

COMMISSION DE LA SANTE ET  
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID  
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 6 DECEMBRE 2022

DINSDAG 6 DECEMBER 2022

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 19 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.19 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

**01 Actualiteitsdebat over luchtweginfecties en toegevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stijgende trend op het stuk van de RSV-infecties en de goedkeuring van het vaccin" (55031851C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende aantal RSV-besmettingen" (55032139C)
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De bronchiolitisepidemie" (55032224C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De bronchiolitisepidemie" (55032238C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De epidemieën van luchtweginfecties" (55032268C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De bronchiolitisepidemie" (55032325C)

**01 Débat d'actualité sur les infections respiratoires et questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La tendance à la hausse des infections au RSV et l'approbation du vaccin" (55031851C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre croissant de contaminations par le VRS" (55032139C)
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'épidémie de bronchiolite" (55032224C)
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'épidémie de bronchiolite" (55032238C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Les épidémies d'infections des voies respiratoires" (55032268C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'épidémie de bronchiolite" (55032325C)

**01.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik had twee vragen ingediend over RSV. De eerste vraag dateert al van een tijdje geleden. Toen hebben wij echter de melding gekregen dat het Geneesmiddelenagentschap EMA een vaccin had goedgekeurd, namelijk Beyfortus of nirsevimab, om RSV-infecties te voorkomen.

Zoals wij weten, vinden die infecties het meest plaats bij kleine kinderen en baby's. Zij maken tijdens de eerste levensjaren vaak een infectie mee. Met het vaccin kan heel vroeg worden ingegrepen en kunnen infecties, maar ook hospitalisaties worden vermeden. Deze week nog kreeg ik het nieuws dat een bepaald

colloquium aan de universiteit van Brussel niet doorging, omdat het kinderziekenhuis vol lag met RSV-patiëntjes.

Het RS-virus dringt het lichaam binnen via de slijmvliezen van neus, mond en ogen. Het verspreidt zich via de lucht door hoesten, niezen of het snuiten van de neus, maar ook door rechtstreeks contact met geïnfecteerde personen of via onrechtstreeks contact met een geïnfecteerd oppervlak of voorwerp. Het is dus erg besmettelijk.

Viroloog Van Gucht had er al voor gewaarschuwd dat er na de coronapandemie een risico was van opflakking van het RSV, met het feit dat kinderen, maar ook volwassenen, meer uit elkaars buurt bleven. Mijnheer de minister, hoe is de situatie vandaag?

Daarbij komt immers ook een opflakking van griep. Wij zien dat de griep zich in Latijns-Amerika heel snel verspreidt tijdens het lopende seizoen. Wij hebben hier tevens een opflakking van het coronavirus. Dat hoorde ik althans vanuit de praktijk van mijn echtgenoot. Gisteren meldden zich daar heel wat nieuwe besmettingen.

Mijnheer de minister, dat was mijn eerste vraag. Mijn tweede vraag gaat daarop door. Ook hier wil ik graag weten hoe u de situatie op dit moment inschat. Welke trend merkt u op? Welke acties zijn er ondernomen?

Ik verneem ook dat minder patiënten zich hebben laten inenten tegen de griep. Zal er ter zake nog een oproep of sensibilisering gebeuren?

Hoe staat u tegenover de goedkeuring van het vaccin tegen RSV? Zult u stappen ondernemen? Binnen welk tijdskader mogen wij dat vaccin hier verwachten?

**01.02 Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je ne rappellerai pas tout le contexte. Cette épidémie, même si elle ne concerne qu'une partie plus restreinte de la population, nous rappelle les mêmes problématiques soulevées durant la crise du covid: la pénurie d'infirmières en pédiatrie, le manque de places d'hospitalisation en pédiatrie.

Dans ce cadre, quelles mesures mettez-vous en place afin de renforcer nos hôpitaux à ce stade pour contrer cette épidémie? De manière plus globale, qu'allez-vous mettre en place pour pallier la pénurie d'infirmiers et le manque de places d'hospitalisation notamment en pédiatrie?

**01.03 Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, au moment de déposer cette question, débutait cette épidémie de bronchiolite qui sévit malheureusement dans notre pays. Plusieurs hôpitaux bruxellois (Saint-Pierre, Saint-Luc, l'UZ Brussel) mais aussi du Hainaut comme Jolimont que je connais particulièrement bien, puisqu'il est situé dans ma région, ou encore de Liège voient leurs urgences pédiatriques complètement saturées. J'en suis d'autant plus conscient que mon fils est actuellement en traitement pour une vilaine bronchiolite également.

Si les mois de novembre et décembre sont une période classique pour les infections respiratoires de type VRS, Stéphane Moniotte, membre de l'Académie belge de pédiatrie, parle, lui, d'une "épidémie sans précédent" avec un nombre de malades oxygène-dépendants bien plus important que les autres années. La situation est d'autant plus difficile qu'elle s'inscrit dans un contexte de retour du covid et de la grippe ainsi que de pénurie de personnel soignant qui oblige les établissements à s'organiser. J'ai d'ailleurs pu vous lire hier dans la presse sur votre préoccupation à ce sujet.

Monsieur le ministre, disposez-vous de chiffres concernant le nombre de cas de bronchiolites actuellement dénombré dans notre pays? Quelle est l'évolution actuelle de la situation et qu'en est-il de la comparaison avec les années précédentes, en particulier celles d'avant la crise du covid? Quelles sont les pistes d'explications liées à cette évolution?

Des concertations avec les hôpitaux, en particulier les services pédiatriques, ont-elles été menées dans ce cadre? Une sensibilisation des citoyens, notamment des jeunes parents, pour prévenir la maladie est-elle envisagée? Enfin, en mars 2017, AstraZeneca et Sanofi avaient annoncé la conclusion d'un accord de développement et de commercialisation du Beyfortus, un anticorps expérimental à longue durée d'action conçu pour protéger tous les nourrissons contre les infections par le VRS au moyen d'une seule dose. Celui-ci vient de recevoir une autorisation de mise sur le marché dans l'Union européenne. Quand ce vaccin

devrait-il être disponible dans notre pays? Avez-vous d'ores et déjà une idée du coût de celui-ci? Quelles mesures plus importantes allez-vous prendre, comme l'imposition du masque dans certains lieux, recommandée par le Risk Management Group (RMG)?

**01.04** **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, goed een week geleden kregen wij zowel in de Franstalige als de Nederlandstalige media te horen dat de ziekenhuizen aan de alarmbel trokken wegens het stijgend aantal kinderen dat opgenomen moest worden met luchtweginfecties. Zowel RSV, griep als corona circuleren.

Wat is de stand van zaken in de ziekenhuizen? Zijn de ziekenhuizen vandaag verzadigd of niet? Is er nog plaats voor elk kind? Moesten er transfers gebeuren van kinderen tussen ziekenhuizen?

Hoe kijkt u aan tegen een mogelijke nieuwe griepepidemie? Hoe zit het met de voorbereidingen daarop? Zijn er momenteel genoeg griepvaccins toegediend?

De heer Van Gucht had het ook over het uitstellen van bijvoorbeeld babybezoek. Zijn er op dat vlak restricties in de ziekenhuizen of niet?

Wat denkt u van andere preventieve maatregelen?

