

COMMISSION DE LA SANTE ET  
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID  
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 8 NOVEMBRE 2022

DINSDAG 8 NOVEMBER 2022

Matin

Voormiddag

Le développement des questions et interpellations commence à 11 h 53. La réunion est présidée par M. Thierry Warmoes.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 11.53 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55030144C van mevrouw Bonaventure wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Mevrouw Taquin is niet aanwezig, haar vragen nrs. 55030400C en 55030401C vervallen.

**01** **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De algemene toepassing van de derde-betalersregeling" (55030756C)**

**01** **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La généralisation du régime du tiers payant" (55030756C)**

**01.01** **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, we hebben in het regeerakkoord een duidelijke doelstelling geformuleerd om voor 2030 de gezondheidskloof met 25 % te verkleinen. De voorbije jaren zijn er heel wat crisismomenten geweest en we zien dat de koopkracht afneemt en de drempels naar de gezondheidszorg zeer groot worden voor een groot deel van de bevolking. Ik maak me zorgen dat de vooropgestelde doelstelling niet meer wordt gehaald door de context waarin onze samenleving zich bevindt. Het wordt alsmäär duurder, zowel de winkelkar als de energieprijzen zorgen voor heel wat uitdagingen bij vele gezinnen.

De regering heeft wel wat maatregelen genomen, zoals de wet diverse bepalingen, waardoor sinds 1 januari 2022 alle zorgverleners in principe de derde-betalersregeling kunnen toepassen, op vrijwillige basis momenteel. Kunnen we daarin niet verder gaan, door een veralgemening te bepleiten?

Wat zult u als minister doen om de bestaande gezondheidskloof niet nog meer te vergroten, maar integendeel te verkleinen? Hoe staat u tegenover de veralgemening van de automatische derde-betalersregeling? Zijn er vooruitzichten dat hier op korte termijn werk van wordt gemaakt?

Patiënten enkel het remgeld laten betalen kan drempels verlagen voor zorgverstrekking. Ik hoor namelijk heel wat verhalen waarbij mensen zorg uitstellen. We hebben dit in twee coronajaren vaak opgemerkt en kunnen het missen als kiespijn dat mensen de stap naar zorgverleners niet meer zetten wegens de te verwachten facturen.

**01.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik deel absoluut uw bezorgdheid, mevrouw Farih. Dat is ook de reden waarom wij al heel wat maatregelen hebben genomen op het vlak van de toegankelijkheid.

U weet dat wij bijvoorbeeld beslist hebben de plafonds die van toepassing zijn op de maximumfactuur niet te indexerend in 2023. Dat is een zeer belangrijk verschil. Wij steken er tientallen miljoenen euro in om dat mogelijk te maken. Dat is een zeer belangrijke budgettaire inspanning van de federale overheid.

U weet dat wij daarnaast ook inzetten op een sterkere conventionering van de zorgverleners. Wij willen onder meer in 2023 100 miljoen aan kostencompensatie specifiek voorbehouden voor geconventioneerde zorgverleners.

U weet ook dat wij inzetten op het beheersen en vervolgens verminderen van de supplementen. Daar ging het daarnet nog over in het debat over het wetsontwerp houdende diverse bepalingen.

U weet dat wij, wat de verhoogde tegemoetkoming betreft, aan de actoren vragen het proces van toekenning ervan in de mate van het mogelijke te verbeteren, zodat er zo weinig mogelijk *non-take-up* is. Ik heb op 15 maart trouwens al een besluit genomen inzake de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, dat een aantal quick wins in het proces moet toelaten. Maar ik meen dat er nog meer mogelijkheden zijn.

Wij willen ervoor zorgen dat de mensen snel de terugbetalingen krijgen waar zij recht op hebben. Wij willen ervoor zorgen dat de maximumfactuur vandaag een stevige sociale bescherming biedt. Wij willen ervoor zorgen dat meer zorgverleners geconventioneerd zijn. Dat zijn belangrijke assen.

Daarnaast is er inderdaad de derde-betalersregeling. Ik meen dat wij mogen zeggen dat wat we hier samen beslist hebben, namelijk dat de derde-betalersregeling met ingang van 1 januari van dit jaar door alle zorgverleners voor alle prestaties kan worden toegepast, een massief succes is in de huisartsgeneeskunde. Daar is het gebruik van de derde-betaler zeer sterk vooruitgegaan in vergelijking met vorig jaar.

Maar ik ben het met u eens dat er nog stappen gezet moeten worden: in de kinesithérapie, de logopedie, bij de tandartsen, bij de artsen-specialisten. Wij willen dat de derde-betalersregeling daar meer toegepast wordt.

Ik hoed mij ervoor om vandaag top-down te beslissen dat de derde-betalersregeling overal een verplichting zou zijn. Ik denk dat wij dat niet zomaar kunnen beslissen. Wel wil ik aan de actoren vragen om na te denken over mogelijkheden om de derde-betalersregeling, die overal toegepast kan worden, sterker te promoten. Dat vind ik wel een belangrijke vraag en ik wens inderdaad dat de actoren van de ziekte-verzekering, ook de ziekenfondsen, erover nadenken hoe de gecreëerde mogelijkheid sterker gebruikt kan worden. In mijn agenda zit op dit moment echter geen initiatief waarbij de derde-betalersregeling algemeen verplicht toegepast zou moeten worden.

**01.03 Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, u hebt een duidelijke opsomming gegeven van wat we al hebben gedaan en dat zijn echt wel stappen vooruit geweest. Ik ben ervan overtuigd dat de derde-betalersregeling echt een grote impact heeft op de factuur van de mensen en dat die hun gemoedsrust biedt als zij naar zorgverleners gaan. De huisartsen passen de regeling al goed toe, daarvan ben ik op de hoogte. In enkele andere takken, die u opgesomd hebt, loopt de derde-betalersregeling momenteel minder vlot. Een sterke promotie zal helpen, maar ik ben er echt van overtuigd dat we verder moeten gaan. Ik hoop dat u de gesprekken daarover kunt voeren met die verschillende beroepstakken, om te zien of er daarin vooruitgang kan worden geboekt.

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

**02 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verdwijnen van de soloarts" (55030988C)**

**02 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disparition des médecins travaillant en solo" (55030988C)**

**02.01 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u hebt enige ophef veroorzaakt door een uitspraak rond de soloartsen of solohuisartsen. Tijdens een speech aan de Universiteit Antwerpen beschouwde u het verdwijnen van de soloarts als een goede evolutie. Volgens u ging dat proces zelfs niet snel genoeg.

Mijnheer de minister, als echtgenote van een solohuisarts en na heel veel berichten in mijn mailbox was ik wel enigszins verwonderd door uw woorden. U deed die uitspraken vanuit een *new deal*, die u wilde voorstellen. Door de kleine artspraktijken wordt evenwel heftig gereageerd. Heel vaak zijn het die artspraktijken die 's avonds laat, 's morgens vroeg en altijd bereikbaar zijn. Zij hebben ook een zekere expertise.

Zij geven aan dat de sluiting van verschillende solopraktijken net een crisis heeft veroorzaakt. Duizenden patiënten komen zonder arts te zitten. U weet ook dat er in heel veel Vlaamse gemeenten echt wel een tekort is aan huisartsen. Het zijn net die solowerkende huisartsen, ook duopraktijken, die een hoge beschikbaarheid garanderen en een hechte vertrouwensrelatie met hun patiënten ontwikkelen.

De BVAS meent dat de soloartsen door uw uitspraken, die duidelijk zijn geïllustreerd, op die manier misprijzen van u ervaren. Zij vragen dan ook respect voor die zorgverstrekkers.

Mijn vragen zijn de volgende.

Hoe kwam u tot die speech? Achte u de speech respectvol ten opzichte van de soloartsen? Welke rol ziet u voor de soloartsen en kleine artspraktijken nog weggelegd?

