnheer de minister, daarom vraag ik mij af hoe u naar dat onderzoek kijkt. Bent u samen met ons ongerust over het cocktaileffect?

Voorts werd cyprodinil en tebuconazool aangetroffen, stoffen waarvan bekend is dat ze een hormoonverstorend effect hebben. Welnu, de wetenschappelijke gemeenschap en de regelgevende instanties waarschuwen in dat verband allang voor het verschijnsel van de niet-monotone dosis-respons, waardoor er eigenlijk geen veilig blootstellingsniveau is.

Mijnheer de minister, hoe rijmt u de aanwezigheid van die stoffen op fruit met de regels die u probeert in te stellen in het NAPED? Hoe gaat u met die informatie om? Zult u bijvoorbeeld een maximaal residuelevel, een MRL, instellen?

15.02 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): *Monsieur le Ministre, vous avez probablement pris connaissance du rapport de PAN Europe (Forbidden fruit) attestant que depuis 2011, nous connaissons en Belgique une augmentation conséquente de la présence dans nos fruits de résidus de pesticides classés candidats à la substitution dans le règlement européen en raison de leur haute toxicité. L'étude montre que les produits qui auraient progressivement dû être remplacés par des alternatives plus sûres pour la santé et l'environnement ne le sont toujours pas.*

PAN Europe dénonce la présence accrue de résidus dans nos fruits de 55 substances actives dangereuses classifiées « candidats à la substitution » et demande l'interdiction immédiate de 12 d'entre elles. Rappelons que dans la réglementation européenne, une évaluation systématique des alternatives doit être réalisée pour les remplacer par des substances plus sûres.

Pour de nombreux produits de consommation, sur base scientifique des données fournies par l'EFSA, le rapport met en évidence la présence de plus de 5 substances candidates à la substitution dans chaque produit. Le risque d'effets cocktails avec ces pesticides les plus dangereux nous semble devoir être pris au sérieux.

Mes questions sont les suivantes:

- 1) Votre collègue Monsieur Clarinval, a dit en plénière le 25 mai dernier que dans la législation « les limites ne sont pas des limites toxicologiques ». Faudrait-il réévaluer les limites maximales de résidus pour ces 55 substances actives, et prioritairement les 12 les plus dangereuses, du fait de leur toxicité avérée?*
- 2) Certaines de ces substances sont des perturbateurs endocriniens. Est-ce que le Plan d'Action National sur les Perturbateurs Endocriniens interdira l'utilisation de telles substances?*
- 3) Par rapport à « l'effet cocktail »? Travaillez-vous à intégrer cette dimension dans l'approche des limites maximales de résidus?*

15.03 Frank Vandembroucke, ministre: (...) Actuellement, le risque pour le consommateur de résidus de pesticides dans nos aliments est généralement encore estimé pour chaque substance active prise séparément, tout en tenant compte de la consommation des différentes denrées alimentaires et sur la base d'hypothèses ou d'estimations prudentes. Par exemple, des données de mesures issues de programmes de surveillance démontrent que les niveaux de résidus sont souvent faibles et bien inférieurs aux limites maximales de résidus (LMR). Ces LMR ne sont pas des normes de sécurité mais des valeurs limites sous lesquelles resteront certainement les teneurs en résidus si les produits phytopharmaceutiques sont utilisés conformément à leur autorisation. On parle donc de marges de sécurité très larges.

Afin de pouvoir réaliser une évaluation réaliste de l'exposition cumulative du consommateur aux résidus de pesticides via une ou plusieurs denrées alimentaires et afin de pouvoir répondre à la question couplée consistant à savoir si cela induit un risque cumulatif plus élevé, une réflexion beaucoup plus complexe est requise. Une méthodologie est en cours de développement au niveau de l'Union européenne par l'European Food Safety Authority (EFSA) à cet effet. Tout d'abord, il faut tenir compte du fait que seules les substances qui agissent sur le même organe ou système physiologique spécifique du corps humain peuvent contribuer au même effet nocif cumulatif.

Ce qui reste également essentiel, c'est la concentration de chaque résidu de pesticide dans une ou plusieurs denrées alimentaires et la mesure dans laquelle un consommateur est effectivement exposé aux résidus dans le soi-disant cocktail.

Le seul fait de détecter plusieurs résidus de pesticides dans certaines denrées alimentaires n'est donc pas en soi une raison de céder à la panique - ce n'est pas ce que vous faites, madame Creemers - ni d'être inquiet de façon disproportionnée, vu que cela ne signifie pas que cela comporte un risque plus élevé pour le consommateur, même si, dans un sens, c'est un peu suggéré dans le rapport de PAN Europe. Légalement parlant, il n'y a pas non plus de limitation du nombre de résidus qui peuvent être présents sur une denrée alimentaire, précisément parce que ce n'est pas un indicateur fiable de risque pour le consommateur.

La méthodologie européenne a déjà été implémentée en 2020 et 2021 par l'EFSA pour une évaluation des risques cumulatifs de résidus de pesticides ayant un effet possible sur le système nerveux et des effets à long terme possibles sur la glande thyroïde. Cela a été réalisé au moyen des résultats du monitoring des résidus collectés par plusieurs États membres de l'Union, dont la Belgique, lors de la période 2014-2016. Sur la base de cette première évaluation du risque cumulatif, il n'y a pas de raison de s'inquiéter. Une adaptation des LMR pour des substances individuelles ou une adaptation des autorisations ne s'avèrent pas nécessaires. En d'autres termes, la connaissance actuelle sur l'exposition cumulative des consommateurs

ne nécessite pas de prendre des mesures supplémentaires.

Entre-temps, au niveau européen, des démarches supplémentaires ont été faites afin d'examiner également les effets cumulatifs sur d'autres organes, par exemple les anomalies de la boîte crânienne et du visage, le foie, les yeux, la glande surrénale et l'appareil reproducteur. Une méthodologie est en cours de développement pour, outre des évaluations rétrospectives (c'est-à-dire en examinant l'exposition réelle sur la base des données de surveillance collectées dans le passé), permettre également des évaluations prospectives (c'est-à-dire dans la procédure d'autorisation, lors de l'extension de l'utilisation des produits phytopharmaceutiques, et de l'augmentation de certaines LMR).

Afin d'accélérer le processus, la Commission européenne, en collaboration avec l'EFSA, a développé un plan d'action qui donnera la priorité aux pesticides et aux organes qui présentent le risque le plus élevé possible. De plus amples informations sur ce plan d'action et l'état d'avancement de l'évaluation des risques cumulés des résidus de pesticides en général sont disponibles sur le site internet de la Commission européenne.

Considérant que la recherche sur le risque cumulé pour les consommateurs des résidus de produits phytopharmaceutiques dans les aliments et le développement de méthodologies harmonisées sont principalement menées en coordination au niveau européen, c'est-à-dire le niveau auquel les LMR de l'Union européenne sont établies, nous attendons le résultat de ce processus avant de prendre d'autres initiatives. Nous n'hésiterons pas à agir rapidement s'il apparaît qu'il y a un danger pour la santé publique.

Le futur Plan d'action national sur les perturbateurs endocriniens (NAPED) a pour objectif de diminuer l'exposition de la population belge et de l'environnement aux perturbateurs endocriniens identifiés et/ou suspectés.

En ce qui concerne les pesticides, la législation européenne réglementant les produits phytopharmaceutiques et biocides intègre déjà les perturbateurs endocriniens. Ainsi, lorsqu'un produit phytopharmaceutique ou un biocide est identifié en tant que perturbateur endocrinien à la suite de son évaluation, il est interdit d'utilisation sur le marché européen.

En ce qui concerne les substances chimiques qui n'ont pas encore été évaluées mais qui sont suspectées d'être des perturbateurs endocriniens, certaines actions incluses dans le Plan d'action national sur les perturbateurs endocriniens (NAPED) visent à promouvoir leur substitution en soutenant par exemple les initiatives au niveau local en partenariat avec les autorités régionales et communautaires.

Mevrouw Creemers, noch cyprodinil noch tebuconazool is op dit moment geïdentificeerd als hormoonverstorende stof door de EFSA. In 2018 werd een beoordelingskader vastgelegd en werden wetenschappelijke criteria opgesteld om pesticiden met hormoonverstorende eigenschappen op een duidelijke en wetenschappelijk verantwoorde manier te identificeren. Zowel tebuconazool als cyprodinil wordt momenteel onderworpen aan een Europese beoordeling volgens de methodologie die ik heb geschetst.

Zolang er geen gemeenschappelijke expertconsultatie is afgerond, kan onmogelijk definitief uitsluitel over het al dan niet hormoonverstorende karakter van deze stoffen worden gegeven. Als na een EU-beoordeling zou blijken dat deze of andere stoffen toch hormoonverstorende eigenschappen hebben, zal het gebruik van deze stoffen in gewasbeschermingsmiddelen in de hele EU, dus ook in België, worden verboden. Dat betekent echter niet automatisch dat residuen in levensmiddelen, geïmporteerd vanuit landen buiten de EU, om die reden ook zullen worden verboden.