Iedereen stelt zich natuurlijk de vraag hoe het komt dat onze ziekenhuiscapaciteit zo snel onder druk staat. Na twee jaar corona zijn we blijkbaar nog steeds niet voorbereid op een epidemie. U hebt zelf aangegeven dat u de personeelsproblemen voorlopig oplost met jobstudenten, vrijwilligers en gepensioneerden. Hebben zij wel hun plaats in pediatrie en gespecialiseerde afdelingen?

Welke maatregelen neemt u voor het personeelstekort in de ziekenhuizen en voor de huisartsen op het terrein?

**01.05** **Daniel Bacquelaire** (MR): Monsieur le ministre, effectivement, depuis quelques semaines, on assiste à une propagation des virus hivernaux qui est tout à fait préoccupante dans le sens où elle atteint de très jeunes enfants. Beaucoup d'entre eux sont très rapidement oxygène-dépendants. Ils arrivent dans les services hospitaliers en grand nombre. Les services de pédiatrie hospitalière sont saturés. Le personnel hospitalier est déjà épuisé par les crises à répétition. Aujourd'hui, la pénurie de personnel soignant aggrave évidemment cette situation.

Quel plan avez-vous préconisé pour les hôpitaux de notre pays afin de gérer cette surcharge hospitalière? Qu'en est-il des transferts de patients atteints de bronchiolite? Des transferts entre les hôpitaux sont-ils déjà réalisés aujourd'hui? Cela implique-t-il des reports de soins en pédiatrie pour d'autres pathologies? Est-on déjà dans ce cas de figure? Enfin, les anticorps contre le virus à l'origine de la bronchiolite, le VRS, sont-ils pris en compte dans la lutte contre cette épidémie? Qu'en est-il de leur utilisation en Belgique aujourd'hui?

Le **président**: Chers collègues, nous sommes dans un débat d'actualité et si certains veulent intervenir, ils peuvent le faire maintenant ou pendant les répliques. La parole est à Mme Fonck.

**01.06** **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, les questions sont posées. Si vous le voulez bien, j'interviendrai en réplique.

Le **président**: S'il n'y a personne d'autre, je donne la parole à M. le ministre.

**01.07** **Minister Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik zal eerst een paar zaken zeggen over de cijfers en hoe wij ze verzamelen. Ik denk dat het antwoord op dat vlak nogal genuanceerd is. Daarna zal ik een paar zaken over het beheer zeggen. Voor de aanbevelingen kan ik het best verwijzen naar een antwoord dat ik heb gekregen op een nadrukkelijke vraag van mijzelf aan de Risk Management Group, die ook een aantal aanbevelingen met betrekking tot voorzichtig gedrag (hoe de mondmaskers gebruiken en dergelijke) heeft geformuleerd, waarbij er geen nieuwe aanbevelingen kwamen. Ik zal daar kort naar verwijzen.

Eerst over de cijfers.

Contrairement à ce qui est en vigueur pour le covid-19, aucune déclaration n'est obligatoire pour les

infections par le VRS. Le suivi se déroule à partir d'échantillons des sites sentinelles - tant hôpitaux que laboratoires. Le nombre de tests de laboratoires positifs au VRS et le taux de positivité chez les patients hospitalisés pour des infections respiratoires ont tous deux augmenté fortement depuis la mi-octobre et ont dépassé le seuil épidémique depuis la mi-novembre. Toutefois, il convient de préciser que celui-ci est plus difficile à interpréter depuis l'arrivée du covid-19.

Les cas sont plus nombreux que lors de la saison hivernale précédente. Cependant, si nous comparons avec les saisons 2018-2019 et 2019-2020, nous constatons un nombre nettement inférieur de tests positifs au VRS dans les laboratoires sentinelles au cours de ces mêmes mois. Par conséquent, monsieur Prévot, soutenir que c'est inédit ou que c'est du jamais vu ne me semble pas vraiment...

**01.08 Patrick Prévot (PS):** Ce n'est pas moi qui l'ai dit!

**01.09 Frank Vandenbroucke,** ministre: Non, non, vous avez cité quelqu'un. Je ne vous fais aucun reproche. Et j'espère que votre fils va mieux.

En tout cas, ce n'est pas exact. Un graphique intéressant a été joint à l'avis du RMG. On y voit qu'un pic très haut a été atteint en 2018-2019 et 2019-2020. Par comparaison, la situation présente est nettement meilleure. Cependant, la comparaison avec les années précédentes est plus compliquée à établir.

Il convient aussi de noter que les enregistrements des laboratoires et des généralistes connaissent un retard d'une à deux semaines dans le traitement des données.

Quant à la raison pour laquelle les chiffres sont inférieurs à ceux d'il y a deux ou trois ans, mais supérieurs à ce qu'on a vu au cours des années précédentes, certaines hypothèses ne sont, à dire vrai, pas prouvées. Toutefois, il se peut qu'après les années covid-19, on ait opté pour un comportement plus cohérent: maintien de la distance physique, port du masque, hygiène des mains. Cela dit, il est peut-être un peu prématuré de l'affirmer.

La pression croissante sur les hôpitaux peut avoir plusieurs origines: un nombre réellement élevé d'infections, des changements organisationnels depuis la crise du covid coïncidant avec un nombre croissant d'admissions pour cause de covid-19, la fatigue du personnel et son absence pour cause de maladie. Tous ces facteurs entrent en ligne de compte.

Les chiffres ne reflètent pas une épidémie inédite. C'est un phénomène relativement bien connu. Par le passé, le pic était très clair et net. Nous ne rencontrons pas ce genre de pic actuellement; le profil de l'épidémie a changé.

Le monitoring du HTSC (Hospital & Transport Surge Capacity) continue et ne se limite plus au covid. Le HTSC Committee gère la capacité hospitalière en continu et calcule aussi la vague des bronchiolites.

Pour l'instant, il n'y a ni rapport de soins ni appel à la régulation fédérale des patients atteints de cette affection, ce qui ne veut pas dire que les services d'inspection d'hygiène fédéraux n'ont pas encore été en contact avec les hôpitaux. Je ne dispose d'aucun chiffre de transfert par le *HTSC Committee*. Le fédéral n'effectue aucun transfert en ce moment, mais les services d'inspection d'hygiène sont en contact avec les hôpitaux.

Mevrouw Merckx, kinderen jonger dan twee jaar maken bijna 70 % van de geïnfecteerde gevallen uit. Dit seizoen zien we wel iets meer infecties in de oudere leeftijdsgroepen dan in de epidemieën van 2020 en 2021. Het gaat dan niet alleen om personen ouder dan 65 jaar. Opvallend is dat er dit jaar ook bij jongere volwassenen iets meer RSV-infecties zijn dan normaal.

In vergelijking met andere luchtwegvirussen was de incidentie van hospitalisatie wegens RSV in november drie keer hoger dan de incidentie van hospitalisatie door SARS-CoV-2 en tien keer hoger dan bij griep. Op dit moment is er nog geen griepepidemie in België. De afgelopen week werden er in de surveillance wel meer infecties gezien dan in de weken daarvoor. Dat zou de voorbode kunnen zijn van een griepepidemie die wat vroeger valt dan gewoonlijk. Voorlopig blijft het onvoorspelbaar wat de evolutie in de volgende weken zal zijn.