**02.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, het kan natuurlijk helemaal niet de bedoeling zijn om hardwerkende artsen, waaronder soloartsen, te schofferen. Dat is helemaal niet de bedoeling.

Wat ik in Antwerpen heb verklaard, is gesteund op een breed aanvoelen in het werkveld, ook bij solowerkende huisartsen, dat zij onder erg zware druk staan. Dat is structureel door de veroudering van de bevolking, door de toenemende chroniciteit en door de bestaande eisen en verwachtingen.

Het antwoord daarop is meer en betere ondersteuning en een betere organisaties van de huisartsengeneeskunde.

Ik ben niet de enige die denkt dat dat onder meer vereist dat er meer wordt samengewerkt binnen en tussen praktijken en dat het eigenlijk wel logisch is dat van de jonge mensen die vandaag uitstromen uit de opleiding, het overgrote deel natuurlijk niet meer kiest voor de solopraktijk, maar voor samenwerkingsverbanden. Dat is ook de toekomst.

Ik denk dat het getuigt van respect voor hardwerkende solohuisartsen dat wij vaststellen hoe moeilijk dat is – daarmee schofferen wij hen niet, maar wij stellen vast hoe moeilijk het is – en dat wij uitzicht bieden op een model dat beter bestand is tegen de toekomst. Vanzelfsprekend zullen artsen en huisartsen altijd het model waarin zij willen werken, kunnen kiezen. Daar ga ik van uit en dat is ook uitdrukkelijk meegegeven als idee bij de werkgroep onder leiding van professor in de huisartsgeneeskunde Ann Van den Bruel en Jean-Luc Belche die zich over deze uitdaging buigt en die inderdaad een nieuwe deal voor de huisartsgeneeskunde tot stand moet brengen.

Het is dus helemaal niet de bedoeling om mensen te schofferen, maar het gaat eerder om een uiting van respect, de vaststelling dat er een enorme druk op de schouders van de huisartsen bestaat en het aanreiken van oplossingen voor de toekomst. Die oplossingen zullen in grote mate moeten berusten op samenwerkingsverbanden binnen en tussen praktijken, multidisciplinariteit, een betere ondersteuning en een andere financieringsmethode, maar altijd op basis van keuzes die artsen zelf kunnen maken over het model waarin zij willen werken.

**02.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u wou de mensen misschien niet schofferen, maar u hebt het wel gedaan. Van de soloartsen, die ook in de coronacrisis dag en nacht, weekend in en weekend uit paraat stonden, die hun praktijk hebben gesloten om in triagecentra te gaan werken, die het oneindige van zichzelf en hun gezin hebben gegeven tijdens de coronapandemie, hebt u eigenlijk gezegd dat het einde verhaal is.

Ik begrijp wat u zegt, namelijk dat jonge mensen niet meer kiezen voor een dergelijke praktijk, maar ik heb het er echt moeilijk mee dat u – dat is een beetje eigen aan u – het ondernemerschap van de vrije beroepen volledig lamlegt. U zegt dat er nog een keuze zal zijn, maar de facto zal die er niet meer zijn. Wanneer u het hebt over ondersteuning binnen een praktijk, dan zijn wij het helemaal eens, maar dat moet net zo goed kunnen in een solopraktijk als in een praktijk waar verschillende artsen en andere disciplines samenwerken.

Wat is dus de weg naar de toekomst? Ervoor zorgen dat er voldoende huisartsen zijn, wat vandaag niet het geval is. Respecteer dan ook alstublieft degenen die het nog doen en willen doen.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**03** **Samengevoegde vragen van**

**- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het zorgtraject voor jongeren met eetstoornissen" (55030990C)**

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanpak van eetstoornissen" (55031489C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Eetstoornissen" (55031683C)

03 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le trajet de soins pour les jeunes souffrant de troubles alimentaires" (55030990C)

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge des troubles alimentaires" (55031489C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les troubles alimentaires" (55031683C)

03.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): De federale regering zou 10 miljoen euro extra vrijmaken om eetstoornissen bij jongeren en jongvolwassenen aan te pakken, zo verklaarde u op 3 oktober. Dat zou gaan om een volledig zorgtraject, waarbij ook de omgeving van de jongeren wordt begeleid en ondersteund. U verwacht dat tegen midden 2023 het traject volledig van toepassing zal zijn. Bij de uitrol komen er ook multidisciplinaire teams, met onder meer diëtisten en psychologen, waarbij er ook in begeleiding en ondersteuning voor de omgeving voorzien wordt.

Welke omschrijving en jobkwaliteiten worden vereist voor de coördinator in het traject?

Hoeveel kinderen of jongvolwassenen bent u van plan te helpen met het budget van 10 miljoen euro?

Hoe verloopt de uitrol van de ELP-netwerken?

Is er een oproep naar consultatieplaatsen? Wat is de respons? Zijn er plaatsen te kort om dicht bij de patiënten te staan?

Hoeveel liaisonpsychiatrieteams zijn er op dit moment al operationeel? Zijn hiervoor voldoende zorgverstrekkers, psychologen en psychiaters aanwezig? Kunnen die ook passend worden ingezet?

In de pers wordt het zorgpad vrij vaag omschreven. Hoe concreet is dat zorgpad?

Daarnaast bestaan initiatieven zoals de zorgboerderij en alternatieve therapieën dicht bij de patiënt, zoals in Nederland en Scandinavië. Bent u van plan om voor dergelijke projecten middelen uit te trekken?

Hoeveel psychologen en klinisch orthopedagogen zijn er ondertussen toegetreden tot de conventie?

De **voorzitter**: Mevrouw Van Hoof is niet aanwezig.

03.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, sinds de covidcrisis is het aantal patiënten met eetstoornissen drastisch toegenomen en zijn de wachtlijsten om te worden opgenomen erg lang. De problematiek kwam reeds verschillende keren aan bod in *Pano*-reportages. We hebben het daarover ook al verschillende keren gehad en ik krijg graag wat meer uitleg over de bestaande en de nieuwe initiatieven.

In uw beleidsnota 2022 en in de begroting van het RIZIV was er sprake van 123 miljoen voor nieuwe initiatieven. Een deel hiervan zou bestemd zijn voor geïntegreerde zorg voor jongeren met ernstige eetstoornissen of in crisissituaties. Hebt u dat budget intussen gespecificeerd?

In de meerjarenbegroting van het RIZIV die in juli 2021 werd gepubliceerd, was er sprake van minimultidisciplinaire teams voor evidencebased ambulante behandeling van eetstoornissen bij minderjarigen. Er werd daarin niet gesproken over een budget. Na de recentste *Pano*-reportage verklaarde u dat er 10 miljoen euro zou worden geïnvesteerd. Gaat dat dan over het budget dat reeds in 2022 is vastgelegd of zijn dat extra middelen voor 2023? Hoe ver staat het met het project concreet? Gaat het daarbij inderdaad om het project van geïntegreerde zorg?

Naar aanleiding van de *Pano*-reportage sprak u op de radio opnieuw over de psychiatrische liaisonteams. U maakt daarvoor 35 miljoen vrij, waarvan 5 miljoen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Op 22 februari 2022 hadden we het al daarover. Mag ik ervan uitgaan dat de projecten waarvoor u 35 miljoen vrijmaakt nog niet zijn uitgerold? Is er dus sprake van vertraging?

U had het in februari 2022 reeds over 15 miljoen extra investeringen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Werd dat bedrag reeds besteed? Zijn er extra plaatsen gecreëerd voor de opvang van patiënten in afdelingen voor eetstoornissen?

Ik wil dus graag weten of de 10 miljoen extra is, dan wel of het gaat om een bedrag waar al sprake van was.

Kortom, hoeveel geld werd er extra vrijgemaakt voor de aanpak van eetstoornissen? Volgens de eerste alarmerende signalen in oktober 2021 neemt het aantal gevallen alsmaar toe.