Het al dan niet hormoonverstorende karakter van een stof sluit niet uit dat er veilige blootstellingsdrempelwaarden kunnen worden afgeleid, op basis waarvan het risico van eventuele residuen in levensmiddelen voor de consument kan worden ingeschat. Alleen als het op basis van de laatste wetenschappelijke kennis niet langer mogelijk zou zijn om veilige blootstellingsdrempelwaarden voor een stof vast te stellen of als het ingeschatte risico ongunstig is, zal ook die aanwezigheid van residuen van die stof in voedingsstoffen niet langer worden getolereerd.

Aangaande het verschijnsel van een niet-monotone dosis-respons waarvoor geen veilig blootstellingsniveau zou bestaan, is het zo dat de aard en de omvang van dergelijke niet-monotone effecten nog steeds het onderwerp zijn van debat en controverses onder wetenschappers. Over dit onderwerp en de mate waarin dit een doorslaggevende rol in de risicobeoordeling speelt, is momenteel nog geen wetenschappelijke

consensus. De huidige opinie van de EU-experts is dat er voor pesticiden een monotone dosis-respons bestaat.

15.04 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Bedankt voor het uitvoerige antwoord, mijnheer de minister. Op zich verbazen niet zoveel zaken mij, maar tegelijkertijd neemt uw antwoord mijn ongerustheid niet weg. Het rapport van PAN Europe waarnaar ik verwijs, gaat over de meest schadelijke pesticiden, waarvan in 2011 al beslist is dat lidstaten ze moeten uifaseren en vervangen. Het gaat niet zomaar om het eerste het beste onschadelijke product. We kijken daar fundamenteel anders naar.

De Europese regelgeving is zo en u moet die verdedigen. Als bewuste consument en ongeruste mama vind ik het echter niet geruststellend dat het beleid het product uit de handel zal nemen als na tien jaar studie blijkt dat er mogelijk een probleem mee is. Ik ben voorstander van een omgekeerde redenering, waarbij een product op de markt mag komen als na tien jaar onderzoek blijkt dat het veilig is. Over dat punt zullen we wellicht ideologisch blijven discussiëren. We zullen er ook blijven over waken. Hier zitten toch een aantal stoffen in die we niet mogen tolereren. Ik weet naar welke onderzoeken en actieplannen u verwijst, maar ook dat duurt al erg lang. Het zorgt ervoor dat we een hele generatie blootstellen aan producten waar we over twintig jaar spijt van zullen hebben.

15.05 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je rejoins les propos tenus par ma collègue Barbara Creemers. Il est ici question de pesticides repris dans la catégorie "candidats à la substitution" parce qu'ils sont reconnus comme faisant partie des pesticides les plus dangereux depuis 2011.

Même si cette question ne relève pas directement de vos prérogatives, monsieur le ministre, on doit bien constater que la Belgique n'a pas fait son devoir, conformément à la demande de l'Europe, et qu'elle n'a pas remplacé la très grande majorité de ces produits. On continue donc à être confronté à des résidus de ces produits. Il semble qu'il n'existe pas, actuellement, au niveau belge, une réelle volonté de proposer une sortie du marché de ces pesticides. Ce faisant, on est confronté à un trop grand taux de résidus.

Comme vous l'avez confirmé, les normes maximales de résidus sont calculées par type de pesticides, et comme vous l'avez dit, on est encore en pleine réflexion au niveau européen au sujet des effets cocktail qui sont, pour l'instant, les parents pauvres dans le cadre de la réflexion sur les pesticides.

Nous attendons fermement de l'Europe que celle-ci porte une attention particulière sur ces effets cocktail. Mais comme elle traîne un peu, nous espérons que les autorités sanitaires belges se pencheront rapidement sur la question. Pour l'instant, on avance encore trop à l'aveugle.

J'ose donc espérer que vos équipes se donneront les moyens nécessaires pour garantir la santé de la population qui est – je le sais – votre priorité. Quoi qu'il en soit, je vous remercie pour le suivi de ce dossier.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vragen nrs. 55028716C, 55028718C, 55028719C en 55028721C van mevrouw Depoorter worden uitgesteld. Samengevoegde vragen nrs. 55028724C en 55028725C van mevrouw Depoorter, nr. 55028833C van mevrouw Sneppe en interpellatie nr. 55000293I van mevrouw Depoorter worden uitgesteld. Vraag nr. 55028729C van mevrouw Depoorter wordt uitgesteld. Samengevoegde vragen nr. 55028730C van mevrouw Depoorter en nr. 55028834C van de heer Creyelman worden uitgesteld. Interpellatie nr. 55000292I van mevrouw Depoorter wordt uitgesteld.

16 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du KCE concernant les licences obligatoires pour les médicaments coûteux" (55028732C)**

- **Sofie Merckx à Alexander De Croo (premier ministre) sur "Le rapport du KCE concernant le recours à des licences obligatoires pour des médicaments coûteux" (55028733C)**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les licences obligatoires comme piste pour contrer l'augmentation du prix des médicaments orphelins" (55028943C)**

16 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het KCE-**

rapport over dwanglicenties voor dure geneesmiddelen" (55028732C)

- **Sofie Merckx aan Alexander De Croo (eerste minister) over "Het KCE-rapport over het gebruik van dwanglicenties voor dure geneesmiddelen" (55028733C)**

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dwanglicenties als piste om de stijging van de prijs van weesgeneesmiddelen tegen te gaan" (55028943C)**

16.01 **Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, ook voor dit dossier is er al enige aandacht in de media geweest. De PVDA heeft naar aanleiding van het Zolgensmadossier in de commissie voor Gezondheid een wetsvoorstel ingediend betreffende het aanpassen van de wetgeving inzake dwanglicenties. Er was een advies gevraagd aan het Kenniscentrum, dat negen maanden vroeg om dat advies uit te brengen. Het zijn uiteindelijk heel wat meer maanden geworden door de covidcrisis. Vorige week is het langverwachte rapport van het Kenniscentrum dan toch uitgekomen met als titel *Zijn dwanglicenties een oplossing voor dure geneesmiddelen?*

Mijnheer de minister, het leek mij interessant om daarover met u van gedachten te wisselen. Ten eerste, belangrijk is natuurlijk dat het Kenniscentrum dezelfde vaststelling doet als de PVDA, namelijk dat de stijgende prijzen van innovatieve geneesmiddelen onze gezondheidsstelsels zwaar onder druk zetten.

Het stelt in de samenvatting ook dat dwanglicenties een manier zijn om de uitgebreide bescherming die door octrooien wordt geboden, weer in evenwicht te brengen wanneer die uit balans is. Het stelt dat ze in uitzonderlijke omstandigheden kunnen worden gebruikt als onderdeel van een bredere toolkit, die de betaalbaarheid van geneesmiddelen in België kan helpen waarborgen en dat het mechanisme dus geval per geval kan worden bestudeerd.

De PVDA is natuurlijk tevreden, want wij hebben het wetsvoorstel ingediend om het in uitzonderlijke omstandigheden effectief toe te passen. De bedoeling van ons wetsvoorstel is immers om het monopolie te kunnen doorbreken, zodat een generieke producent kan worden aangesteld om een geneesmiddel te produceren als er een buitensporige prijs wordt vastgesteld. Er moet worden berekend of het al dan niet om buitensporige winst gaat. Wij zouden veeleer gaan naar een generische producent die het medicijn produceert voor een reële productieprij, waarbij dan een redelijke winstmarge in rekening wordt gebracht.

Er zijn heel wat voorbeelden waarop dit in theorie toegepast zou kunnen worden.

Het eerste voorbeeld is natuurlijk Zolgensma, dat nu terugbetaald wordt tegen ongeveer 2 miljoen euro per spuitje, hoewel Test-Aankoop enkele maanden geleden een klacht heeft ingediend waarin het stelt dat die prijs buitensporig is.

Een ander voorbeeld is Revlimid, waarover wij het daarnet hadden, een medicijn waarvan de prijs in Nederland veel lager is. Bij ons kostte een pil 255 euro, in Nederland ongeveer 1 euro. Dan weten wij dat we jarenlang een buitensporige prijs hebben betaald voor dat geneesmiddel.

Een ander voorbeeld is het schandaal inzake CDCA, dat gebruikt wordt voor de zeldzame stofwisselingsziekte CTX, waar men door de toepassing van de wetgeving inzake geneesmiddelen de prijs snel de hoogte in geduwd heeft.

Het KCE formuleert in zijn rapport een heleboel aanbevelingen om gebruik te maken van dwanglicenties. Die kunnen gebruikt worden als concreet instrument, maar ook als stok achter de deur.

Ik wil nog even ingaan op Test-Aankoop en Kom op tegen Kanker, die gereageerd hebben op die studie en die, sinds ze een symposium hielden over dure kankermedicatie, een oproep hebben gedaan om de piste van de dwanglicenties te bestuderen. Zij stellen u voor, mijnheer de minister, om met het KCE-rapport aan de slag te gaan en er een bruikbaar instrument van te maken dat kan worden toegepast in de praktijk.