Specifiek voor deze bronchiolitisgolf in vergelijking met COVID-19 is dat niet elke ziekenhuis-campus een

afdeling pediatrie heeft en dat niet elke ziekenhuis-campus met een pediatrie afdeling een afdeling pediatrie intensieve zorg heeft. Voor deze en de vorige golf van RSV is het dus niet abnormaal dat er transportbewegingen zijn tussen verschillende campussen. Dat maakt eigenlijk deel uit van de routine tijdens deze golven. Men is dat misschien uit het oog verloren omdat we een periode achter de rug hebben zonder scherpe golven met RSV. In het verleden was het geheel normaal dat er bij een RSV-piek transporten waren tussen campussen.

Wat het beleid betreft, wil ik verwijzen naar wat de Risk Management Group op mijn uitdrukkelijke vraag heeft gezegd. Eigenlijk komt het erop neer dat er ten aanzien van covid, griep en RSV een aantal bijzonder belangrijke basisattitudes zijn. Indien men zich ziek voelt, dan moet men thuisblijven. Indien een kind zich ziek voelt, moet men het thuis laten. Indien men wat ouder of kwetsbaar is, dan hoeft men niet te aarzelen om een FFP2-masker te dragen in de tram, in de bus, in de trein of in de metro. Er is geen enkele reden om zich daarvoor te schamen. Ik denk dat we die cultuur moeten ontwikkelen. Indien men zelf ziek is of indien men vermoedt dat men ziek is en men toch absoluut de deur uit moet, dan zou men een masker moeten dragen in gesloten ruimtes, bijvoorbeeld op het openbaar vervoer. Ik denk dat we een cultuur van mondmaskerdracht nodig hebben, waarbij dit normaal wordt geacht en waarbij mensen daar individueel zelf over nadenken.

Ik heb ook aan de experts gevraagd of het moment is aangebroken om de mondmaskerverplichting in de ziekenhuizen af te schaffen. Ik weet namelijk dat verpleegkundigen dat intussen als zeer vervelend ervaren. De experts hebben mij gezegd dat het niet het goede moment is om de mondmaskerplicht in de ziekenhuizen af te schaffen. Ik weet dat die mondmaskers een bron van frustratie zijn voor veel verpleegkundigen en zorgkundigen.

Ten tweede is handhygiëne uitermate belangrijk, zeker bij RSV. Steven Van Gucht heeft iets herhaald wat niet in het advies van de RMG stond, maar wat wel een opmerking was in een advies dat we hebben gekregen van de het Strategic Scientific Committee, dat we onder leiding van mevrouw Vlieghe hebben geïnstalleerd. In dat advies stond dat indien men kleine kinderen heeft, men toch zou moeten opletten voor wat er gebeurt op kinderfeestjes, of dat men voorzichtig zou moeten zijn bij het doorgeven van baby's. Dat staat niet in het advies van de RMG. Ik heb dat daarom ook niet zelf herhaald. Het stond wel in een stukje tekst van het Strategic Scientific Committee. Steven Van Gucht heeft dat gezegd en ik meen dat daar niets mis mee is, want het gaat om algemene voorzichtigheid.

Laat mij ook zeggen dat nogmaals blijkt hoe belangrijk ventilatie en de kwaliteit van de binnenlucht is. Of het nu om griep, covid of RSV gaat, goede binnenlucht is absoluut essentieel. Ik zal niet terugkomen op dat debat. Nu het ontwerp werd goedgekeurd in de Kamer, wil ik daar echt structureel beleid rond beginnen voeren, zoals ik heb voorgesteld.

Met betrekking tot de ziekenhuizen, ik denk dat we opnieuw bijzonder dankbaar moeten zijn voor wat men in de ziekenhuizen doet in opeenvolgende periodes van drukte, in de verschillende sectoren, in de verschillende disciplines. Nu staat de pediatrie duidelijk zwaar onder druk. Dat is in andere jaren ook zo, maar ik denk dat dat na 2,5 jaar covidpandemie veel zwaarder weegt, precies om de redenen die gegeven zijn, namelijk de uitval van het personeel en het feit dat het personeel nog altijd moe is van wat het de voorbije 2,5 jaar heeft moeten meemaken.

Ik zal niet herhalen wat eerder is gezegd. Ik denk dat we ten gronde en structureel nieuwe paden moeten durven begaan, als we nadenken over de toekomstige organisatie van ons personeel in de zorgsector. We zetten intussen in op noodmaatregelen, naast andere maatregelen.

Mevrouw Merckx, we zullen jobstudenten natuurlijk niet aan het bed van een afdeling intensieve pediatrie zetten. We zullen jobstudenten geen taak laten opnemen die een verpleegkundige moet opnemen. Wel kunnen zij ondersteuning bieden. We horen vaak van verpleegkundigen en zorgkundigen dat ze zaken moeten doen die ook door andere mensen zouden kunnen gebeuren. Daar kunnen andere mensen inspringen. Dat gebeurt al in bepaalde ziekenhuizen. Sommige gepensioneerden willen wel terugkomen, voor een beperkt aantal uren. Ook studenten uit zorgopleidingen vinden dat interessant en willen dat doen. Ik heb zeer interessante reacties van vertegenwoordigers van studenten gekregen. Dat is natuurlijk geen structurele en duurzame oplossing. Wij beseffen dat en werken daaraan.

Samengevat, wat we nu zien met RSV is absoluut niet abnormaal. Het profiel van de epidemie is gewijzigd, maar het betreft geen uitzonderlijke epidemie, wat niet betekent dat we niet voor elk ziek kind zeer bezorgd

en zorgzaam moeten zijn. Dat wil ik echt onderstrepen.

Het transport tussen ziekenhuizen in de context van RSV is een vrij normaal gegeven. Dat wordt nu nog niet georganiseerd door het Hospital & Transport Surge Capacity Committee, maar dat volgt de zaken wel van zeer nabij op. Via onze peilinginstrumenten volgen we de epidemie natuurlijk ook zelf op.

Wij zien inderdaad op het eigenste moment ook opnieuw een stijging van covidbesmettingen en van patiënten met covid in ziekenhuizen. Dat hangt ongetwijfeld samen met het feit dat een nieuwe variant of nieuwe varianten aan dominantie winnen. Ik ben daarover vooralsnog niet zeer ongerust, in die zin dat we niet over noodmaatregelen of bijkomende maatregelen moeten beslissen. Ik denk dat we de situatie kunnen beheersen, onder meer ook doordat vele mensen gevaccineerd zijn. Zijn er overal voldoende mensen gevaccineerd? Dat hoort u mij niet zeggen. Het is niet voor niks dat we blijven herhalen dat mensen zich kunnen laten vaccineren bij onder andere apothekers en huisartsen. Men zou niet moeten aarzelen om zich te laten vaccineren.

Ten slotte kom ik op de vragen over de vaccins en de geneesmiddelen.

Une autorisation européenne de mise sur le marché a été délivrée récemment - plus précisément le 31 octobre - pour le Beyfortus. Le détenteur de cette autorisation n'a pas encore commercialisé le médicament en Belgique. Néanmoins, le médicament Synagis, également indiqué pour la prévention des infections respiratoires basses graves dues au virus respiratoire syncytial (VRS), est bien présent sur notre marché depuis de nombreuses années.

Op eigen initiatief zal de Hoge Gezondheidsraad een advies geven. Enerzijds wordt er gewerkt aan een advies met betrekking tot het gebruik van het vaccin dat goedgekeurd is voor kinderen. Anderzijds wordt er gewerkt aan een advies voor het gebruik van het vaccin voor volwassenen. Ik wacht op dat advies.