Ten slotte, hoe groot is het tekort aan psychiaters voor kinderen in het algemeen en voor kinderen met eetstoornissen? Hoe wilt u dat aanpakken?

**03.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, voorafgaandelijk, ik zal de vraag van mevrouw Depoorter over de uitrol van de eerstelijns psychologische zorg via de RIZIV-conventie beantwoorden samen met de vraag van mevrouw Fonck over de geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijnszorg die aan een volgende reeks samengevoegde vragen wordt toegevoegd.

Ten eerste, voor de functieomschrijving en het vereiste profiel van de zorgcoördinator in het kader van zorgtrajecten voor jongeren met eetstoornissen baseren we ons op de gemeenschappelijke visie over zorgcoördinatie en casemanagement, die op 25 maart 2019 door de IMC Volksgezondheid werd goedgekeurd. Er is dus een algemeen concept over zorgcoördinatie en casemanagement dat we, ondertussen drie jaar geleden, in de IMC hebben bepaald.

Een van de zorgaanbieders uit het zorgteam zal de rol van zorgcoördinator opnemen en als duurzaam aanspreekpunt fungeren, over het diverse zorgaanbod heen. Die persoon moet het zorgplan opvolgen, de informatiedeling coördineren en de nodige samenwerking bevorderen.

Ten tweede, we beschikken inderdaad over een bijkomend budget van 10 miljoen euro voor de verdere uitbouw van het zorgtraject voor eetstoornissen. De financiering zal verlopen via een RIZIV-conventie, met als baseline identificeerbare activiteiten naar rechthebbenden.

Het aantal te bereiken kinderen en de impact op de wachttijden zijn vandaag moeilijk in te schatten, maar vermits het zorgtraject reeds start bij de vroege detectie en interventie en de link wordt gelegd naar samenwerking binnen de RIZIV-conventie houdende psychologische zorg in de eerste lijn, mikken wij wel op een brede sensibilisering van de zorgverstrekkers en hulpverleners rond problematisch eetgedrag en het aantal te bereiken kinderen en jongeren met eetstoornissen.

Hoe vroeger in het zorgproces hulp kan worden geboden, hoe lager de kans op de ontwikkeling van ernstige eetproblemen. Daardoor daalt ook de kans dat een beroep moet worden gedaan op intensievere en gespecialiseerde of hooggespecialiseerde zorg.

Om de drempel naar zorg zo laag mogelijk te houden en sneller problemen te detecteren en te kunnen interveniëren, zullen wij de principes van het vindplaatsgericht werken toepassen. Dat is breder dan louter denken in termen van consultatieplaatsen. Het wil zeggen dat sessies zoveel mogelijk op een locatie worden gegeven waar mensen met psychische problemen of met een risico op psychische problemen reeds vaak komen, voor medische, sociale of maatschappelijke hulpverlening of zelfs voor vrijetijdsbesteding.

Daarenboven faciliteert vindplaatsgericht werken multidisciplinaire en intersectorale zorg en begeleiding. Om een grote variëteit aan plaatsen te vatten werden er vanuit de netwerken geestelijke gezondheidszorg oproepen verspreid naar lokale actoren en samenwerkingsverbanden. Daarop kwam ook veel respons.

De netwerken geestelijke gezondheidszorg inventariseren deze vindplaatsen. Die zijn heel verscheiden. Het gaat over huisartsenpraktijken, wijkgezondheidscentra, de thuiszorg, de OCMW's, woon-zorgcentra, opvangplaatsen binnen de jeugdhulp, centra voor kindzorg en gezinsondersteuning, naschoolse opvang, scholen en CLB's, jeugdhuisen, crèches, hogescholen, universiteiten en studentenvoorzieningen.

Omdat het aanbod psychologische zorg progressief versterkt wordt, lopen er nog steeds gesprekken, zoals over de recente vraag van APB en het Vlaams Apothekers Netwerk over samenwerking met apotheken als vindplaatsen. Er is dus zeker nog een nood aan dergelijke plaatsen, maar er is ook nood aan ondersteuning

via vorming, intervisie en supervisie van de klinisch psychologen en orthopedagogen en ook van degenen die verantwoordelijk zijn voor de vindplaatsen, om dit nieuwe model van zorg te realiseren.

Ik kom nu bij de vraag over de liaisonteams, waarmee ik voor een deel ook al op de vraag van mevrouw Merckx antwoord. In de jaren 2021 en 2022 zijn in totaal 23 liaisonteams gefinancierd. Het gaat telkens over 2,7 voltijdse eenheden personeel. Ik heb dat aangekondigd als maatregel op 23 april 2021 en op 31 december 2021 werd de 100 % invulling van die liaisonteams bereikt. Die teams zijn ondertussen door de netwerken geestelijke gezondheidszorg geëvalueerd en 16 van de 23 liaisonteams zetten hun werking structureel verder sinds 1 juli 2022. Enkele van die teams zijn specifiek gericht op jongeren met eetstoornissen.

In het algemeen worden die liaisonteams ingezet om kinderen en jongeren met psychische problemen een behandeling en begeleiding te bieden in andere ziekenhuisdiensten dan de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuisdiensten. Op die manier voegen wij kinderpsychiatrische expertise toe aan onder meer pediatriediensten waar jongeren met eetstoornissen worden opgenomen. Op die manier vermijden we ook dat deze jongeren moeten doorstromen naar de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten. Als zij toch doorstromen, dan leidt de opstart van een behandeling in de kinder- en jeugdpsychiatrische dienst tot een verkorting van het verblijf in die diensten en een vlottere overgang naar de thuissituatie en, mocht het nodig zijn, een vervolgzorgtraject.

Ik kom nu tot de eerste vraag van mevrouw Van Hoof en de vraag van mevrouw Merckx. Op 14 september 2022, dus nog niet zo lang geleden, heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid groen licht gegeven om een volledig zorgtraject voor eetstoornissen uit te werken. Dat betekent dat alle componenten van een integraal zorgtraject moeten worden ontwikkeld of versterkt, gaande van preventie over vroegtijdige detectie en begeleiding naar meer gespecialiseerde ambulante zorgvormen tot hooggespecialiseerde residentiële zorg.

De conceptuele basis van een dergelijk traject wordt gevormd door de WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health. Sommige van die componenten bestaan nu al omdat ze al werden ontwikkeld door de deelstaten of de federale overheid. Het zal er dus op aankomen de lacunes te vullen en ervoor te zorgen dat alle componenten naadloos op elkaar aansluiten.

De uitwerking van het zorgtraject is recentelijk opgestart door een werkgroep van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, waarin ook vertegenwoordigers van de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugd participeren. Dat geldt trouwens ook voor de netwerken voor volwassenen, de expertisecentra, de beroepsverenigingen en de ziekenhuiskoepels.

Zoals aangegeven door de IMC op 14 september zal deze werkgroep een aantal belangrijke werkpakketten vormgeven, met name de verdere ontwikkeling van het eerstelijns hulperleningsaanbod, de diëtik, de samenstelling van multidisciplinaire supportteams en de verdere uitwerking van de residentiële zorg met de opties stoeltherapie en *multifamily therapy*.

Voor elk van deze werkpakketten zal eerst een conceptuele fase doorlopen worden waarin de verdere krijtlijnen voor ontwikkeling worden vastgelegd en doelgroepen worden afgebakend. Vervolgens zullen deze kaders technisch worden vertaald en in een RIZIV-conventie worden vastgelegd. Tot slot moet het ontwerp van deze conventie goedgekeurd worden door de RIZIV-organen vooraleer zij op het terrein kan worden toegepast.