Mijnheer de minister, mijn vragen zijn vrij algemeen. Hebt u dit rapport van het KCE gelezen? Wat zijn uw bedenkingen? Gaat u aan de slag met de aanbevelingen van dit rapport?

16.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Merckx, u vraagt of ik op de hoogte ben van deze studie. Ja, dat ben ik. Het was overigens deze commissie zelf die het KCE de opdracht gaf om de studie uit te voeren. Ik ben op de hoogte gebracht van de resultaten en aanbevelingen en ik apprecieer de bijdrage van

binnen- en buitenlandse experts aan de studie.

In augustus 2019 is een wetsvoorstel ingediend tot wijziging van het Wetboek van economisch recht wat de toepassing van dwanglicenties op geneesmiddelen betreft. Verschillende amendementen en de discussies in de Kamer daaromtrent zijn mij ook bekend. Ik moet u er wel aan herinneren dat de aanbevelingen van het KCE-rapport zowel aan mij als aan mijn collega van Economische Zaken zijn gericht.

U vraagt of mijn diensten hebben meegewerkt aan de studie. Het antwoord is dat het FAGG en het RIZIV hebben meegewerkt. Vervolgens vraagt u wat ik daarvan vind. Wel, ik volg de besluiten van het rapport en ik vermeld onmiddellijk dat we met dwanglicenties niet in een juridisch kluwen verwickeld mogen raken. Het KCE-rapport geeft goede aanwijzingen om niet in dat stadium te belanden. Het is precies de taak van de nog op te richten werkgroep, zoals omschreven in het rapport, om een wetswijziging voor te bereiden die de Belgische Mededingingsautoriteit de bevoegdheid zal geven om een dwanglicentie toe te kennen. Daarnaast vind ik de discussie over de buitensporige prijzen en de definitie daarvan de moeite waard om ze te voeren. Die discussie zal immers ook complementair zijn aan de juridische voorstellen van de werkgroep waar ik het net over had.

Ik verwacht dus veel van dit rapport. De juridische uitkomsten die uitgestippeld worden, zullen voor een beter en duidelijker kader en voor meer zekerheid voor de overheid zorgen, en in feite zullen ze ook de industrie meer duidelijkheid verschaffen.

U verwees in dit verband naar Kaftrio. Ik begrijp uit uw vraag dat u zelf een dwanglicentie voor een generiek product van Kaftrio als een oplossing ziet. Ik wil er niet op vooruitlopen, maar gelet op de hoge of zelfs te hoge vraagprijs voor sommige mucoviscidosebehandelingen mag er geen enkele oplossing bij voorbaat worden uitgesloten.

U vraagt wat ik vind van de buitensporig hoge prijzen voor weesgeneesmiddelen. Als uit een HTA-beoordeling blijkt dat de prijs van een geneesmiddel buitensporig is, dan moet dat aan het bedrijf duidelijk worden gemaakt en moet er worden aangestuurd op een prijsdaling. Ik vind dat nodig. Zelfs als er een contract afgesloten is, kunnen we niet om het even welke lijstprijs toelaten. Dat zorgt voor een inflatie van die prijzen en is op langere termijn onhoudbaar, zowel als benchmark voor prijszetting van nieuwe geneesmiddelen als met het oog op een terugbetaling zonder contract.

U vraagt of ik zal stoppen met geheime contracten. Deze contracten zijn gebaseerd op het principe van *managed entry*, met als doel te zorgen voor een gecontroleerde introductie in de terugbetaling van nieuwe geneesmiddelen of technologieën waarover belangrijke onzekerheden bestaan. Deze contracten werden de voorbije jaren regelmatig onder de aandacht gebracht en er is veel controverse over geweest. Het richtinggevende principe dat ik wil gebruiken in dezen, is dat de tijdelijke vergoeding via contracten beperkt moet worden tot gevallen waar er aanzienlijke wetenschappelijke en/of budgettaire onzekerheden zijn. Dus *as little as possible, as much as necessary*.

In 2017 heeft het KCE een rapport gepubliceerd over de algehele werking van dit systeem. Dat rapport zegt ook dat men het kind niet met het badwater mag weggooien. Conventies kunnen effectief innovatieve geneesmiddelen sneller beschikbaar maken, wat voor de patiënt een groot voordeel is. De focus mag echter niet alleen op snelheid liggen, maar moet vooral op het voordeel voor de patiënt liggen en op de duurzaamheid van de ziekteverzekering op de langere termijn.

16.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, tot nu toe heb ik weinig gehoord over al die geheime contracten en de problemen met de inflatie van de prijzen daardoor. Ik heb via schriftelijke vragen ook vastgesteld dat u zelf een heel aantal contracten hebt voortgezet. Dat gaf de indruk dat u de politiek van mevrouw De Block voortzette.

Ik blijf voorzichtig bij de interpretatie, maar ik hoor toch dat de studie van het Kenniscentrum u eventueel op andere gedachten brengt. Dat is een goede zaak. U zegt ook dat u werk gaat maken, als ik het goed begrepen heb, van de werkgroep die het KCE voorstelt om een wetswijziging voor te bereiden. Dat is positief nieuws en ik hoop ook dat het in samenwerking zal gebeuren met de Kamercommissie waar een wetsvoorstel voorligt.

Met betrekking tot de hoge vraagprijs voor bijvoorbeeld mucomedicatie, met dwanglicenties aan de slag gaan is een andere richting dan het steeds maar aangaan van geheime contracten.

Wij komen hierop zeker nog terug, ook op een heel aantal concrete gevallen. Wij moeten met twee sporen werken. Enerzijds moeten we onze wetgeving effectief aanpassen en van de dwanglicenties een concrete tool maken, anderzijds moet er op die manier een einde worden gesteld aan de inflatie van geheime contracten.

Eigenlijk ziet men daar dat men gedurende zeer lange tijd te veel betaalt. Het initiële idee om die contracten enkel te gebruiken als er onduidelijkheid is en als er echt innovatie is, wordt vaak niet meer toegepast. Het gaat intussen immers om 30 % van onze uitgaven. We hebben het er later alleszins nog over. Bedankt, mijnheer de minister.

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

17 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55028735C)

17 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds blouses blanches" (55028735C)

17.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het primaire doel van het Zorgpersoneelfonds is netto meer handen aan het bed te krijgen. Uit vrij recent onderzoek van het Kenniscentrum blijkt dat er toen, in 2019, gemiddeld 1 verpleegkundige instond voor de zorg van 9,4 patiënten. Dat is ruimschoots boven de internationaal geaccepteerde veilige norm van 8 patiënten per verpleegkundige. Voldoende verpleegkundigen aan de bedden krijgen, is vooral nodig om de zorgkwaliteit en de veiligheid van de zorg te kunnen garanderen.

Onlangs zei u mij in antwoord op een plenaire vraag dat er door het Zorgpersoneelfonds al 4.500 voltijdse equivalenten zijn aangeworven. Het KCE schatte in dat er ongeveer 5.500 voltijdse equivalenten nodig zijn om de veilige norm van 8 patiënten per verpleegkundige te behalen.

Mijnheer de minister, lijkt de veilige norm van 1 verpleegkundige per 8 patiënten op dit moment binnen handbereik? Wanneer denkt u die veilige bestaansnorm te halen? Kunt u een projectie geven van het traject dat nog gevolgd moet worden?

Wat is de evolutie van de verpleegkundige bestaansnorm sinds 2010? Hoeveel effectieve vte's zijn erbij gekomen sinds de invoering van het Zorgpersoneelfonds? Kunt u een overzicht geven per Gewest en per provincie, indien mogelijk met een onderscheid naargelang het gaat om universitaire, niet-universitaire, openbare en privéziekenhuizen?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Gijbels, we weten dat de ziekenhuissector onder enorme druk staat. Het personeel is eigenlijk nog altijd uitgeput van ondertussen ruim twee jaar pandemie. In zekere zin gaat het om een vicieuze cirkel, wat we eerder al besproken hebben. Veel personeelsleden vallen uit, waardoor de feitelijke bestaansnorm problematisch is. Daardoor is de druk hoog. Wat ik u hierna antwoord, is dan ook geenszins bedoeld om die problematiek enigermate te verbloemen, laat staan te ontkennen.

Puur statistisch is het wel een gegeven dat het aantal patiënten per verpleegkundige dalend is. Volgens de studie *RN4CAST* is de verhouding van 11,4 patiënten per verpleegkundige in 2009 gedaald tot 9,4 patiënten per verpleegkundige in 2019. Dat is over die periode van tien jaar wel een duidelijke verbetering. Als wij het Zorgpersoneelfonds, dat na 2019 in actie is gekomen, in ogenschouw nemen, dan moeten we ervan uitgaan dat die ratio nog kan dalen.