**01.10 Kathleen Depoorter (N-VA):** Het is inderdaad belangrijk dat we een advies krijgen rond de vaccins, zeker voor de kinderen. De hospitalisatieverhouding ligt immers altijd hoog bij een RSV-epidemie. Het zou dus toch wel belangrijk zijn dat we op dat vlak kunnen ingrijpen. Het beleid rond onder andere thuisblijven en hygiëne moet inderdaad voortgezet worden. We volgen dat zeker verder op.

**01.11 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse complète. Concernant les pénuries de personnel, vous avez évoqué des mesures valables à très court terme. Vous avez aussi parlé du chantier de la réaffectation, la délégation des actes du personnel de santé. Je pense qu'on pourrait aller beaucoup plus loin si on travaillait en parallèle sur plusieurs chantiers en même temps, sur plusieurs pièces du puzzle, comme vous l'avez dit. On pourrait ainsi obtenir des résultats à moyen terme. Il serait vraiment nécessaire d'aller beaucoup plus loin qu'uniquement la réallocation des tâches et de la nomenclature. Même si cela fait partie du chantier, il faut aller beaucoup plus loin aussi sur d'autres préoccupations du personnel infirmier.

**01.12 Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour avoir répondu à mes questions mais également à celles de mes collègues. Vous avez quelque peu tempéré les propos que j'avais pu lire du membre de l'Académie belge de pédiatrie. Vous avez remis un peu les choses dans leur contexte.

Pour le surplus, comme je vous l'ai dit, je vous ai lu attentivement hier dans la presse. Effectivement, les réflexes, comme celui de remettre le masque dans les transports en commun, me semblent aller dans le bon sens. C'est très certainement un réflexe qu'on doit pouvoir remettre en place sans trop de difficultés. Cela nous évitera bien des misères dans les semaines et mois à venir.

**01.13 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Si je vous ai bien écouté, d'un côté, on voit que l'épidémie est moins grave qu'en 2018 ou 2019 et, de l'autre, on voit que les hôpitaux tirent la sonnette d'alarme. Je pense que nos soins de santé font face à un problème très sérieux au vu de la crise qu'ils vivent. Il y a la crise du covid, le nombre d'absents, une diminution générale du nombre de lits dans les hôpitaux et certaines fermetures de sites de pédiatrie dans notre pays. C'est un appel à des solutions structurelles, monsieur le ministre, car nous devons quand même pouvoir faire face à une épidémie "normale".

Je voulais aussi insister sur la mise en place d'éventuels vaccins pour le RSV s'ils sont prometteurs. Je pense que c'est une piste intéressante.

Je ne vous ai pas beaucoup entendu en parler, mais je reviens à l'épidémie de grippe qui pourrait arriver. Où en sommes-nous dans le plan de prévention de cette épidémie? Je ne peux qu'appuyer ce fait: il est tellement ridicule que la vaccination contre la grippe et contre le covid n'aient pas été faites de manière concomitante sur l'ensemble du pays. Voilà quelque chose qu'on aurait pu prévenir.

J'apprends aussi que l'avis formulé par M. Van Gucht de ne pas rendre visite aux bébés était plutôt un avis prôné par le Strategic Scientific Committee, mais pas par le RMG. À ce sujet, j'aurais bien voulu connaître le pourquoi de cette différence. Cet avis s'est quand même retrouvé dans les médias. Son appréciation est laissée au goût de chacun. La personne prudente va l'appliquer, l'autre non. En tout cas, je crois qu'il y a là un souci de communication concernant ce qui est vraiment nécessaire pour protéger éventuellement les bébés.

**01.14 Daniel Bacquelaîne (MR):** Monsieur le ministre, merci pour vos réponses. Sur le plan de la sensibilisation, il faut vraiment poursuivre en élargissant un peu le spectre. En fait, ce n'est pas seulement le virus du covid, c'est l'ensemble des virus respiratoires et l'ensemble de ceux qui touchent certaines catégories, avec des transmissions qui se font par les adultes, notamment dans le cas du VRS, où très clairement ce sont les adultes qui sont porteurs. Je pense qu'une sensibilisation est vraiment nécessaire quant aux mesures de protection telles que masques, hygiène des mains et ventilation. Ces mesures doivent être étendues au-delà du covid lui-même. Je pense que c'est vraiment le message qui doit maintenant percoler, pour l'ensemble des infections respiratoires.

Par rapport à l'ampleur de l'épidémie, je pense qu'il y a une concentration des cas dans certaines communes ou dans certaines régions, ce qui est effectivement un peu inédit. Même si le nombre global n'est pas plus important, il y a eu une concentration à un certain moment dans un certain nombre d'hôpitaux, qui est quand même particulière. Cela prouve, si l'épidémie n'est pas plus importante aujourd'hui qu'elle ne l'était dans les années antérieures – hormis le covid – que nous sommes vraiment face à un problème structurel des services de pédiatrie hospitalière, c'est-à-dire une pénurie de personnel soignant. En l'occurrence, je pense qu'il faut vraiment préparer une réaction structurelle primordiale à cet égard, et cela vaut également pour d'autres services hospitaliers, qui sont aujourd'hui confrontés à l'épuisement. Il y a là manifestement un signal que nous devons prendre en considération.

**01.15 Catherine Fonck (Les Engagés):** Monsieur le ministre, d'abord et avant tout, la plus grande vigilance s'impose, car personne ne sait comment vont évoluer les choses dans les semaines à venir pour ce qui concerne les infections des voies respiratoires supérieures chez les petits. Il faut effectivement tout faire pour diminuer la circulation des différents virus en général: imposer le port du masque dans les transports en commun – et j'élargirais même cette obligation aux lieux à risque et aux contacts entre une personne malade et un enfant – mais aussi veiller aux gestes barrières tels que le lavage des mains.

Deuxièmement, il est vrai que, chaque hiver, les taux d'occupation en pédiatrie sont extrêmement élevés. Je crois que vous ne devez pas sous-estimer la pression sur les services, pression qui s'est intensifiée en raison du covid-19, bien sûr, mais aussi de la pénurie d'infirmiers et de la fermeture de lits d'hôpitaux. À cet égard, je voudrais profiter de cette occasion pour insister, encore et toujours, sur l'attractivité du métier d'infirmier.

Sachez, monsieur le ministre, que les infirmiers en pédiatrie ne pourront jamais être remplacés par d'autres infirmiers. L'enfant n'est pas un adulte miniature. Les infirmiers spécialisés en pédiatrie ne sont aujourd'hui ni reconnus, ni valorisés. C'est la même chose pour l'oncologie, c'est la même chose pour la dialyse et je pourrais vous en citer d'autres. Il y a véritablement un appel à l'aide de leur part que vous devez prendre en considération. Une fois de plus, je plaide pour que votre position à ce sujet évolue radicalement.

Enfin, j'aimerais attirer votre attention sur le nombre de lits en pédiatrie. Nous observons parfois une volonté politique de réduire le nombre de lits sous prétexte que le taux d'occupation annuel moyen est faible. Mais cette volonté nous fait oublier que pendant les pics saisonniers, nous avons besoin de tous les lits – voire davantage – et de pédiatrie et de néonatalogie. Dès lors, se précipiter sur une politique qui aboutirait à une réduction du nombre de lits en pédiatrie reviendrait à prendre des risques majeurs pour demain et après-demain et nous mettrait dans l'incapacité de gérer des pics saisonniers, notamment en cas d'infections respiratoires supérieures chez les tout-petits.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**02** Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins psychologiques" (55031445C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'état d'avancement du déploiement des réseaux de soins de santé" (55032304C)

**02** Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De psychologische zorg" (55031445C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De status van de uitrol van de gezondheidszorgnetwerken" (55032304C)

**02.01** Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, l'enjeu est de pouvoir offrir une aide psychologique et financièrement abordable à toute personne qui en a besoin.