De implementatiesnelheid van de te ontwikkelen conventie zal dus afhangen van de snelheid waarmee de werkgroep een praktisch werkzaam conceptueel kader met technische richtlijnen voor concrete toepassingen kan uitwerken. De vergaderkalender is zeer scherp. Hij werd tot het einde van dit jaar vastgelegd, met de verwachting begin 2023 te landen met het kader. Dan zal, zoals gezegd, een RIZIV-werkgroep de conventie verder uitwerken, waarna de zorgverstrekkers erop kunnen intekenen. Op die manier willen wij alle hiaten invullen en het zorgtraject versterken.

Er waren ook vragen over de verdere initiatieven inzake kinderen en jongeren.

Un appel au réseau SMEA a été lancé à la mi-juin 2022 concernant six nouveaux chantiers pour les groupes cibles enfants, adolescents et jeunes adultes. L'objectif est de répondre aux besoins les plus pressants et de renforcer, d'étendre et de renouveler l'aide aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes souffrant de

problèmes de santé mentale et de problèmes psychiatriques grâce à des investissements supplémentaires à hauteur de 35 millions d'euros.

Een aantal van de werven die worden ingevuld op basis van die 35 miljoen euro werd reeds uitgevoerd, zoals de compensatie voor de kosten voor gemeenschappelijke diensten in forensisch-psychiatrische diensten, de zogenaamde omkadering van de For-K, en het verduurzamen van de 16 overblijvende liaisonteams. Daarnaast komt men tegemoet aan de ongelijke geografisch spreiding van het semiresidentieel en residentieel kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgaanbod voor minderjarigen. Bijkomende budgettaire inspanningen zullen gaan naar de versterking van de programma's voor crisiszorg en langdurige zorg of naar nieuwe vormen van liaison, zoals de materniteit. Er worden met het budget van 35 miljoen euro ook proeftuinen gecreëerd voor jongeren in de transitieleeftijd en voor jongeren met mentale problemen in combinatie met een verstandelijke handicap.

Ten slotte wil ik op voorstel van het Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren ook initiatieven nemen die de kwaliteit van de zorg verbeteren. De netwerken voor geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren hebben intussen voorstellen ingediend. Ik moet natuurlijk vermelden dat de betrokken partners niet alle werven met dezelfde snelheid kunnen opstarten, maar ze zullen alleszins de komende maanden volop inzetten op nodige bijkomende aanwervingen. Daarnaast blijven eerder genomen maatregelen natuurlijk doorlopen, met name de verdere uitbouw van de eerstelijns psychologische hulpverlening, de versterking van de mobiele crisisteam van de netwerken voor kinderen en jeugd, de intensifiëring van de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten en de liaisonteams. Wat de intensifiëring en de liaisonteams betreft, gaat het over een jaarlijkse investering van respectievelijk 15,9 miljoen en 5,7 miljoen euro.

Mevrouw Merckx, voor alle duidelijkheid, die 10 miljoen euro maakt deel uit van het budget van 2023. Ik verwacht de echte uitrol op het terrein vanaf medio 2023. Naar aanleiding van de *Pano*-uitzending hebben we aangekondigd dat we eraan werken, maar het vervelende aspect daarvan is dat men er nog anderhalf jaar op moet wachten. Dat is vervelend en ik vind die situatie niet leuk, maar het was wel nuttig die aankondiging te doen naar aanleiding van de goed gemaakte *Pano*-reportage over die prangende kwestie.

Mevrouw Depoorter, als we, zoals ik hoop, komen tot het punt waarnaar ook de vraag van mevrouw Fonck is verschoven, dan zal ik meer gegevens geven over de uitrol van de conventie eerstelijns psychologische hulpverlening.

De **voorzitter**: Voor de duidelijkheid, mevrouw Depoorter: mevrouw Fonck had gevraagd om haar vraag te verschuiven. Zij vond dat die hier niets mee te maken heeft. Ik kan daar niet over oordelen, maar we hebben haar vraag verschoven naar de samengevoegde vragen over geestelijke gezondheidszorg, waar u ook een vraag over hebt.

**03.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik denk dat de verklaring is dat mevrouw Depoorter in haar vraag over eetstoornissen een uitbreiding had gemaakt naar de hele eerstelijnsproblematiek, waarop mevrouw Fonck oordeelde dat haar vraag daarin niet thuishoorde. Ik stel voor dat we die hele thematiek straks beantwoorden.

De **voorzitter**: Er kan dus wel wat gediscussieerd worden over wat bij wat hoort, maar goed, hiermee is dat dan duidelijk voor u, mevrouw Depoorter. U krijgt nu het woord voor uw repliek.

**03.05** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Daar ga ik nu eens niet over discussiëren.

Mijnheer de minister, u zegt dat u niet houdt van aankondigingspolitiek, maar u doet het toch elke keer, zeker wanneer het over geestelijke gezondheidszorg gaat, een zo zwaar probleem. Als we het hebben over eetstoornissen, over families die met grote bezorgdheden zitten over een jongere en die deskundige hulp nodig hebben, dan is er nu toch opnieuw hoop gecreëerd, hoewel die maanden en misschien zelfs jaren op zich zal laten wachten.

**03.06** Minister **Frank Vandenbroucke**: Maar dat heb ik er toch van in het begin bij gezegd?

**03.07** **Kathleen Depoorter** (N-VA): In juli 2020 hebt u dat niet gezegd, mijnheer de minister.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, het is nu tijd voor de replieken.

**03.08** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, men moet toch een beetje proberen te luisteren naar wat er gezegd is, nu en vroeger. Vanaf de eerste dag na de *Pano*-uitzending heb ik gezegd: "Dit zijn onze plannen, deze middelen trekken we ervoor uit, dat zorgtraject wordt midden 2023 uitgerold." Dat weet iedereen. Ik vind het inderdaad zelf vervelend om te moeten zeggen dat het zo lang duurt, maar u vraagt ook voortdurend om overleg, overleg, overleg. Wel, ja, zoiets duurt lang, dat kost tijd. Er is altijd gezegd dat het zorgtraject eetstoornissen midden 2023 zal worden uitgerold. We investeren daar 10 miljoen euro in.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, ik wil toch wel duidelijk zijn. Nu is het tijd voor de replieken. Als u nadien nog iets wenst toe te voegen, is dat voor mij geen probleem, maar zoals u weet komt het laatste woord altijd toe aan het Parlement. Ik wil u dus vragen om de leden niet te onderbreken in hun repliek.

**03.09** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb daar eigenlijk niet zo'n probleem mee. Zo weet ik immers dat wat ik zeg een gevoelige snaar raakt. Deze gevoelige snaar, mijnheer de minister, zijn de patiënten. Wat zeg ik namelijk, als apotheker, aan een moeder die mij vertelt dat haar dochter als 45ste op de wachtlijst staat en ze nergens anders naartoe kan? Wat zeg ik als ze mij vertelt dat ze problemen heeft, er zelfmoordneigingen zijn, haar dochter niet meer eet en ze niet meer vooruit kunnen? Ik heb daarop geen antwoord. "De minister heeft aangekondigd dat er midden 2023 een oplossing zal zijn", is geen antwoord. Dat is niet waar wij naartoe willen. Steeds opnieuw worden goede voornemens voor de geestelijke gezondheidszorg gestipuleerd als zaken die uitgewerkt worden. Ik luister altijd heel goed naar wat u zegt, daarover moet u zich geen zorgen maken.

We hebben hier echter een problematiek die 13,7 % van de jongeren tussen 15 en 24 jaar treft. U kondigt 10 miljoen euro aan die u midden 2023 zult kunnen investeren in deze problematiek. Zult u er met deze middelen komen? Als ik u deze vraag stel, kunt u er niet op antwoorden. U weet immers niet hoeveel kinderen u zult kunnen helpen, want u hebt het zelfs niet berekend!

U hebt – terecht – ook 'Vind je plaats' aangehaald. Ik heb van collega's gehoord dat men zich daarop meer dan twee manden geleden ingeschreven heeft. Ze hebben echter nog geen antwoord ontvangen. Ook dat gaat dus heel traag.