Daarnaast hebben we ook nog andere maatregelen genomen. Het sociaal akkoord voorziet in extra opleidingen en verbeterde arbeidsvoorwaarden en lonen. We hopen dat het geheel van maatregelen deze trendmatige langzame daling sinds 2009 van de ratio tussen patiënt en verpleegkundige en de verbetering van de omkadering kan doorzetten.

U vroeg naar de evolutie van de verpleegkundige bestaansnorm sinds 2010. Tussen 2010 en 1 juli 2014 werden op het niveau van de wettelijke omkaderingsnormen de normen van de diensten psychogeriatric en

geriatrie verhoogd. U weet echter dat het aanpassen van de erkenningsnormen sinds de zesde staatshervorming een bevoegdheid van de deelstaten is. Uw vraag over die normen zou u dus aan de deelstaten moeten stellen. Ik kan er wel aan toevoegen dat de bestaffingsnormen na de bevoegdheidsoverdracht niet zijn gewijzigd. Verder kan ik melden dat de sociale akkoorden sinds 2010 ook toelaten extra personeel in ziekenhuizen te financieren, bijkomende zorgkundigen voor de nacht en logistieke en administratieve ondersteunende krachten voor het verpleegkundig personeel.

U vroeg hoeveel vte's er zijn bij gekomen en vroeg daarbij ook een onderverdeling van de statistieken. Uit het evaluatierapport dat in juli 2021 naar de Kamer werd gestuurd, blijkt dat er in 2020 4.250 voltijdse eenheden zijn bij gekomen. Ik heb een overzicht, maar ik denk dat ik u dat beter overhandig zodat u over de details beschikt, mevrouw Gijbels, ook rekening houdend met het verslag van deze vergadering. Dat overzicht lezen, een tabel, is immers zinloos.

17.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. U geeft aan dat de norm de afgelopen 10 jaar aan het verbeteren is. Er zijn exacte gegevens over. Het gaat over een daling van 11,4 naar 9,4 in 2019, wat een verbetering is. U zegt dan dat het Zorgpersoneelfonds dit nog verder moet laten dalen. Is daar werkelijk geen zicht op?

17.04 Minister Frank Vandenbroucke: Het Zorgpersoneelfonds is wetgeving die in de Kamer tot stand is gebracht. Als u dus vindt dat de rapportering moet verbeteren, zou u hier in de Kamer de wetgeving moeten veranderen. Ik wil daarvoor desnoods zelf het initiatief nemen. De wet op het Zorgpersoneelfonds is dus in handen van de Kamer. Dat rapporteringsprobleem is daarin aanwezig. Ik vind het ook een probleem dat de rapportering met een groot tijdsinterval komt. Ik wil gerust het initiatief nemen om dat te verbeteren, maar het is dus iets wat samenhangt met de wet op het Zorgpersoneelfonds.

17.05 Frieda Gijbels (N-VA): Ik denk inderdaad dat het een probleem is. Als we zulke bedragen uitgeven, moeten we goed zicht hebben op waartoe ze worden aangewend en of ze het doel dienen waarvoor ze in het leven geroepen zijn.

Ik ben het dus met u eens dat de rapportering sneller, preciezer en beter moet gebeuren. We zullen kijken of er nog collega's te vinden zijn om daaraan een mouw aan te passen. Ik kan het echter moeilijk begrijpen dat het geen evidentie is dat er een betere rapportering is. Er wordt op veel vlakken gerapporteerd en ik begrijp niet dat daar per se een wetgevend initiatief voor nodig is.

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

18 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Infectieziekten na de overstromingen" (55028736C)

18 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les maladies infectieuses après les inondations" (55028736C)

18.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de aanleiding voor deze vraag is de watersnood van vorige zomer in Wallonië, waarbij vooral de provincie Luik zwaar werd getroffen. Ongeveer 31.000 huishoudens, omgerekend 100.000 mensen, zijn erdoor getroffen.

Uit een studie van AViQ blijkt dat de incidentie van COVID-19 bij de getroffen huishoudens 30 % hoger ligt en dat ook andere infectieziekten vaker voorkomen in de overstroomde gebieden. Het gaat dan over leptospirose, legionellose en infecties met *Escherichia coli*, waardoor de morbiditeit in deze regio's hoger ligt.

Uit deze studie blijkt ook dat er een slechte communicatie was tussen de betrokken actoren in de crisiscontext. De huisartsen werden overbelast en waren onvoldoende voorbereid op de nasleep van deze crisis. Hun participatie in het nationaal surveillancenetwerk was laag en er was geen ICT-omgeving voor digitale rapportage.

Welke lessen werden er getrokken uit deze ramp? Kunt u actie ondernemen om de communicatie tussen de betrokken actoren te verbeteren? Is er een debriefing geweest van de betrokken federale gezondheidsinspecteur? Wat is de conclusie daarvan?

Hoe zal erop worden toegezien dat de huisartsen beter worden gesensibiliseerd? Hoe zult u de ICT-problematieken verbeteren, voor zover u daarvoor bevoegd bent?

Kunt u een laatste stand van zaken geven met betrekking tot de gezondheidsimpact van deze infectieziekten? Welke gegevens worden verzameld en hoe worden ze gebenchmarkt, bijvoorbeeld ten opzichte van andere landen?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik wil eerst en vooral zeggen dat ook in de federale fase van een crisis de federale bevoegdheden welomschreven en in dezen zelfs beperkt blijven. De organisatie van de eerste lijn, de preventie en de preventieve geneeskunde, alsook de opvolging van infectieziekten zijn deelstaatbevoegdheden. Ik kan dus niet antwoorden op de meerderheid van uw vragen vermits ze niet tot mijn bevoegdheid behoren.

Tijdens een crisis, en dit zowel bij een individuele crisis als bij een federale crisissituatie, neemt de federale overheid de organisatie van de acute medische en psychosociale hulpverlening voor haar rekening, maar met het oog op een vlotte transactie naar de nazorgfase zal ze ook heel snel contact opnemen met de deelstaten.

Er werd van de acute fase, de periode van de federale fase en de periode van de federale ondersteuningscel een omstandig verslag opgemaakt door zowel de federale gezondheidsinspecteurs als de psychosociale managers. Deze verslagen vormen de input van de medisch-psychosociale discipline bij de verschillende structuren die vandaag nog altijd actief zijn binnen de evaluatie van deze crisis.

Wat uw vragen betreft, kan ik u meegeven welke acties ondernomen werden tijdens de acute fase, acties die volgens sommigen al ruimschoots buiten de federale bevoegdheid vallen. Ik dank mijn administratie en de federale gezondheidsinspecteurs en psychosociale managers voor hun aanpak tijdens de acute fase. Deze aanpak heeft de hulpverlening aan de burgers centraal gesteld. Sommige initiatieven hebben misschien inderdaad even buiten onze staatkundige lijntjes gekleurd.

Ten eerste, preventie. Een uitgebreide tekstbrochure van 59 pagina's over de sanitaire maatregelen die ondernomen moeten worden na overstromingen, is gedeeld met de Infocel van het Nationaal Crisiscentrum. Deze tekst, geschreven door de federale gezondheidsinspecteur dokter Haenen, behandelt een heel breed gamma aan zeer praktische elementen. Het gaat over welke voedingsmiddelen vernietigd moeten worden, welke na reiniging van bijvoorbeeld het blik nog gebruikt kunnen worden, hoe huishoudtoestellen, meubels of speelgoed gereinigd moeten worden na een overstroming, hoe men moet omgaan met kadavers enzovoort.

Ten tweede, wat de covidcrisis betreft, werd er zeer snel een inventaris opgemaakt van de impact van de overstromingen op de vaccinatie- en testcentra, en de doorstart van de geïmpacteerde centra werd mee op de rails gezet.

Ten derde, wat de eerstelijnsgezondheidszorg betreft, werd in de hardst getroffen gebieden, gebieden waar de officina's van apothekers of de consultatieruimtes van huisartsen of thuisverpleegkundigen onbruikbaar waren geworden, op initiatief van de federale gezondheidsinspecteurs en via opvordering door de gouverneurs containers geplaatst. Deze locaties zouden dan uitgebouwd worden tot, weliswaar rudimentaire, wijkgezondheidscentra.

Tot slot, wat de psychosociale zorg betreft, terwijl het klassieke Psychosociaal Interventieplan voorziet in het organiseren van bijeenkomsten en infovergaderingen voor de getroffen, was het hier zeer snel duidelijk dat de getroffen bevolking andere dingen aan het hoofd had dan naar een bijeenkomst of een informatievergadering te komen. Daarom werd besloten de psychosociale hulpverlening aan te bieden via mobiele *binomen*, groepjes van twee psychosociale werkers die samen de straat op gingen en van deur tot deur peilden naar de noden van de bevolking en hulp boden.

Dat zijn de initiatieven die genomen zijn vanuit het federale niveau. Mijn diensten en de mensen op het terrein hebben daar echt wel enorm hun best gedaan om dat goed te doen.