Ma question a été déposée depuis un certain temps. Depuis lors, vous êtes intervenu à plusieurs reprises, notamment à l'occasion de la discussion de la note de politique générale. Si vous me le permettez, je vais donc modifier quelque peu ma question.

Pour ce qui concerne les conventions entre l'INAMI et les différents réseaux, il est frappant de constater qu'il y a une forme de sous-utilisation du budget. Je voudrais donc que vous m'expliquiez quelles sont les raisons de cette sous-utilisation. Avez-vous des éléments à apporter en la matière? Existe-t-il des différences géographiques? Y a-t-il des différences entre les réseaux? Quelles sont les spécificités desdits réseaux en termes d'organisation? Un autre élément explique-t-il cette situation? A-t-on pu constater une évolution positive en matière d'accessibilité aux soins? Disposez-vous de données objectives quant aux délais d'attente des patients?

**02.02** Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, cruciaal voor het succes van de netwerken geestelijke gezondheidszorg, waarvoor u met gesloten enveloppen werkt en er overeenkomsten met het RIZIV worden gesloten, is het aantal zorgverstrekkers, in het bijzonder de psychologen en orthopedagogen die willen toetreden tot de conventie. Ik hoor dat een bepaalde drempel nog altijd niet gehaald zou zijn; u zult dat kunnen duiden. Er is dus minder dan een kwart van het budget besteed, wordt ons gezegd. Of is er een probleem met de uitbetaling? Ook daar kreeg ik graag duiding over.

Kunt u de jongste cijfers geven van het aantal zorgverstrekkers dat zich geregistreerd heeft voor de conventie? Wat zijn de provinciale verschillen? Bij welke topdriernetwerken vinden we de minste inschrijvingen terug? Wat zou daar de oorzaak van kunnen zijn?

Ik had ook graag het recentste cijfer gekregen inzake het aantal patiënten dat gebruikmaakt van de netwerken. Gaat het vooral om ouderen of jongeren? Graag een opdeling daarvan.

Wat zijn de redenen waarom de uitbetaling zo lang op zich laat wachten? Ontvangt u klachten van de orthopedagogen of de psychologen hieromtrent? Hoe plant u om de betaaltermijnen korter te maken? Wat is de stand van het bestede budget?

**02.03** Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil een relatief gedetailleerd antwoord geven, als u mij dat niet kwalijk neemt. Eventueel kan ik de tabellen met alle informatie aan het secretariaat bezorgen. Het zijn belangrijke vragen en we moeten inderdaad samen rustig nadenken over wat er gebeurt en welke stappen nog dienen te worden gezet.

Ik denk dat we het over het uitgangspunt eens zijn: de covidpandemie heeft het belang van geestelijke gezondheidszorg echt wel op scherp gezet voor onze kinderen, voor onze jongeren, voor volwassenen, alsook voor onze ouderen, die te maken kregen met erge eenzaamheid. De covidcrisis werkte als een versneller voor de evolutie waarbij bekende, maar ook minder bekende, stemmen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië over hun mentale problemen zijn beginnen te spreken. Het is een goede zaak dat mensen durven te spreken over hun mentale problemen. Wij hebben ingezet op een beleid waarbij we psychologische ondersteuning niet alleen laagdrempelig wilden maken, exploratief, maar ze ook echt wilden brengen bij de

mensen in vindplaatsen als huisartspraktijken, jongerenadviescentra en scholen. Zo'n cultuuromslag vraagt veel overleg en tijd. Ik zeg dat niet als excuus, maar we moeten wel eens nadenken waarom dat zoveel tijd vraagt.

In de cijfers zit zeker een positieve evolutie, mevrouw Depoorter, er is een positieve dynamiek. Maar er is nog zeer veel werk aan de winkel.

Hoe verzamelen we die cijfers? Elke vijfde dag van de maand worden de cijfers van de voorbije maand verzameld in de toepassing van de vzw I.M., dat staat voor intermutualitisch. Dan worden ook de prestaties uitbetaald aan de netwerken geestelijke gezondheidszorg. Ik heb eerlijk gezegd, mevrouw Depoorter, geen weet van vertragingen in de uitbetaling, of moeilijkheden voor de psychologen bij het gebruik van die informaticatoepassing. Bij het afsluiten van de facturatie kan het wel gebeuren dat de informaticatoepassing even niet beschikbaar is, maar dat blijft beperkt tot enkele uren. Ik moet dat wel nog verder navragen bij de vzw I.M., om misschien dingen te horen die ik tot nu niet gehoord heb.

De maandelijks beschikbare data worden vervolgens aan het RIZIV bezorgd, dat dan een analyse maakt. Ik kan u dus alleen de data geven per einde oktober, niet per einde november. In die cijfers zien we een continue maandelijkse groei van het aantal geconventioneerde psychologen, en ook van het aantal uren waarvoor ze zich conventioneren. Zo komen we vandaag uit bij 2.747 klinisch psychologen en orthopedagogen; samen zijn zij geconventioneerd voor een totaalaanbod van 27.267 uren per week.

Hoewel de uitrol er trager is en het aanbod voor kinderen en jongeren moeilijker tot stand komt, gaat bijna 30 % van het totale aanbod uren per week naar kinderen en jongeren. Ik geef u ook de cijfers voor de verschillende regio's. Voor kinderen voor heel België gaat het om 8.004 uren en voor volwassenen 19.263. In Brussel gaat het om 3.809 beschikbare uren voor kinderen en volwassenen samen. In Wallonië gaat het om 9.355 beschikbare uren voor volwassenen en kinderen samen. In Vlaanderen gaat het om 14.103 uren in totaal, telkens beschikbaar per week. Ik zal u hierover nog meer details op papier bezorgen.

Hoeveel mensen worden er bereikt in termen van inclusie? In april konden 32.093 patiënten de voordelen genieten van de conventie via hun zorgverstrekker; eind oktober waren dat er 92.554. De inclusie is dus een succes, vind ik. We bereiken een groot aantal mensen. Dat wil echter niet zeggen dat de capaciteit helemaal wordt ingevuld.

Madame Fonck, on a ajouté à un budget existant de 39,3 millions d'euros un budget de 112,5 millions d'euros, ce qui représente un investissement de 15 millions d'euros au total par an. Le budget est multiplié par quatre, dont un tiers est investi spécifiquement pour les enfants et adolescents.

Dans cette somme, il faut distinguer un budget fédéral de 15 millions d'euros sur base annuelle pour la formation et la communication, un budget de 12,566 millions d'euros par an pour les frais administratifs et le financement du coordinateur local. Il reste un budget sur base annuelle de 124,5 millions d'euros pour les soins. Cela fait 10,369 millions par mois. Ce budget est réparti entre soins pour enfants et soins pour adultes.

En ce qui concerne les budgets disponibles par Région, pour un total de 10 369 472 euros, il y a 5 962 972 euros pour la Flandre, 2 997 261 euros pour la Wallonie et 1 409 239 euros pour Bruxelles. Voici ce qui est disponible.