Ik ben het met u eens dat de zorgverstrekker in deze casussen naar de patiënt moet kunnen gaan en dat men dan in een multidisciplinaire setting zoals een huisartsenpraktijk, apotheek of crèche moet kunnen gaan werken. Het systeem moet daarvoor wel draaien. De plaatsen die aangeven dat ze patiënten kunnen helpen, moeten dan wel een antwoord krijgen en dat is op dit moment niet het geval.

Ik heb u de vraag gesteld of u ook bereid bent om out of the box te denken. U verwees naar een aantal kleinere projecten, maar mijn concrete vraag ging daar niet over. In Nederland bereikt men erg goede resultaten met het onthaasten van patiënten die in de psychiatrie zijn opgenomen, die daar zijn vastgebonden en platgespoten. Het is niet de schuld van de zorgverstrekker in de psychiatrie, maar wel de schuld van de setting als patiënten de psychiatrie in slechtere toestand verlaten dan die waarin ze binnenkwamen. In een zorgboerderij worden die patiënten wel terug *on track* geholpen. Zult u ook daarop inzetten? Zult u buiten het traditionele kader durven denken? Zult u de aanbevelingen van de Staten-Generaal opvolgen? Het taboe voor deze jongeren is gigantisch groot. Wanneer een jongere met anorexia wordt opgenomen op de spoedafdeling: "Buikpijn? Goh, dat zal het wel niet zijn." We horen getuigenissen van de ouders en jongeren waarmee ze duidelijk maken dat ze met aankondigingen niet geholpen zijn. Er moet werk gemaakt worden van die wachtlijsten, van die zorg op maat, van die zorg dichtbij. Die reportage van *Pano* is dan misschien wel goed om aan te geven dat u eraan werkt, maar het is eigenlijk jammer dat die reportage nodig is om voor dat antwoord te zorgen.

**03.10** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik zal nog even repliceren. Voor de vijfendertigste keer, we investeren 35 miljoen euro. Die investering wordt momenteel uitgevoerd. U schudt ontkenkend uw hoofd, daar helpt geen lievemoderen aan, maar ik heb zonet voor de vijfendertigste keer gezegd dat we al 15 miljoen euro hebben geïnvesteerd in de intensivering van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Die investering werd al volledig uitgevoerd. In de liaisonteam, waarvan er een aantal specifiek toegespitst is op eetstoornissen, werd een investering van meer dan 5 miljoen al volledig uitgerold. U blijft maar zeggen dat ik aan aankondigingspolitiek doe. U moet niet applaudiseren, u moet kritische vragen stellen, maar zou het eventjes mogelijk zijn om mij straks hier niet opnieuw naar te vragen, zodat ik voor de zesendertigste keer moet herhalen dat we al die inspanningen al doen? Het gaat over investeringen



van veel meer dan 10 miljoen euro in de kinder- en jeugdpsychiatrie die we al doen.

We voegen er ook een zorgtraject aan toe. Met andere woorden, uw betoog is echt heel dunnetjes, heel dunnetjes. U bent vooral niet in staat om te luisteren. Waarschijnlijk zult u mij dat de komende maanden nog tien keer opnieuw vragen en ik zal het nog tien keer herhalen, zo blijven we bezig, maar knoop het misschien toch ook even in uw oren: we hebben al heel veel miljoenen euro's geïnvesteerd in kinder- en jeugdpsychiatrie.

Kunt u mij zeggen hoeveel er in een vorige legislatuur, toen uw partij mee verantwoordelijk was, is geïnvesteerd in kinder- en jeugdpsychiatrie of in eetstoornissen? Ik geef u wat tijd om het op te zoeken. Als u het straks weet te zeggen, is het goed. Ik denk dat het zero was.

**03.11 Kathleen Depoorter (N-VA):** Luisteren is ook niet uw sterkste kant, mijnheer de minister. Ik ben mijn betoog begonnen met te zeggen dat het goed is dat eraan gewerkt wordt, maar dat hebt u blijkbaar niet opgeslagen. Misschien moet ook tussen uw twee oren die chip eens aangezet worden.

Wat de budgetten betreft, weet u wie die 200 miljoen euro voor geestelijke gezondheid heeft goedgekeurd? Weet u wie dat was? Dat was ik, samen met de collega's, hier in deze commissie, voordat u bevoegd minister werd. Ja, mijnheer de minister, dat was zo.

**03.12 Minister Frank Vandenbroucke:** We zitten al boven die 200 miljoen.

De **voorzitter:** Ik stel voor dat mevrouw Depoorter besluit en dat we daarmee ook deze kleine polemiek afsluiten.

**03.13 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, de problematiek is wel degelijk op de agenda gezet toen de regering in lopende zaken zat, toen u nog helemaal niet aan politiek deed – of niet meer aan politiek deed.

Mijnheer de minister, als ik u zeg dat u met een groot probleem blijft zitten, dan heb ik ook daarin gelijk. We spreken over ongeveer 1.000 patiënten per jaar die anorexia ontwikkelen. Met de middelen die u inzet, zult u er niet komen. Dat is mijn betoog. Ook met de snelheid waarmee u die inzet, zult u er niet komen, en ook niet met uw aanpak. En ja, het is mijn taak als oppositielid om het optimale te proberen te verkrijgen en om in de goede richting te blijven duwen. Voor mij is de goede richting absoluut dat een jongere die, of een kind dat, in de problemen zit, van wie de moeder van de psychiater de garantie krijgt dat haar kind zeker niet in de crisisfase terecht zal komen en zeker niet platgespoten zal worden, maar op dag 1 al een telefoon moet krijgen dat het jammer genoeg niet gelukt is, terwijl datzelfde kind wel openbloeit op een zorgboerderij, in een kleinere entiteit, bij zorg op maat. Wel, mijnheer de minister, daar zal ik u geen 37, maar wel 150 keer naar vragen. Dat is immers waar we naartoe moeten: zorg op maat voor die patiënten. Daar zullen we dus inderdaad nog heel vaak over debatteren.

**03.14 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Uw antwoord was vrij teleurstellend, mijnheer de minister. U bent deels ingegaan op de eetstoornissen, maar u hebt ook vaak gesproken over de globale budgetten die naar kinder- en jeugdpsychiatrie en naar de liaisonsteams gaan. Hoeveel van deze liaisonsteams werken er eigenlijk concreet rond eetstoornissen? U zegt dat het er een aantal zijn, maar u geeft geen precieze cijfers.

In oktober 2020 werden wij gealarmeerd en kwamen de eerste cijfers naar boven van het aantal kinderen met eetstoornissen. Dat aantal neemt zeer drastisch toe. Ik vraag u vandaag hoeveel extra plaatsen er sindsdien gecreëerd zijn en ook daarop hebt u geen concreet antwoord gegeven.

U hebt het ook nog eens over een bijkomende investering van 15 miljoen euro in kinder- en jeugdpsychiatrie. Hoeveel extra plaatsen werden er daarmee eigenlijk gecreëerd in de kinderpsychiatrie? U hebt daar niet op geantwoord.

Er komt ook effectief een traject bij. Dat moet deels aan preventie doen en zal eventueel midden 2023 het licht zien.

Ik denk dat het antwoord van vandaag, gezien de specifieke problematiek van de eetstoornissen, niet volstaat. U hebt ook een beetje om de hete brij gedraaid, want u hebt de precieze vragen over het aantal plaatsen niet beantwoord. U kunt bijvoorbeeld niet zeggen hoeveel kinderen er met die 10 miljoen euro

geholpen zullen worden. U hebt daarover geen enkel cijfer gegeven, maar het is wel dat wat telt voor de personen die met een eetstoornis kampen en waarmee ik als arts vaak in contact kom. Ze moeten maanden wachten en voor een kind is dat een heel erg lange periode. Ik meen dus dat het antwoord niet voldoet.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

#### **04** **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mHealthapps" (55030937C)**

- **Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van mHealthapps" (55031480C)**

#### **04** **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les applications mHealth" (55030937C)**

- **Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des applications mHealth" (55031480C)**

De **voorzitter**: Vraag nr. 55031480C van mevrouw Farih wordt ingetrokken.