18.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, onze staatsstructuur maakt het er niet makkelijker op. Wanneer een federale fase wordt afgekondigd als er zich een gezondheidscrisis voordoet, zijn de debriefings belangrijk. Er moeten lessen worden getrokken en er moet worden bekeken wat er is gebeurd en

hoe we ons beter kunnen voorbereiden op een volgende keer.

Met betrekking tot de infectieziekten heeft Sciensano, als ik mij niet vergis, de rol om een en ander in kaart te brengen. Ik heb daar niet meteen meer over gehoord, maar ik zal bekijken of daar eventueel een bijkomende vraag over kan worden gesteld.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het zorgtraject voor patiënten met lange covid" (55028737C)

19 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le trajet de soins pour les patients souffrant du covid de longue durée" (55028737C)

19.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, recent werd bekendgemaakt dat de RIZIV-werkgroep die zich moest buigen over een kader voor longcovidpatiënten, een akkoord heeft bereikt over terugbetalingsvoorwaarden. Er werden daarin nog geen definitieve diagnosecriteria vastgelegd, maar die worden later verwacht. Wel werd een lijstje van symptomen naar voren geschoven om huisartsen te helpen met een mogelijke diagnose.

Gezien de complexiteit van de pathologie kunnen patiënten een beroep doen op verschillende zorgverstrekkers en zo nodig wordt er een zorgcoördinator toegewezen, indien er een multidisciplinair traject wordt opgestart. Dat traject kan twaalf weken na de eerste symptomen of een positieve test worden voorgesteld. Het kostenplaatje wordt geraamd op ruim 7 miljoen euro. Er zou ook nog een tweede deel in de pijplijn zitten, dat meer is gericht op de tweede lijn en de expertisecentra.

De diagnostische criteria die nu naar voren worden geschoven, zijn nogal ruim en voor interpretatie vatbaar. Hoe zal erop worden toegezien dat het budget de juiste groep mensen bereikt? Op welke manier zal nog het onderscheid kunnen worden gemaakt met bijvoorbeeld CVS of fibromyalgie, waarmee ik natuurlijk niet wil zeggen dat er voor mensen met die aandoeningen geen aandacht hoeft te zijn?

Zal er werk worden gemaakt van dataverzameling door de zorgverstrekkers die worden geconfronteerd met patiënten met long covid? Worden die data geanalyseerd en, zo ja, door wie? Worden er ook internationaal data verzameld en vergeleken met onze gegevens?

Hoe ziet u de rol van de zorgcoördinator? Welk profiel heeft die zorgcoördinator? Op welke manier wordt hij vergoed en zijn er al zorgcoördinatoren beschikbaar op dit moment?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, het probleem is dat er op dit moment maar een beperkte wetenschappelijke evidentie is die eenduidig is over wat post-covid precies als aandoening is. Dat betekent dus dat er ook nog geen echte, duidelijke diagnostische criteria voorhanden zijn, maar in het kader van *evidence-based practice* worden nu richtlijnen opgesteld. Zodra die er zijn, zullen ze ook worden gebruikt in het kader van de terugbetaling.

Wij denken dat het informeren en het opleiden van huisartsen en andere zorgverstrekkers over post-covid ook wel zal bijdragen aan het correct diagnosticeren en behandelen van een post-covidpatiënt. Een huisarts vertrekt conform zijn medische deontologie ook van de beste beschikbare kennis en zal in dat kader op de beste manier optreden. Ten slotte kunnen we natuurlijk ook controles uitvoeren om het zorgtraject te evalueren aan de hand van de geattesteerde pseudocodes die werden gekozen.

Het is de bedoeling om het hele verhaal te evalueren na zes maanden en, waar nodig, bij te sturen. Precies omdat er pseudocodes zijn toegevoegd, kunnen de ziekenfondsen nagaan over hoeveel patiënten het gaat, welke behandelingen de patiënten krijgen en de frequentie daarvan. Een verdere detaillering van de analyse wordt nu uitgewerkt in overleg met onder meer Cebam, het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine. Momenteel is er nog geen weet over het internationaal verzamelen en analyseren van dergelijke gegevens.

De rol van zorgcoördinator is weggelegd voor een zorgverstrekker in het team rond de patiënt. Ik ga ervan uit dat de huisarts die taak vaak op zich neemt. Maar het kan ook een kinesitherapeut, een logopedist, een

psycholoog, een diëtist of een ergotherapeut zijn.

De huisarts kan in de huisartsenpraktijk taken delegeren. De zorgcoördinator staat in voor de organisatie, de administratie, de coördinatie en de communicatie tussen de verschillende zorgverleners en de patiënt, maar ook voor het ondersteunen van de patiënt en het bewaken dat de patiënt voldoende beluisterd wordt.

De zorgcoördinator ontvangt daarvoor een vergoeding. Gedurende een periode van zes maanden dienen er minimaal twee overlegmomenten met de zorgverstrekkers en de patiënten te hebben plaatsgevonden, en maximaal drie.

19.03 Frieda Gijbels (N-VA): De aandacht en middelen voor patiënten met long covid zijn terecht. Maar mijn bezorgdheid en vrees is dat mensen die aan andere aandoeningen lijden, zoals CVS en fybromyalgie, verward zullen worden met longcovidpatiënten of dat zij minder aandacht zullen krijgen. Er moet aandacht naar blijven uitgaan, zodat er ook onderzoek komt en zodat de precieze oorzaak van hun ziektebeeld achterhaald wordt.

Een andere bezorgdheid betreft de zorgcoördinator. Die taak kan ingevuld worden door verschillende zorgverstrekkers. Ik hoop alleen dat een en ander niet te vrijblijvend wordt. Er zou moeten worden gevraagd dat zij data verzamelen, zodat die ook weer kunnen worden geanalyseerd. Dataverzameling, analyse en overleg tussen de zorgverstrekkers over heel België is de enige manier om een duidelijk beeld te krijgen van de aandoening en de behandeling ervan. Hopelijk gebeurt dat voldoende.

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

20 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een nieuwbouw voor Sciensano" (55028738C)

20 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La construction d'un nouveau bâtiment pour Sciensano" (55028738C)

20.01 Frieda Gijbels (N-VA): Sciensano, het wetenschappelijk instituut dat in 2018 is ontstaan na een fusie tussen twee andere onderzoeksinstellingen, heeft sinds de covidpandemie wat meer bekendheid verworven.

Al enige tijd leeft er blijkbaar het idee om het te huisvesten in een nieuw gebouw op de campus Erasmus in Anderlecht. Uit de jaarverslagen blijkt dat dat plan al meermaals is uitgesteld tot 2022. Nu bereiken ons signalen dat de kostprijs voor de nieuwbouw stijgt tot meer dan 130 miljoen euro en dat het project opnieuw zal worden uitgesteld.

Is het de bedoeling om inderdaad in nieuwbouw te voorzien of gaat het veeleer om een verhuizing naar een bestaand gebouw? Bestaan er al plannen en kunnen die worden ingekeken?

Waar is Sciensano momenteel gehuisvest? Zijn de diensten ervan gecentraliseerd of zijn ze verspreid over verschillende gebouwen?

Waarom is er een nieuw gebouw nodig?

Waarom moet het gebouw voldoen en in welke functies en faciliteiten moet er worden voorzien? Welk budget wordt er voor het gebouw vrijgemaakt? Hoeveel is er gebudgetteerd, en is er een gedetailleerd budget beschikbaar? Wanneer kunnen wij hierover meer nieuws verwachten?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: Momenteel is Sciensano gevestigd op acht sites, verspreid over vijf gemeenten en twee Gewesten. Dat zijn er veel. In november 2009 had de ministerraad al een plan goedgekeurd om de diensten van de voorgangers van Sciensano bijeen te brengen. Het was toen al duidelijk dat de voorgangers van Sciensano moesten kunnen beschikken over moderne faciliteiten, in hoofdzaak gespecialiseerde voorzieningen zoals laboratoria, samengebracht op een site. Dat moet een site zijn die enerzijds voldoet aan de nodige bioveiligheidsvoorschriften en veiligheidsvoorschriften en moet beschikken over de vereiste eigenschappen voor de uitoefening van wetenschappelijke activiteiten en dus bij wet vastgelegde opdrachten, met het vereiste kwaliteitsniveau. Anderzijds moeten er faciliteiten zijn die een schaalvoordeel bieden en meer efficiëntie mogelijk maken.

In de huidige situatie is dat niet mogelijk, omdat de voorzieningen erg verspreid zitten en bovendien verouderd zijn. Dat probleem is sinds 2009 nog nijpender geworden, aangezien er zeer weinig is geïnvesteerd, precies door het vooruitzicht van een verhuizing, waardoor de activiteiten in de nabije toekomst in nieuwe gebouwen zouden worden ondergebracht.

Sciensano heeft specifieke hoogtechnologische voorzieningen nodig om zijn opdrachten uit te voeren. Het gaat meer bepaald om laboratoria voor moleculaire biologie, chemie en microbiologie, inclusief laboratoria met een hoog bioveiligheidsniveau en dierenverblijven met een hoog inperkingsniveau. Uiteraard moeten ook alle wetenschappelijke activiteiten die geen laboratorium nodig hebben, alsook alle steundiensten, beantwoorden aan specifieke vereisten.