Qu'est-ce qui est réellement facturé? Le budget mensuel est sous-utilisé partout en Belgique. Le budget utilisé pour les enfants est moins élevé en termes de pourcentage du budget disponible pour les adultes. Durant le mois d'octobre, en moyenne, 63 % du budget disponible pour les soins pour les adultes a été utilisé. Pour les enfants, c'est en moyenne 36 %.

Mevrouw Depoorter, het is meer dan die 45 %, maar niet zo veel boven 50 %. Indien ik het totaal opdeel en dat afzet tegen het totale beschikbare budget, werd op basis van de reële facturatie 36 % van het budget voor kinderen gebruikt en 63 % van het budget voor volwassenen. Indien ik echter een opdeling maak tussen het budget voor de kinderen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Wallonië en Vlaanderen, blijkt aan de hand van de cijfers van oktober op basis van de facturaties dat 43 % van het beschikbare budget voor kinderen in Vlaanderen effectief werd gebruikt. In Wallonië werd 35 % van het beschikbare budget voor kinderen gebruikt en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest slechts 13 %. Wat de volwassenen betreft tonen de cijfers van oktober aan dat in Vlaanderen 62 % van het beschikbare budget effectief werd gebruikt. In

Wallonië werd 68 % van het beschikbare budget gebruikt en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 54 %.

Om precies te kunnen antwoorden op de vraag van mevrouw Depoorter hoeveel zorgverstrekkers geconventioneerd zijn en of een onvoldoende aantal geconventioneerden de oorzaak van het probleem is, zal ik het even wat ingewikkelder maken en een tussenstap nemen in de presentatie.

Lorsque nous tenons compte du nombre d'heures de soins disponibles, on peut en effet calculer un budget théorique disponible pour facturer. Vous calculez le nombre de psychologues et d'orthopédagogues conventionnés, le nombre d'heures pour lesquelles ils ou elles sont conventionnés. Vous avez cette offre disponible. Vous pouvez traduire cela en un budget théorique disponible, et puis voir dans quelle mesure ce budget théorique disponible a été utilisé.

C'est un élément important: on constate en effet qu'il y a des retards dans la facturation, mais aussi que les heures conventionnées ne sont pas toutes utilisées par les psychologues, orthopédagogues cliniciens pour facturer des prestations. Cela signifie que l'offre de soins existe réellement, mais n'est pas utilisée pour des prestations dans le cadre de la convention de l'INAMI.

Là, je repars avec mes chiffres. Si nous prenons le budget qui est disponible, nous calculons alors le budget qui est théoriquement disponible pour facturation, sur la base du nombre de prestataires qui sont conventionnés. Faisons le rapport entre ce budget théoriquement disponible pour facturer et le budget total disponible. Le paramètre essentiel, c'est le nombre de conventions et le nombre d'heures dans les conventions.

Pour les enfants, ce rapport, pour la Belgique, est de 60 %. Pour 60 % du budget disponible, il y a déjà des psychologues cliniciens, des orthopédagogues cliniciens qui sont conventionnés et qui pourraient facturer. Le ratio, là, est de 60 %. Pour les adultes, le ratio est de 74 %.

Au niveau des Régions, le budget théorique de facturation disponible pour les enfants, en rapport avec le budget disponible est, pour les enfants, 52 % en Flandre, 74 % en Wallonie, 60 % à Bruxelles. Pour les adultes, ce ratio est de 67 % en Flandre, 87 % en Wallonie, 79 % à Bruxelles.

C'est un peu compliqué. Je m'en excuse. Mais pour les enfants, comme je l'ai dit tout à l'heure, la facturation réelle s'élève, pour la Belgique, à 36 % du budget disponible. La facturation qui pourrait être théoriquement réalisée, vu la disponibilité de psychologues cliniciens, orthopédagogues qui sont conventionnés, est de 60 % du budget disponible. On pourrait dire qu'au niveau belge, quand on observe ce qui est réellement facturé, on dépasse d'un peu la moitié de ce qui est disponible en termes de psychologues cliniciens conventionnés.

Madame Depoorter et Madame Fonck, je crois qu'il y a en fait deux décalages:

- un budget est disponible - il n'est pas épuisé - et le nombre de conventionnés diminue;
- quand on compare ce qui est effectivement facturé avec le nombre de spécialistes disponibles, il y a de nouveau un décalage.

C'est assez interpellant et il n'est pas facile de décoder ou de comprendre ce qu'il se passe. J'ai un tableau qui reprend le tout, mais je ne vais pas lire tous ces chiffres; je vais vous le remettre.

Mevrouw Depoorter, u vraagt om een rangschikking van de conventiegraad per netwerk en om de drie slechtste of drie beste. Dan mag men geen absolute cijfers vergelijken, want die netwerken zijn verschillend in omvang. Ik moet dan eigenlijk de vergelijking maken op basis van het theoretisch beschikbare budget voor geconventioneerden dat zou kunnen gefactureerd worden als ze allemaal voor 100 % die prestaties leveren en factureren. Ik moet dus per netwerk het theoretisch beschikbare budget vergelijken met het totale maandelijks zorgbudget. Ik heb dat hier voor oktober. Ik zal die zeer gedetailleerde cijfers ook geven. Ik hoop dat u dat goed vindt, dat kan het debat alleen maar helpen. Wij zien daar inderdaad nogal grote verschillen tussen de netwerken.

Ik wil hier geen goedkope kritiek geven; ik zal dadelijk ook een zeer belangrijke nuance geven. Mevrouw Depoorter, ik wil echter uw vraag beantwoorden hoe het zit met de conventiegraad per netwerk. Ik werk dan met een percentage, waarbij ik het aantal geconventioneerden en de uren die ze ter beschikking stellen omzet in theoretisch beschikbare euro's, en vergelijk dat met het beschikbare zorgbudget.

Twee netwerken hebben daar een percentage onder de 50 %, namelijk YUNECO en PANGG. Dat zijn de netwerken voor kinderen en jongeren in respectievelijk Vlaams-Brabant en Antwerpen. Zes netwerken zitten tussen 50 en 60 %. Dat zijn indicatoren van succes met de conventieoperatie. Het eerste hier is het netwerk SaRA, het netwerk voor volwassenen in Antwerpen. Zes netwerken zitten tussen 60 en 70 %, acht netwerken tussen 70 en 80 %, vier netwerken tussen 80 en 90 % en vijf netwerken boven de 90 %. Opgelet, dat is een vergelijking tussen hoeveel men heeft geconventioneerd, omgezet in beschikbare euro's en vergeleken met het zorgbudget. Er is echter ook een redelijk belangrijk verschil tussen de netwerken in de volgende stap, namelijk wat er feitelijk wordt gefactureerd van wat theoretisch beschikbaar is. Ik heb u daarnet het cijfer van Brussel gegeven voor de netwerken kinderen en jongeren. De facturatie is erg laag in vergelijking met wat eigenlijk al beschikbaar is.

Wij mogen dus niet te snel een steen werpen naar bijvoorbeeld YUNECO en PANGG of stellen dat wie boven de 90 % zit fantastisch is. Wij moeten immers ook rekening houden met iets wat ik hier niet geef, namelijk de feitelijke facturatie per netwerk. Ik doe dat enkel omdat ik op uw vraag wil antwoorden.