**04.01** **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, de validatiepiramide van mHealth werd een vijftal jaar geleden opgestart en werd toen internationaal geprezen. Na al die jaren blijkt er echter nog geen enkele app goedgekeurd te zijn voor terugbetaling op federaal niveau. In andere landen, waar er vaak later gestart werd met medische applicaties, blijkt dat proces veel sneller te gaan. Voorbeelden vinden we in de buurlanden Duitsland en Nederland.

Hoe komt het dat de goedkeuring van de apps zoveel tijd vraagt? Is er een evaluatie geweest van het proces samen met de overheidsinstanties en de stakeholders, om de flessenhalzen te duiden? Zo ja, wanneer en wat was daarvan het resultaat? Zo nee, waarom niet?

Indien er flessenhalzen werden vastgesteld, is er dan ook een plan van aanpak opgesteld? Kan u desgevallend hiervan de stappen en de tijdslijn meegeven?

Wat is uw houding ten opzichte van medische, digitale applicaties? Hebben ze volgens u een plaats in het zorglandschap en zo ja, welke?

**04.02** **Minister Frank Vandenbroucke**: Het integreren van gezondheidsapps volgens de mHealth-piramide waar een fabrikant of verdeler van een mobiele medische toepassing een aanmelding indient, gebeurt in twee fasen. In de eerste fase evalueert een specifieke werkgroep de ingediende dossiers. Deze werkgroep bestaat uit ervaringsdeskundigen, vertegenwoordigers van de betrokken zorgverstrekkers, verzekeringsinstellingen en patiënten en vertegenwoordigers van de werkgevers- en werknemersorganisatie. De evaluatie gebeurt op basis van de klinische evidentie, de mogelijke integratie of *feasibility*, de mogelijke verbetering of aanvulling ten opzichte van de huidige praktijk of *added value*, en de budgettaire weerslag. Op basis van deze evaluatie zal de specifieke werkgroep een advies afleveren aan het Verzekeringscomité. Hiervoor is in een richttermijn van zes maanden voorzien, die tot nog toe altijd werd behaald.

Op basis van het afgeleverde advies kan het Verzekeringscomité de opdracht geven het advies van de werkgroep uit te werken. Voor de twee dossiers die een positief advies hebben ontvangen, hield dit in dat de betrokken zorgprocessen, respectievelijk de overeenkomst slaapapneu en het zorgpad oncologie, in overleg met de betrokken stakeholders herzien dienden te worden om digitale zorg mogelijk te maken. Die herzieningen beperken zich echter niet tot digitale zorg. Ook andere evoluties worden hierin meegenomen. Zo'n herziening neemt uiteraard de nodige tijd in beslag, waardoor er geen richttermijn is voorzien voor deze tweede stap. Het is echter essentieel dat gezondheidsapplicaties integraal deel uitmaken van de gezondheidszorg. Het is niet de bedoeling de mobiele applicaties an sich terug te betalen, maar het gebruik ervan te integreren binnen een zorgpad.

In het kader van de mHealth Belgium-overeenkomst vindt tweemaal per jaar een begeleidingscomité plaats. Daar kunnen de verschillende stakeholders, waaronder de zorgverstrekkers, de verzekeringsinstellingen en de overheidsdiensten, hun bevindingen rond mHealth Belgium en de mHealth-procedure delen. Daarnaast heeft het RIZIV in februari 2022 een breed stakeholderoverleg georganiseerd, waar een brede groep van

stakeholders ervaringen en wensen rond mHealth kon delen met de betrokken overheidsorganen. Ten slotte zijn de deelnemers van de eerste twee specifieke werkgroepen uitgenodigd om anoniem feedback te geven rond de werking van de specifieke werkgroep. Verschillende suggesties om de mHealth-procedure en mHealth Belgium in het algemeen te verbeteren, zijn gemaakt. Het meest prangende was om de criteria rond dataveiligheid, privacy en interoperabiliteit te verfijnen. Ondanks de M1- en M2-criteria zijn er toch nog te vaak onduidelijkheden rond deze aspecten.

Het KCE voert momenteel een studie rond de evaluatie van digitale gezondheidstechnologieën uit. Een van de onderzoeksvragen van de studie is: wat zijn de meest geschikte evaluatiekaders of componenten van evaluatiekaders die gebruikt zouden kunnen worden in België. De resultaten van de studie worden begin 2023 verwacht. Deze resultaten, alsook de bevindingen van de stakeholders, zullen de basis vormen voor een grondige herziening van de mHealth-procedure. Digitale gezondheidszorg, onder meer telebehandeling, tele-expertise en telemonitoring, is niet meer weg te denken uit het zorgaanbod. Deze kunnen een waardevolle aanvulling zijn op het bestaande zorgaanbod. Digitale gezondheidszorg heeft zijn plaats binnen de doelmatige gezondheidszorg. Mobiele toepassingen kunnen hier een belangrijk onderdeel van zijn.

Het is wel belangrijk dat er voor een succesvolle integratie van mobiele medische toepassingen voldoende garanties zijn qua dataveiligheid, dat de toepassingen interoperabel zijn, bijvoorbeeld met het elektronische patiëntendossier, en dat het zorgpad waarbij gebruik wordt gemaakt van een mobiele medische toepassing, minstens even kwaliteitsvol is.

Van de vele mobiele medische toepassingen die momenteel op de markt zijn, zijn er ook nog veel die onvoldoende klinisch zijn gevalideerd.

**04.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, wat ik op het terrein hoor, is dat er nog heel veel struikelblokken blijven. De voornaamste bedenking of bezorgdheid die ik hoor, is dat er heel weinig doorzichtigheid in de procedure is. Op een bepaald moment is er geen zicht meer op de termijn en op het proces waarin men zich bevindt. Exemplarisch is ook dat in die hele periode nog geen enkele app doorheen die hele piramide is geraakt en gewoon deel uitmaakt van ons zorgsysteem en van de terugbetaling.

Ik zou dus echt willen oproepen om sneller in overleg te gaan met de verschillende belangengroepen, zowel de ontwikkelaars als de patiëntenverenigingen en bijvoorbeeld de mutualiteiten, die naar mijn mening een grotere rol zouden kunnen opnemen, om het belang van de patiënt vooraan te zetten. Ik zou ook willen oproepen om eens te kijken naar het systeem dat in Duitsland wordt toegepast. Daar krijgen ontwikkelingen en nieuwe apps de mogelijkheid om zich te bewijzen, bijvoorbeeld gedurende een jaar, waarna kan worden beoordeeld of de terugbetaling al dan niet kan worden aangehouden.

Het risico is nu al reëel dat verschillende ontwikkelaars andere oorden opzoeken en naar het buitenland trekken, omdat ze hier te veel weerstand ervaren. Die weerstand kan misschien niet bedoeld zijn, maar is wel wat zij aangeven, namelijk dat er weinig wordt meegedacht.

Ik vraag dus ook om daar zeker positief tegenover te staan. Ik hoor dat u dat ook bent. Ik vraag ook dat er bijvoorbeeld bij de betrokkenen bij de adviescomités wordt aangedrongen op een positieve houding tegenover de applicaties, zodat ze echt de kans krijgen hun meerwaarde te bewijzen.

Ik hoor ook dat de samenstelling van het ad-hocadviescomité niet erg transparant is en dat de onafhankelijkheid van de deelnemers daaraan ook niet altijd is gegarandeerd. Ook op dat punt zou ik willen vragen eens goed te bespreken of verbeteringen niet mogelijk zijn.