De ministerraad gaf in 2014 zijn goedkeuring voor een groepering van alle diensten van Sciensano op één site, te weten Erasmus. Daarop volgden de desaffectatie van de sites Verrewinkel, Wytsmanstraat en Groeselenberg en hun daaropvolgende valorisatie, en het opstarten van een onderhandelingsprocedure met bekendmaking, zowel voor de studie als voor de werkzaamheden en dus in de vorm van een opdracht *design & build*, voor de constructie van de toekomstige gebouwen op de site Erasmus-Zuid. Het is nog altijd onze bedoeling om op die plek een nieuwbouw voor Sciensano te realiseren. De onderhandelingsprocedure met bekendmaking *design & build*, gestart in 2016, was echter geen succes. Er zijn dus geen plannen beschikbaar.

In 2015 besliste de ministerraad een aanvullend vastleggingskrediet ten bedrage van 84 miljoen euro aan de Regie der Gebouwen toe te kennen. Dat krediet moest worden gedekt door de opbrengst van een bijkomende verkoop om de groepering van de diensten van Sciensano te financieren. Er is evenwel gebleken dat dat krediet niet toereikend was om in de noodzakelijke behoeften te voorzien. In september 2021 werd een aanvullend budget van 47 miljoen euro voor de uitvoering van het project aangevraagd. De budgetten die vandaag nodig zijn voor de verwezenlijking van het project, zijn niet beschikbaar. Er is dus beslist om te onderzoeken of een DBFM-constructie, dus een constructie van *design, build, finance & maintain*, mogelijk is.

Helaas kan ik geen duidelijkheid geven over een mogelijke tijdslijn, maar ik volg alleszins het dossier van zeer nabij op.

20.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Het belang van een instituut als Sciensano kan niet overschat worden. Tijdens de covidcrisis is het ons allemaal duidelijk geworden dat het instituut data aanlevert waarop het beleid wordt gebaseerd.

Een toekomstplan voor Sciensano is echt nodig, zodat de medewerkers weten waar ze naartoe kunnen werken. Zo kunnen er gerichte en efficiënte investeringen gebeuren en kan de communicatie tussen de verschillende diensten en afdelingen, die naar wij vernamen in veel gevallen problematisch was, verbeterd worden. Bovendien kan zo hopelijk ook onze knowhow gegarandeerd en beveiligd worden. Niet meer investeren in oudere gebouwen omdat men niet meer weet waar men aan toe is, is volgens mij niet de weg die we moeten bewandelen.

Ik zal de zaak blijven opvolgen en blijven informeren naar de plannen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

21 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De flankerende maatregelen m.b.t. bloeddonatie door MSM's" (55028752C)

- **Sophie Rohonyi** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het budget ter financiering van alternatieven voor de tijdelijke uitsluiting v. MSM van bloeddonatie" (55028991C)

21 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures d'accompagnement du don de sang par les HSH" (55028752C)

- **Sophie Rohonyi** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget pour financer les alternatives à l'exclusion temporaire des HSH du don de sang" (55028991C)

21.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, recent werd het wetsvoorstel goedgekeurd om de wachttijd voor bloeddonoratie te verkorten van 12 naar 4 maanden voor mannen die seksuele contacten met mannen hebben. Zoals u wellicht weet, werden verschillende adviezen in het kader van dit wetsvoorstel ingewonnen, waarbij met name Rode Kruis-Vlaanderen en de Koninklijke Academie voor Geneeskunde voorbehoud aantekenden bij de verkorting van de wachtpriode.

Om de wachttijd van 12 naar 4 maanden te verkorten, moet een aantal bijkomende flankerende maatregelen worden genomen. Denk bijvoorbeeld aan meer expliciete en langere vragenlijsten voor het intakegesprek, het voorzien in ruimtes waar voldoende privacy wordt gegarandeerd en opleidingen voor medici die deze intake, die toch delieter en moeilijker is, moeten doen om een goede risico-inschatting te kunnen maken met zo weinig mogelijk interoperatorvariatie.

Rode Kruis-Vlaanderen vreest dat de mobiele collectes door die flankerende maatregelen in het gedrang komen. Men schat de bijkomende kosten voor deze flankerende maatregelen op 125 miljoen euro per jaar. De mogelijkheid bestaat bovendien dat de vaste pool aan vrijwillige bloedgevers zal verkleinen wanneer er organisatorisch een en ander verandert.

Mijnheer de minister, hoe zult u in dit budget voorzien? Op welke posten zult u dan besparen? Wat als de aangepaste methodologie of de hogere prijs de bloedvoorraad in het gedrang brengt? Welke preventieve maatregelen zullen worden genomen om dit te voorkomen?

21.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je ne reviendrai pas sur le contexte législatif rappelé par ma collègue Gijbels. En revanche, je me dois d'insister sur le caractère discriminatoire du maintien de la période d'abstinence sexuelle, qui est requise uniquement à l'encontre des hommes qui entretiennent des relations sexuelles avec d'autres hommes. En effet, on se base de la sorte uniquement sur leur orientation sexuelle, et non sur des comportements à risque réels.

Cette exclusion est également incompréhensible, compte tenu de la pénurie de sang que connaît notre pays. De plus, elle ne tient nullement compte des solutions de rechange. À cet égard, il me faut rappeler ce que j'ai déjà indiqué à mes collègues - mais pas suffisamment, me semble-t-il - au cours de nos débats. En effet, pour quatre des huit experts du Conseil Supérieur de la Santé, lever le critère HSH doit être envisageable à court terme, sous réserve d'une consultation des acteurs du secteur et d'une adaptation nécessaire des questionnaires et des entretiens pré-don. Selon eux, ces mesures garantissent un niveau élevé de sécurité dans la chaîne transfusionnelle. Du reste, tous les pays qui ont levé l'exclusion temporaire des HSH au don de sang ont accompagné la fin de cette exclusion de mesures préventives. C'est le cas du Royaume-Uni, qui a réformé en profondeur son questionnaire pré-don.

En outre, comme l'a rappelé ma collègue, si la Croix-Rouge s'est opposée à la suppression du délai d'abstinence dans son avis, ce n'est pas pour des raisons scientifiques, mais bien pour des raisons budgétaires, puisque l'avis précise que ces mesures complémentaires auraient un coût budgétaire supplémentaire trop élevé, de l'ordre de 50 millions d'euros.

En conséquence, monsieur le ministre, vous êtes-vous penché sur les alternatives à l'exclusion temporaire des HSH du don de sang? Dans l'affirmative, quelles conclusions en tirez-vous? Avez-vous déjà mesuré le coût financier de telles mesures, mais aussi leur plus-value, notamment au regard de la qualité du sang transfusé et de la pénurie de sang? Comptez-vous débloquer un budget correspondant "à court terme", comme plaidé par les quatre experts qui se sont prononcés sur la question? Si oui, dans quel délai?

21.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, vooraleer ik mijn antwoord geef, dat relatief kort is, wil ik even opmerken dat ik nog een vraag heb van mevrouw Gijbels over Sciensano. Ik kijk even rond in de zaal. Ik heb ook nog een vraag van de heer Creyelman over de patiëntenmobiliteit. Ik zou echter stilaan willen beginnen afronden.

Kunnen wij afspreken dat het antwoord op vraag nr. 5502828784C van de heer Creyelman het laatste antwoord voor vandaag is?

De **voorzitter:** Mijnheer de minister, dat is goed voor mij. Ik weet niet of de heer Prévot nog komt.

21.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, vraag nr. 55028765C van de heer Prévot

komt daar nog voor, indien hij komt.

De **voorzitster**: Wij hebben alleszins geprobeerd hem te verwittigen.

21.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, mevrouw Rohonyi, ik kom terug op de bloeddonatie.

Ik hoef u niet op te merken dat hier na veel discussie een wetsvoorstel is goedgekeurd, waarbij de uitsteltijd bij bloeddonatie voor MSM-donoren is verminderd van 12 naar 4 maanden. De wet treedt over een jaar in werking, wat ons toch enige tijd geeft om na te denken. Dat is ook goed.

Ik heb zeker kennisgenomen van alle opmerkingen van Rode Kruis-Vlaanderen met betrekking tot de flankerende maatregelen die zij nodig achten. Ik wil daar niet op vooruitlopen.

Madame Rohonyi, j'espère que vous comprenez que je ne veux pas devancer ce qui sera la conclusion de la concertation que j'aurai avec la Croix-Rouge, notamment Rode Kruis-Vlaanderen.

Het overleg met hen is begonnen. Ik zal ook bijkomende adviezen inwinnen indien dat ingevolge het overleg noodzakelijk zou blijken. Ik zal daaruit alle conclusies trekken met betrekking tot wat praktisch noodzakelijk is om deze wetswijziging op een goede, correcte en veilige manier te implementeren.