Ik ben met de netwerken daarover ook in dialoog. Ik wil immers ook de reden weten. Ik vraag ook aan de netwerken om actie te ondernemen en, waar de conventiegraad nog relatief laag is, extra inspanningen te leveren. Ik vraag dat echter ook aan netwerken die wel geconventioneerden hebben, maar die slechts in beperkte mate presteren. Zij kunnen wel presteren, maar doen het nog niet. Ik vraag ook aan die netwerken de reden daarvoor.

U had ook een vraag over het leeftijdsprofiel. Ik heb daarover een gedetailleerde tabel, die ik zal meegeven via het secretariaat.

Het komt erop neer dat een vijfde van de inclusies, zijnde het totaalcijfer dat nu boven de 90.000 ligt, in de leeftijdscategorie tot 19 jaar zit, dus kinderen en jongeren. Driekwart, of bijna 76 %, zit in de leeftijdscategorie 20 tot 65 jaar. Vanaf 65 jaar is dat maar 4 %. De groep ouderen wordt maar marginaal bereikt, wat misschien ook een aandachtspunt zou moeten, zijn naast het aandachtspunt dat er voldoende op jongeren moet worden gemikt.

J'en arrive à la question de Mme Fonck relative aux investissements dans les soins de santé mentale, y compris dans la pédopsychiatrie et la psychiatrie en général.

Premièrement, il y a l'effort de déploiement en première ligne que je viens de décrire. Deuxièmement, nous avons lancé des appels à projets pour un investissement supplémentaire d'un montant total de presque 55,5 millions d'euros pour la psychiatrie. Dans ce montant, 40 millions d'euros seront affectés aux enfants et aux adolescents, et ce jusqu'à 23 ans. Ces 40 millions d'euros seront libérés par phase en 2022 et en 2023. La résorption du sous-financement des frais de fonctionnement comme la nourriture (B1 dans le financement des hôpitaux), des projets pour les enfants qui ont commis un délit ou projets For-K sont entrés en vigueur 2022. Les réseaux ont décidé, dans la limite des budgets supplémentaires prévus, de poursuivre le renforcement structurel des équipes de liaison pour les enfants et les adolescents dans les services non psychiatriques des hôpitaux – une équipe de liaison représente 2,7 équivalents temps plein – ou d'utiliser le budget pour de nouvelles initiatives. À partir de 2023 l'offre ambulatoire et l'offre hospitalière seront renforcées en tenant compte de la répartition provinciale historiquement inégale, avec une attention spécifique pour les groupes cibles (troubles alimentaires, handicap mental, âges de transition).

J'ai ici un tableau reprenant les budgets, les emplois à temps plein, etc., que je vais vous remettre. Il s'agit d'un tableau reprenant les affectations de ces 40 millions pour la pédopsychiatrie, mais aussi pour les âges de transition, ce jusqu'à 23 ans. Avec 15,5 millions d'euros, nous avons également lancé un appel pour renforcer l'offre pour les adultes en investissant notamment dans l'amélioration de la prise en charge de crise dans les hôpitaux. L'objectif est que cette prise en charge puisse être offerte de manière plus efficace et plus humaine notamment comme alternative à l'isolement. J'ai ici une note reprenant les détails de cet effort.

Troisièmement, outre les investissements structurels et durables dans la première ligne que j'ai mentionnés, il y a eu des investissements nécessaires et urgents suite à la crise covid. Par exemple, au début de cette législature, notre première préoccupation a été d'intervenir le plus rapidement possible pour soutenir les jeunes. Pour ce faire, nous avons utilisé la marge qui était encore disponible à l'époque pour renforcer structurellement les équipes mobiles de crise pour enfants et adolescents.

Nous avons débloqué un budget de 5,5 millions d'euros, ce qui s'est traduit sur le terrain par 48 équivalents

temps plein supplémentaires (psychologues, infirmiers psychiatriques, orthopédagogues) et 2,63 équivalents temps plein psychiatres de réseau. Je vous communiquerai les détails.

Par ailleurs, nous avons également investi 15,9 millions d'euros dans 54 services pédopsychiatriques sur le terrain, ce qui s'est traduit par 207 équivalents temps plein (psychologues, infirmiers psychiatriques, orthopédagogues) afin de réduire les temps d'attente et d'accélérer les sorties d'hôpital.

J'ai lancé une métrique pour les temps d'attente, madame Fonck. Je ne vais pas donner les chiffres maintenant. D'abord, cela prendrait trop de temps. Ensuite, il convient de stabiliser les chiffres afin de pouvoir faire une comparaison dans le temps.

Enfin, 20,7 millions d'euros ont été investis dans l'expansion des équipes mobiles pour personnes âgées, ce qui a donné lieu à 235 équivalents temps plein supplémentaires. Des équipes mobiles pour personnes âgées, c'était totalement nouveau. C'est maintenant une réalité sur le terrain.

Ik moet met de netwerken in gesprek gaan over een verdere uitrol. Op het niveau van de huisartsengeneeskunde, in Vlaanderen bijvoorbeeld de eerstelijnszones, is het absoluut noodzakelijk om de dialoog tussen de eerstelijnszones en onze netwerken geestelijke gezondheidszorg sterker te maken, om het aanbod daar voor de huisartsen ook reëel te laten doordringen in de huisartsenpraktijken. Dat mankeert bijvoorbeeld nog. Ik zal daar overigens ook over spreken met mevrouw Crevits in Vlaanderen. Dat moet sterker op de agenda van de eerstelijnszones komen.

**02.04 Catherine Fonck** (Les Engagés): Madame la présidente, partons-nous sur trois minutes? Je promets d'être brève. C'est vrai que nous avons eu de longues explications.

Franchement, monsieur le ministre, merci beaucoup pour ces chiffres, mais ils mériteraient évidemment autre chose qu'une réplique en deux minutes. Je pense qu'il y a énormément de choses à en tirer. Comme je n'ai pas beaucoup de temps, contrairement à vous, je vais quand même poser la question centrale. Aujourd'hui, l'accessibilité aux soins de santé mentale est-elle garantie ou pas? Je pense en fait que non. Je fais deux constats. Sur la base de vos chiffres, nous avons environ 27 000 patients qui sont vus en consultation de psychologie une heure par semaine, sur 11 millions de Belges. C'est évidemment bien en deçà des besoins; rappelons que six personnes en moyenne se suicident par jour en Belgique. Je pense que cela démontre que l'accessibilité des soins en santé mentale n'est absolument pas garantie.

Deuxièmement, il y a cette sous-utilisation budgétaire. Soit, parce que le budget théorique a été surévalué, mais je ne le pense pas. Soit, parce qu'on a un problème d'insuffisance de prise en charge et d'accessibilité. C'est ce qui se passe en cas de sous-utilisation. Et il y a sous-utilisation des soins. Monsieur le ministre, que ce soit en santé mentale ou dans les autres domaines de la santé, c'est extrêmement inquiétant et cela l'est d'autant plus lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents dont on ne connaît pas le cadre et dont on ne sait s'ils peuvent s'adresser à un autre adulte de référence.

Cette sous-utilisation de soins très inquiétante peut témoigner de deux choses. Soit ces enfants, adolescents et adultes n'ont pas su trouver leur chemin vers une aide appropriée, soit le nombre de psychologues pouvant les accueillir et les prendre en charge n'est pas suffisant parmi les conventionnés ou parmi ceux qui consacrent une partie de leur temps à pratiquer sous cette convention.