Zoals u zelf aangeeft, is een moderne en hedendaagse gezondheidszorg zonder medische apps immers niet meer denkbaar.

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

**05** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de forensisch verpleegkundigen" (55030991C)**

**05** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des infirmiers légistes" (55030991C)**

**05.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, slachtoffers van seksueel geweld kunnen terecht bij de gespecialiseerde zorgcentra. Die zorgcentra doen een beroep op forensisch verpleegkundigen. Vandaag mogen die enkel na het individuele akkoord van de arts handelingen stellen. Daardoor werken ze in een grijze zone. Nochtans was er duidelijk afgesproken dat er werk zou worden gemaakt van een statuut en de erkenning van het beroep, zodat de forensisch verpleegkundigen doelgericht hun werk in de juiste omkadering zouden kunnen uitvoeren.

Wat is de status van de erkenning van het beroep van forensisch verpleegkundige? Zult u die beroepsgroep erkennen binnen het wettelijke kader?

Langdurig seksueel geweld valt momenteel niet onder de scope van de zorgcentra. Zult u de scope van de centra daarmee uitbreiden?

Het IGVM is betrokken bij de opleiding tot forensisch verpleegkundige. Wie controleert de opleiding? Welke kwaliteitsnormen werden er gesteld? Hebt u daarop toezicht? Hoeveel personen hebben de opleiding gevolgd?

**05.02 Minister Frank Vandenbroucke:** De wet van 10 mei 2015 over de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen definieert de verpleegkunde. De algemene verpleegkundigen worden opgeleid om heel wat situaties op te vangen. Ze worden onder meer opgeleid voor de observatie, erkenning en vastlegging van de gezondheidsstatus, zowel op psychisch, fysiek als sociaal vlak. Ook het informeren en adviseren van de patiënt en zijn familie, het zelfstandig kunnen nemen van urgente levensreddende maatregelen en het kunnen handelen in crisis- en rampensituaties behoren tot hun opleiding. Ik zeg dat, omdat die competenties wel degelijk over een allesomvattende zorg voor het individu gaan, in alle dimensies, zoals dat ook nodig is bij de zorg voor een patiënt die het slachtoffer is van seksueel geweld.

Verpleegkundigen kunnen ook technische verstrekkingen verrichten, zoals staalafnames die van nut zijn in het kader van de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld. De technische handelingen worden opgesomd in het KB van 18 juli 1990.

Voor alle duidelijkheid, zoals bij alle beroepen is het vanzelfsprekend dat pas afgestudeerden de school niet verlaten als onnipotent of expert in alle mogelijke domeinen waarin men hen nodig zou kunnen hebben. Voor sommige functies moet men eerst een degelijke ervaring verwerven of soms zelfs een bijkomende opleiding volgen. We zien dat in heel wat gezondheidszorgberoepen.

Het is dan ook de verdienste van onder andere verpleegkundigen in een hele reeks zeer specifieke domeinen dat zij over de beroepsernst beschikken om zich in te spannen om hun oorspronkelijke competenties te perfectioneren en te modelleren naargelang van de context van het werk dat zij moeten doen. Werkgevers letten erop om alleen competente verpleegkundigen in dienst te nemen om bijzondere functies te vervullen, zoals de functie waarover u het hebt.

Ik ben niettemin van oordeel dat het voor de gezondheidsautoriteit niet mogelijk is om aan alle verpleegkundigen een bijzondere titel uit te reiken voor elk gespecialiseerd en soms hypergespecialiseerd praktijkgebied waarin ze werken en/of waarvoor ze bijkomende opleidingen hebben gevolgd. Dat doet echter niets af aan hun toegevoegde competenties in die praktijkgebieden.

De hyperspecialisatie zoals we die nu kennen, komt niet meer overeen met de behoefte van ons gezondheidssysteem en de evolutie van de aangetroffen pathologieën. Een hervorming van de functieschaal voor verpleegkundigen wordt momenteel besproken. Die denkoefening gaat ook over de toekomstige specialisatiedomeinen van de gespecialiseerde verpleegkundigen en het functieprofiel van verpleegkundig specialist, dat werd opgenomen in de wet van 2019.

Het advies van de adviesorganen zal worden opgevraagd voor het competentieprofiel en de handelingen voor alle verpleegkundige functies, waarna de uitvoeringsbesluiten zullen worden opgesteld.

U hebt ook vragen over het onderwijs en het aantal studenten dat opleidingen volgt, maar dat zijn bevoegdheden van de gemeenschappen en het is aan hen om daarop een antwoord te geven.

**05.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, als ik het goed begrijp, bent u dus niet van plan om de titel van forensisch verpleegkundige te erkennen.

Dat blijkt in de praktijk toch een probleem te zijn. In de zorgcentra voor seksueel geweld wordt heel duidelijk aangegeven dat handelingen zoals forensische onderzoeken, psychologische bijstand en bloedafnames die heel snel moeten gebeuren, in een grijze zone zitten, want ze moeten door een arts worden gevalideerd en vaak is er, wanneer patiënten binnenkomen, geen tijd om te wachten op de arts van wacht.

U noemt de zorgcentra voor seksueel geweld belangrijk, maar anderzijds biedt u geen antwoord op terechte vragen vanuit het veld.

U wijst me voor mijn vraag over de opleiding door naar de deelstaten, maar het Instituut voor de Gelijkheid van Mannen en Vrouwen is verantwoordelijk voor de opleiding van die verpleegkundige specialisten. Ik heb dezelfde vraag gesteld aan staatssecretaris Schlitz. Zij had, zoals wel vaker, geen antwoord. U geeft ook geen antwoord. Welke boodschap moet ik geven aan de verpleegkundigen die werken in de zorgcentra voor seksueel geweld? Hun belang kan niet worden onderschat, ten bewijze het toenemende aantal patiënten dat er tijdens de coronacrisis een beroep op moest doen. Ik vind het bijzonder dat u daar niets aan wenst te doen.

U geeft ook geen antwoord op de vaststelling van de zorgcentra dat het forfait van 100 euro per patiënt neerkomt op onderfinanciering ten belope van 50 euro per patiënt.

Op de vraag over de bijstand na seksueel geweld in het verleden hebt u ook geen antwoord gegeven. Zijn die patiënten dan niet prioritair voor de federale overheid? U moet echt werk maken van een correcte invulling van zowel het personeel als van de te besteden middelen in de zorgcentra voor seksueel geweld, veeleer dan opnieuw aan te kondigen dat het zoveelste centrum opengaat.

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

**06** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De status van het project Kwaliteitscontrole" (55030992C)**

**06** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le statut du projet Contrôle de la qualité" (55030992C)**

**06.01** **Kathleen Depoorter (N-VA):** Het is duidelijk dat de covidcrisis een aantal verbeterpunten heeft blootgelegd om een volgende crisis sneller, efficiënter, beter en kwaliteitsvoller aan te pakken. Zo is er behoefte aan elektronische en vooral gestructureerde gezondheidsgegevens. Op die manier wil men een optimaal crisisbeheer waarborgen en de controle op, en de identificatie van, de zorgbeoefenaar efficiënt en proactiever laten verlopen. De doorstroming van grote hoeveelheden medische data voor gebruik in wetenschappelijk onderzoek kon toen beter en kan ook vandaag nog altijd beter.

Tijdens de ministerraad van 20 oktober 2021 werd de meerjarenbegroting voor de komende jaren besproken. Het ging dan specifiek over het herstel- en transitieplan, en daarbij kwam ook de Kwaliteitscontrole, 'Toezicht op de kwaliteit van de zorg', op de voorgrond. Er werd toen beslist om 10,87 miljoen euro aan bijkomende middelen in te zetten voor de uitvoering van dat project. De verschillende projecten gingen in 2022 van start om de Europese vervaldagen te respecteren. De realisatie van de functionaliteiten wordt gespreid over de jaren 2022, 2023 en 2024.