21.06 **Frieda Gijbels** (N-VA): Uw antwoord was verontrustend kort, mijnheer de minister. U zegt dat u nog een jaar hebt, maar er is geen budget. U weet ook niet waar u het zult moeten halen. Hopelijk wordt de impact op de vrijwillige donorenpopulatie heel goed en van nabij opgevolgd. Het Rode Kruis krijgt, als voornaamste collectiecentrum, de nodige begeleiding bij het opstellen van de vragenlijst. Die moet toch gedurende lange tijd getest worden. De interoperatorvariabiliteit moet ook worden nagekeken. Die moet zo klein mogelijk zijn wanneer ingewikkelde en delicate vragenlijsten worden afgenomen.

Ik hou mijn hart een beetje vast. Ik had gewild dat men wat geduld had gehad om deze wet goed te keuren. In het buitenland lopen al een aantal projecten met een verkorting of zelfs afschaffing van de termijn. We hadden beter gewacht tot er meer duidelijkheid kwam over de risico's, zodat het ook allemaal betaalbaar was en beter kon worden ingeschat.

21.07 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Je vous remercie, monsieur le ministre, même si je vous avoue être extrêmement déçue par votre réponse. Ma question était très simple. Elle visait à savoir si votre gouvernement entendait débloquer un budget pour financer de mesures alternatives et préventives qui nous permettraient de mettre fin à une situation discriminatoire, comme l'ont fait énormément de pays qui ont posé ce choix de manière responsable, en le fondant sur l'avis d'experts, sur des études, etc. Au lieu de cela, votre silence signifie en fait une réponse négative, que je trouve assez violente.

Certes, vous allez enclencher – vous ne l'avez même pas encore fait – une concertation, vous allez peut-être, si nécessaire, demander des avis; mais qu'attendez-vous de plus de ces avis, que l'ensemble des réponses scientifiques dont nous disposons déjà aujourd'hui? Sans compter que vous ne nous donnez aucune indication quant à la date à laquelle vous obtiendrez plus d'informations. Les partis de la Vivaldi ont un peu botté en touche durant nos débats parlementaires en disant que nous ne devons pas nous inquiéter. "Il s'agit d'une avancée législative. Nous pourrions aller plus loin et mettre fin à cette discrimination dans un, deux ou trois ans, lorsque nous disposerons des données scientifiques". Mais nous ne savons même pas quelles sont les données scientifiques que vous attendez et que vous allez solliciter auprès des différents acteurs que vous avez cités.

On s'est moqué des premiers concernés, qui sont responsables, qui veulent donner leur sang et nous permettre de trouver une solution et de réduire ce problème de pénurie de sang. Je trouve que c'est dramatique car on maintient une discrimination, non pas pour des raisons scientifiques comme on l'a trop dit pendant ces débats, et même encore aujourd'hui, mais pour des considérations financières et logistiques. Cette exclusion du don de sang a elle aussi un coût, un coût social, un coût humain, que l'on aggrave chaque jour, et qui ne se justifie plus aujourd'hui.

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

22 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De performantie van Sciensano" (55028753C)

22 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les prestations de Sciensano" (55028753C)

22.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag bestaat uit twee delen. Een eerste gaat over het rapport van het Rekenhof over de boekhouding van Sciensano. Dat rapport was vernietigend. Daaruit vloeide een plan van aanpak voort. Indertijd had u mij gemeld dat u dit van nabij zou opvolgen. Een tweede deel gaat over de vragen die burgers aan Sciensano stellen en die in de loop van de covidcrisis voor een groot deel onbeantwoord zijn gebleven, omdat Sciensano aangaf niet in staat te zijn op al die vragen te antwoorden.

Wat is de stand van zaken van het te volgen traject in verband met de boekhouding? Kunt u de elementen van het plan van aanpak geven?

Er werd aangegeven dat er sprake zou zijn van een personeelstekort. Kunt u aangeven wat daar de stand van zaken is? Wordt ook rekening gehouden met een capaciteit die op- en afschaalbaar is naargelang er al dan niet sprake is van een gezondheidscrisis? Worden er misschien ook raamcontracten met bijvoorbeeld universiteiten overwogen, zodat er kan worden opgeschaald wanneer nodig?

Dan wat het tweede deel betreft. Hoeveel vragen van burgers kwamen er binnen in de loop van de covidcrisis? Hoeveel vragen werden er beantwoord, niet gewoon met een ontvangstbevestiging, maar inhoudelijk relevant en afdoende? Binnen welke termijn gebeurde dat? Hoe staat dat in verhouding tot vorige jaren? Werden er maatregelen genomen om het toegenomen aantal vragen te kunnen beantwoorden? Welke? Wordt er een klachtenregister bijgehouden? Zo ja, kan dat worden geraadpleegd?

22.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, ik geef eerst een stand van zaken in verband met het traject gerelateerd aan de boekhouding. In het jaar 2022 werd extra personeel aangeworven door de complexiteit en de werklast. Er gebeuren tussentijdse controles, maandelijks of tweemaandelijks, op de correctheid van de cijfers. Verbeterpunten worden aangepakt in samenspraak met het Rekenhof.

In de directie Finance wordt een interne controlecel opgericht, die mee toezicht zal houden op het juiste gebruik van de procedures en de correctheid van de cijfers. In samenspraak met de FOD BOSA worden de procedures herbekeken, om zodoende de garantie te bekomen dat Sciensano de regels correct interpreteert en opvolgt. Er is voorzien in opleidingen voor het personeel, onder andere via de FOD BOSA. Het project van AB Costing werd opgestart. Dit is een volledig analytische boekhouding, waardoor de inkomsten en uitgaven volledig gedetailleerd gealloceerd kunnen worden naar de verschillende activiteiten. De implementatie van dit project AB Costing is gepland voor de tweede helft van 2022, om dan live te kunnen gaan vanaf januari 2023.

Wat uw vragen over het personeelstekort betreft, in januari 2020 heeft Sciensano een tekort van 110 personeelsleden vastgesteld om de dagelijkse activiteiten te kunnen uitvoeren. Dat staat dus los van de activiteiten die er tijdens de crisisperiode bij zijn gekomen. Om daaraan deels tegemoet te komen heeft Sciensano 45 structurele personeelsleden mogen aanwerven via het kernbudget, vooral om zeker het hoofd te kunnen bieden aan de COVID-19-crisis en de extra werkzaamheden die die met zich meebracht. De dienst Epidemiologie van infectieziekten binnen de wetenschappelijke directie Epidemiologie en Volksgezondheid heeft het meest gebruik moeten maken van die aanwervingen, uiteraard door de impact van COVID-19. Naast deze kernaanwervingen heeft Sciensano ook voor verschillende covidprojecten tijdelijk personeel moeten aanwerven op vraag van verschillende partners om bij te dragen aan het beheer van de covidcrisis. Sciensano heeft onder andere een samenwerkingscultuur met universiteiten in het kader van verschillende P&O-projecten en andere soorten wetenschappelijke activiteiten. Een groot deel van de projecten gelinkt aan de covidcrisis werd eveneens in samenwerking met verschillende universiteiten uitgevoerd.

Op 14 juni 2021 werd bovendien de strategische samenwerkingsovereenkomst ondertekend door Sciensano en alle Belgische universiteiten, vertegenwoordigd door de VLIR en de CRef. Die zijn sinds jaren partners en engageren zich om nauw samen te werken en hun partnerschap te versterken om door middel van state-of-the-artonderzoek bij te dragen aan een gezondere samenleving. De partners zijn het eens over het

gemeenschappelijke doel van deze overeenkomst: de kwaliteit van de gezondheid bevorderen door de krachten te bundelen in datagedreven onderzoek op hoog niveau. Bovendien werden er contracten met universiteiten gesloten voor covidactiviteiten, bijvoorbeeld modellering, en hun rol zal in de toekomst in het kader van de surveillance aan de universiteiten toegewezen worden.

U stelde de vraag hoeveel vragen van burgers er in de loop van de covidcrisis binnengekomen zijn en hoeveel er werden beantwoord. Er zijn sinds het begin van de covidcrisis zeer veel vragen en ook klachten binnengekomen over COVID-19. Voor vele daarvan is Sciensano zelf niet bevoegd om erop te antwoorden. De vragen en klachten bereiken hen via het algemeen telefoonnummer van Sciensano, het algemeen mailadres van Sciensano, het klachtenformulier op de website van Sciensano, het e-mailadres dpo@sciensano.be, dat wordt behandeld door de *data protection officers*, de e-mailadressen comm@sciensano.be en press@sciensano.be, behandeld door de communicatiedienst, het e-mailadres legal@sciensano.be, behandeld door de juristen, en natuurlijk ook de individuele mailadressen van medewerkers die nauw betrokken zijn bij de crisis.