Wat is de status van het project Kwaliteitscontrole? Hoe zijn de bijkomende middelen ingezet?

Welke concrete verbeteringen zijn in het kader van het project op dit moment doorgevoerd?

Welke punten worden verschoven naar 2023 en 2024 en worden dan ook aangepakt?

Is er een tussentijdse bijsturing nodig geweest sinds de ministerraad van 20 oktober vorig jaar? Wat was de reden daarvoor?

**06.02** **Minister Frank Vandenbroucke:** Het budget voor het project Kwaliteitscontrole, 'Toezicht op de kwaliteit', is gespreid over de jaren 2022 tot en met 2024 en maakt zoals u zegt deel uit van het herstel- en transitieplan, waarvoor 10,87 miljoen euro werd uitgetrokken. Het gaat daarbij over kwaliteit van de zorg, het euthanasieregister, Facturato van Medex en SNOMED CT.

Wat het onderdeel Kwaliteitscontrole, 'Toezicht op de kwaliteit' betreft, is het de bedoeling om 2,965 miljoen euro in 2022 te besteden aan dat project. Dat bedrag wordt gaandeweg minder: in 2023 is het de bedoeling om het te laten dalen tot 2,495 miljoen, in 2024 tot 1,745 miljoen.

Voor 2022 is het bedrag wel nog niet toegekend. In 2022 wordt er gewerkt aan de functionele analyse, de architectuur en het *redesign* van de processen. In 2023 en 2024 zal het gaan over de implementatie, de integrale testing en de inproductiename van het systeem. Dat moet nog worden vervolledigd door een goede, brede informatieverstrekking aan alle betrokkenen, zoals zorgverstrekkers, patiënten en burgers.

Het project Kwaliteitscontrole, 'Toezicht op de Kwaliteit' is onderverdeeld in verschillende luiken. Er is vooreerst het luik Portfolio en Praktijkregister. In dat kader hebben zorgverleners vaak meerdere applicaties om te interageren met overheidsinstellingen. Daarom ontwikkelen de FOD en het RIZIV samen een nieuw portaal. Daarmee willen wij de administratie voor de zorgverleners eigenlijk eenvoudiger maken, wat altijd goed is, want dan hebben zij meer tijd voor de zorg zelf. Op dat portaal kan de zorgverlener op korte termijn contactgegevens doorgeven, het praktijkregister aanvullen of raadplegen, officiële documenten van de FOD of het RIZIV downloaden. ProGezondheid neemt ook de bestaande functionaliteiten over van MyRiziv, het huidige portaal van het RIZIV. Het portaal en het praktijkregister zullen in fases worden gelanceerd. Zo zorgen wij dus voor een zachte overgang en hebben wij ook een beter overzicht over de uitrol.

Vanaf juli 2022 heeft een beperkt testpubliek toegang tot het portaal, maar niet alle functionaliteiten zullen beschikbaar zijn. Eind 2022 zullen alle zorgverleners toegang krijgen tot het portaal, maar nog niet alle functionaliteiten zullen beschikbaar zijn. De focus ligt in deze fase op het actualiseren van de contactgegevens van alle zorgverleners. In 2023 zullen alle functionaliteiten van het praktijkregister wel beschikbaar zijn in het portaal. Uiteraard stopt de ontwikkeling niet na de laatste fase. Wij zullen het portaal constant verbeteren en uitbreiden met extra functionaliteiten, zoals een digitale portfolio.

Er is ook het luik Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg. De wet van 30 juli tot wijziging van de wet van 22 april 2019 is door het Parlement aangenomen en is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad. Het besluit tot vaststelling van de samenstelling van de kamers van de Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg is opgesteld en voorgelegd aan de ministerraad. Het ligt nu voor bij de Raad van State. Na advies en ondertekening door de Koning zal een oproep tot kandidaten worden gedaan en zal worden overgegaan tot de samenstelling van de kamers.

Mijn doelstelling is tegen het einde van dit jaar een federale toezichtcommissie in te stellen die de controle op de verschillende criteria van de kwaliteit van de praktijk van de beroepsbeoefenaars en de bekwaamheid van de gezondheidswerkers mogelijk maakt. Wij zullen daarvoor slechts in beperkte mate moeten putten uit het Herstel- en Transitieplan: 43.000 euro in 2022, 33.000 euro in 2023 en 2024. Ik heb dat ook gezegd, meen ik, toen wij hier de wetswijziging bespraken. Er is buiten het Herstel- en Transitieplan ook in extra middelen voorzien voor de versterking van de toezichtcommissie.

Dan kom ik tot het luik EPD en SNOMED CT. Een deel van de middelen van het Belgische Herstelplan zal worden gebruikt voor het project Elektronisch Patiëntendossier, dat dient voor zorgverleners. Ook zal het project Terminologie door deze middelen een versnelling krijgen, zodat de structurering en de codering van gezondheidsgegevens met internationaal gestandaardiseerde systemen als SNOMED CT en ICD-11 kan gebeuren.

Inzake het elektronisch patiëntendossier voor zorgverleners biedt de kwaliteitswet een duidelijk juridisch kader om een kwalitatief hoogstaande en veilige verstrekking van gezondheidszorg te garanderen. Een van de maatregelen is het bijhouden van een patiëntendossier dat op termijn in elektronische vorm zal moeten bestaan. Het doel van dit project bestaat erin het patiëntendossier te definiëren en een IT-oplossing te ontwikkelen waarmee de gezondheidszorgbeoefenaars het dossier kunnen bijhouden. Op dit moment wordt bij dit project de nadruk gelegd op de belangrijkste functies die gezondheidszorgbeoefenaars verwachten, en de vereisten van de kwaliteitswet. De verschillende raden hebben die mee helpen te definiëren.

**06.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, in verband met het EPD denk ik dat het zeer belangrijk is om voldoende aandacht te besteden aan het feit dat verschillende zorgverstrekkers het EPD ook kunnen consulteren bij patiënten die zij gezamenlijk hebben, maar voor andere doelstellingen. Volgens mij is er daar nog wel wat werk aan de winkel.

Ik kom terug op de bestaande discussie over geestelijke gezondheidszorg. De staten-generaal geeft in dat verband duidelijk aan dat in een elektronisch patiëntendossier een uniforme manier van rapportering noodzakelijk is. Op dat vlak zijn er weinig informaticasystemen beschikbaar, dus dat zal zeker een aandachtspunt worden. Een aandachtspunt daarnaast is dat de zorgverstreker volgens de bevoegdheden en noodzakelijkheden toegang kan hebben tot het EPD van de patiënt en dat verschillende instellingen dat dossier kunnen lezen. Ik denk dat u daarvan zeker op de hoogte bent, maar we zijn er nog niet.

**06.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik deel die zorg, maar terwijl ik u het voorbereid antwoord voorlas, merkte ik dat het antwoord op een punt wat achterliep. Ik zei namelijk dat de toekenning er nog niet is, maar eigenlijk heeft de Kamer net, op 27 oktober, de vierde aanpassing van de begroting van 2022 goedgekeurd. Daarmee zijn die middelen, die 2,965 miljoen euro, wel degelijk toegekend en beschikbaar bij de FOD.

Als u dat wil, kan ik u het volledige voorbereide antwoord bezorgen, aangezien er ook tabellen toegevoegd zijn met de details, mocht u dat interesseren. Die tabellen heb ik uiteraard niet voorgelezen, maar u kunt er de onderverdeling van die middelen in terugvinden over de verschillende jaren. We zullen die ook aan het commissiesecretariaat bezorgen.

De toekenning is dus wel degelijk gebeurd. Terwijl ik het voorbereid antwoord las, dacht ik al dat het niet klopte.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, bedankt voor die precisering.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.03 uur.*

*La réunion publique de commission est levée à 13 h 03.*