Die vragen gingen over de berekening van de covidcijfers, de maatregelen, de procedures, de app Coronalert, de app CovidSafe, veiligheid en nut van vaccinatie, de vaccinatiestrategie, de persoonlijke vaccinatiestatus, de testmethode, de testresultaten, test- en herstelcertificaten, vaccinatiecertificaten en buitenlandse reizen. Meestal ging het over vragen met betrekking tot de persoonlijke situatie van mensen. Dat brengt natuurlijk een enorme werklast met zich mee.

Sinds de aanvang van de pandemie hebben ze, naast talrijke e-mails en telefoongesprekken, 382 berichten ontvangen via het klachtenformulier. In normale omstandigheden ontvangt Sciensano relatief weinig klachten. In 2019 waren er bijvoorbeeld 13 officiële klachten. In 2020 waren er 12 klachten die niet-covidgerelateerd waren. In 2021 waren er 18 klachten die niet-covidgerelateerd waren. Dit is dus een enorm hoog aantal. Eigenlijk kan men zeggen dat het 25 keer meer is dan normaal, als men de telefoongesprekken en mails nog niet meetelt.

Ik kan u ook een detail geven van de parlementaire vragen. Er werden 900 vragen gesteld in de periode tussen maart 2020 en 15 juni 2022 en er zijn 800 vragen beantwoord. De details kan ik u schriftelijk geven.

Wat hebben wij gedaan om het toegenomen aantal vragen te kunnen beantwoorden? Waar mogelijk werd er gewerkt met een standaardantwoord, dat natuurlijk regelmatig werd aangepast. Voor specifieke vragen die niet met het standaardantwoord kunnen worden beantwoord en die een beroep doen op de openbaarheid van bestuur, werd voorafgaand aan het antwoord de juridische dienst geraadpleegd of werd de vraag beantwoord door de juridische dienst. Voor specifieke vragen die niet met het standaardantwoord beantwoord kunnen worden en die open data betreffen, werd voorafgaand aan het antwoord meestal de DPO geraadpleegd of werd de vraag beantwoord door de DPO.

Gaat het om een dataverzoek, dan dient de op de website beschikbare procedure gevolgd te worden door de aanvrager en verloopt de registratie via dat kanaal. Voor specifieke vragen over COVID-19-data of -procedures, gepubliceerd door Sciensano, die niet met een standaardantwoord kunnen worden beantwoord, wordt voorafgaand aan het antwoord het crisisteam Epidemiologie geraadpleegd of wordt de vraag door de medewerkers van het crisisteam beantwoord.

Er werd één klachtenformulier opgemaakt om alle klachten met betrekking tot COVID-19 te coveren. Alle klachten die betrekking hebben op de COVID-19-crisis, ontvangen via de website of op een andere manier, zullen niet afzonderlijk geregistreerd worden. Elke klacht wordt wel beantwoord, waar mogelijk door middel van een standaardantwoord.

Vragen of klachten die onbeleefd geformuleerd zijn, worden niet behandeld. Vragen of klachten waarbij een dreiging wordt geuit, worden via de juridische dienst gemeld aan de politie.

Alle externe e-mails en de reacties op die e-mails worden bewaard in de respectievelijke mailboxen. Een ingediend verzoek kan op elk moment opgezocht worden.

Wordt er een klachtenregister bijgehouden en zo ja, waar kan dat worden geraadpleegd? Sciensano beschikt over een klachtenregistratiesysteem dat beantwoordt aan de goede praktijken inzake klachtenbehandeling. Ontvankelijke klachten worden geregistreerd, behandeld en gearhiveerd volgens de procedure van klachtenbehandeling.

22.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Inzake de boekhouding begrijp ik dat er wel wat werk aan de winkel is om een en ander recht te trekken, als ik hoor wie er allemaal betrokken is bij opvolging, bijkomende opleiding en dergelijke. Het gaat over publieke middelen en ik denk dat daarmee voorzichtig omgegaan moet worden. Dat is vergelijkbaar met wat we daarnet bespraken over het Zorgpersoneelfonds. Ik vind het maar evident dat er wordt teruggekoppeld, dat er volledige transparantie is en dat er nauwkeurigheid aan de dag wordt gelegd als het over publieke middelen gaat.

Over de samenwerking met universiteiten zegt u dat er gewerkt wordt aan een samenwerkingscultuur. Dat lijkt mij heel goed, want in de covidcrisis hebben we toch gemerkt dat universiteiten het vaak moeilijk hadden om gegevens te verkrijgen. De universiteiten stonden wel klaar om te helpen met analyses en om modellen te maken, maar dat kon maar heel geleidelijk aan. Voor Sciensano was het een hele opdracht om te bekijken wat er al dan niet kon. In die zin denk ik dat een duidelijk kader van belang is met het oog op de toekomst, zodanig dat er heel snel kan worden opgeschaald, zodat er ook in crisistijden gegevens kunnen worden gedeeld op een veilige manier, uiteraard met garanties voor de betrouwbaarheid van die gegevens. De lessen die we hieruit hebben getrokken, moeten goed worden verankerd voor de toekomst.

Over de vragen van burgers heb ik geen duidelijkheid gekregen. Ik heb de indruk dat daar niet zo omzichtig mee werd omgesprongen. U zei dat er zeer veel vragen werden gesteld, maar ik heb geen getal gehoord. Ik vind het vreemd dat alle vragen niet werden gelogd. Het betreft hier immers een publieke instelling die met belastinggeld wordt gefinancierd. Transparantie hierover is dus wel aangewezen, zeker omdat er tijdens de crisis een zeker wantrouwen is ontstaan tegenover de wetenschap en Sciensano, wat ik ten eerste betreurt. Door het gebrek aan transparantie, door niet open te communiceren en niet meteen vragen te beantwoorden, werkt men verdachtmakingen in de hand. Dat is nefast tijdens een gezondheidscrisis waarin de overheid toch het volledige vertrouwen van de burgers moet kunnen krijgen. Ik hoop dat dit werkpunt geremedieerd zal worden. Het belang ervan mag namelijk niet worden onderschat.

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

La **présidente**: La question n° 55028765C de M. Patrick Prévot est reportée à la demande de l'auteur.

Vraag nr. 55028766C van mevrouw Muylle wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

23 **Vraag van Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het observatorium voor Patiëntenmobiliteit" (55028784C)**

23 **Question de Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'Observatoire de la mobilité des patients" (55028784C)**

23.01 **Steven Creyelman** (VB): *Binnen de schoot van de FOD Volksgezondheid/het Riziv werd er in 2011 het observatorium voor patiëntenmobiliteit opgericht die de instroom in kaart bracht van buitenlandse patiënten die hier in onze ziekenhuizen behandeld worden. Men wilde op deze manier de gevolgen onderzoeken voor de wachtlijsten en het zorgaanbod. Wij merken dat de laatste jaarverslagen dateren van de periode 2015-2016.*

*Bestaat dit observatorium nog en is het nog actief?
Waarom werden geen verslagen na 2016 meer gepubliceerd?
Hoe wordt deze materie op vandaag opgevolgd?*

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Creyelman, in antwoord op uw eerste vraag kan ik u mededelen dat het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit, dat is opgericht binnen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, nog altijd bestaat. Het is op dit ogenblik echter niet actief. Het Observatorium is een laatste keer samengekomen in het voorjaar van 2017. Dat is ook de reden waarom de werkingsverslagen alleen betrekking hebben op de periode 2011-2016.

In het kader van zijn werkzaamheden heeft het Observatorium onder andere werk gemaakt van de optimalisatie van bestaande registratiesystemen, bijvoorbeeld de minimale ziekenhuisgegevens, met het doel zo juist en zo omvattend mogelijk informatie ter beschikking te stellen met betrekking tot de instroom van buitenlandse patiënten in de Belgische ziekenhuizen. Daartoe werd ook een nieuwe indeling van de

diverse categorieën van patiënten binnen de Belgische ziekenhuizen uitgewerkt, om op die manier meer duidelijkheid te verschaffen over de manier waarop die verschillende types van patiënten worden gerelateerd aan de diverse modaliteiten van financiering.

De dienst Data en Beleidsinformatie van de FOD Volksgezondheid heeft op basis van de beschikbare registratiesystemen de mogelijkheid om rapporten te maken die de instroom van buitenlandse patiënten in de Belgische ziekenhuizen in kaart brengen. Voorts werd binnen het Observatorium ook een oefening gemaakt aangaande de monitoring van de wachttijden bij bepaalde ingrepen en technische prestaties, onder andere medische beeldvorming, in het ziekenhuismilieu.

Op dit moment zijn er geen indicaties dat de instroom van buitenlandse patiënten aanleiding geeft tot een stijging van de wachttijden voor Belgische patiënten.

23.03 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw bijzonder duidelijke' antwoord. Al mijn vragen zijn beantwoord.

Dat neemt echter niet weg dat wij bijvoorbeeld de evolutie van buitenlandse patiënten in onze ziekenhuizen in het oog moeten houden, omdat ze mogelijk onderhevig is aan enige verandering. Daarom lijkt het mij niet oninteressant een en ander in de toekomst in het oog te blijven houden.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.23 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 23.*