Au demeurant, je constate que les délais d'attente sont beaucoup trop longs pour obtenir de l'aide – et encore plus, chez les enfants et les adolescents. Plusieurs mesures sont donc nécessaires. J'en vois de plusieurs ordres. Il s'agit d'abord des les accompagner pour qu'ils trouvent leur chemin. Vous avez parlé du rôle des médecins généralistes à cet égard et je suis d'accord avec vous. Toutefois, cela ne s'arrête pas là. Lorsque le monde de l'enseignement envoie des signaux, il convient d'élaborer une articulation et une dynamique, au lieu de renvoyer la responsabilité aux autres. Vous ne l'avez pas dit de la sorte, mais cet enjeu est crucial.

De même, les médecins du travail doivent soutenir les adultes. En effet, c'est souvent sur le lieu de travail que l'on peut recueillir des indices relatifs à des personnes en grande détresse, qui pourraient même développer des idées suicidaires.

S'agissant de la capacité de prise en charge des jeunes par la convention, il est judicieux d'avoir travaillé réseau par réseau. Vous dites leur avoir demandé d'augmenter le taux de conventionnement et de prester

les heures. C'est bien, mais cela ne suffit manifestement pas. Votre job consiste aussi à essayer de trouver les raisons propres à chaque réseau, dans la mesure où les différences sont loin d'être négligeables, puis à élaborer un cadre - si besoin, financier - de coopération et de confiance, susceptible d'offrir une garantie d'accessibilité. Ce n'est pas le cas pour le moment et c'est problématique.

Enfin, et j'en terminerai par là - c'est promis - certains indicateurs ne sont pas suivis. C'est pourquoi je vous demandais quel était le délai d'attente, à combien s'élevait le taux de réponses positives, combien de temps il fallait attendre avant une réelle prise en charge en cas de demande. Monsieur le ministre, compte tenu de la situation, ces indicateurs doivent pouvoir être déterminés et suivis réseau par réseau. De la sorte, vous pourrez prendre connaissance des urgences extrêmes. Résoudre ce problème d'accessibilité va aussi permettre d'éviter des situations catastrophiques de décrochage sur le plan familial, scolaire, sociétal, voire des tentatives de suicide. En effet, la Belgique détient malheureusement en ce domaine un triste record dans l'Union européenne.

**La présidente:** Merci, madame Fonck. Il est vrai que le sujet méritait que l'on s'y attarde.

**02.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoorden. Als wij rekening houden met het feit dat één Belg op de vier psychologische problemen heeft of daarmee kan kampen en dat 75 % van de ernstige psychologische of psychiatrische aandoeningen starten voor de leeftijd van 27 jaar, dan vind ik het bijzonder jammer dat u niet geslaagd bent in uw opzet.

U hebt op 11 juli 2021 aangekondigd dat u dit probleem echt zou gaan aanpakken. Uw doelstelling was 3.000 psychologen in de conventie te krijgen. Dat is gepubliceerd, mijnheer de minister. U haalde er nu 2.200, dus u hebt uw doelstelling niet gehaald. Dat was een pilootproject dat tot 2023 zou lopen. Het is bijna 2023. Ik stel vast dat u er niet in geslaagd bent om voldoende van de toch meer dan 10.000 psychologen en klinisch orthopedagogen mee te krijgen in uw verhaal, dat nochtans zeker waardevol is voor hen, voor de maatschappij, voor de patiënten en voor iedereen.

Ergens is er dus iets in de opbouw wat niet klopt. Daarvoor heb ik trouwens al een paar keer gewaarschuwd. Er is toch echt ergens een tekortkoming, mijnheer de minister. De wachttijden zijn te lang en u hebt een onderbenutting van het budget. Dat zou te maken kunnen hebben met het feit dat u maar tien sessies wilt terugbetalen en dat die voor toch vrij strikte toepassingen zijn. Dat is namelijk wat ik hoor van de psychologen in het veld, dat men soms, door aan te sluiten bij het netwerk voor geestelijke gezondheidszorg, beperkt wordt, en daardoor patiënten niet kan helpen volgens de conventie.

Misschien is het de moeite waard om dat te onderzoeken. U schudt hier ontkennend het hoofd, mijnheer de minister, maar wij zien de cijfers van oktober. Dat zijn al veel betere cijfers dan die van januari, februari of maart, want toen scoorde u nog veel slechter. U hebt dus de beste cijfers gegeven, maar toch is in oktober slechts 36 % van het beschikbare budget gebruikt voor die kinderen. Dat is verdorie een op de drie. Juist in die categorie, bij kinderen, kan het werk van een psycholoog ontzettend belangrijk zijn en ook op lange termijn heel veel invloed hebben op de gezondheidsontwikkeling. In plaats van koppig ontkennend het hoofd te schudden, zou ik toch met die psychologen aan tafel gaan zitten om te bekijken hoe dat beter kan worden uitgevoerd, hoe er meer patiënten bereikt kunnen worden.

Al heel vaak hebben we gesproken over bijvoorbeeld patiënten met een eetstoornis, waarover psychologen mij zeggen dat tien sessies niet volstaan, waardoor die patiënten niet kunnen worden ingeschaald in de conventie. Dan komen we met wachttijden, met ouders die hopeloos zijn, maar u hebt overschot op een budget voor zorg die toegankelijk zou moeten zijn voor die patiënten. Het is dus absoluut jammer dat die goede bedoeling niet geslaagd is.

Wel hebt u het taboe doorbroken, er wordt ondertussen al over gepraat. Nu moet ook nog de actie komen. De plannen die door de regering worden gesmeed, moeten toepasbaar zijn in het veld en toegankelijk zijn voor de patiënten. Dan kunnen we vooruit. Zo kunnen we op lange termijn de hele sector van de geestelijke gezondheidszorg, van het prille begin tot in de tweede en derde lijn, echt aanpakken en onze patiënten ook echt vooruithelpen.

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

**De voorzitter:** Vraag nr. 55031488C van mevrouw Van Hoof wordt uitgesteld.

**03 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onbruikbare tubes in het kader van de covidtesting" (55031660C)**

**03 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les tubes inutilisables dans le cadre de la détection du covid" (55031660C)**

**03.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik wil graag een vraag stellen die het vervolg is op een schriftelijke vraag die ik heb ingediend over onbruikbare tubes. Het gaat over de tubes van FertiPro, Greiner en Diagenode.

Hoeveel van de tubes waren niet-buikbaar verklaard, weggegooid of vervallen? Hoeveel tubes zitten er nog in de strategische stock? Hoeveel procent van de totale tubestock afkomstig van deze firma's was dat?

Hebben uw diensten kunnen nagaan welke de oorzaken waren van de niet-buikbaarheid van de stock afkomstig van de fabrikanten?

Wat was de uiteindelijke totale waarde van de niet bruikbare en weggegooid tubes afkomstig van de producenten?

Ik verklaar mij nader, mijnheer de minister. Ik heb u een schriftelijke vraag gesteld over het aantal tubes dat werd aangekocht in 2019, 2020, 2021 en 2022. U antwoordde daarop dat er in 2021 voor 1,9 miljoen euro Sampling Kits van het type CE-IVD van Greiner zijn aangekocht, namelijk 2,2 miljoen stuks. In de mededeling die u aan de regering hebt gegeven in april en de publicatie hierover in *Medi-Sfeer*, zie ik echter dat in het eerste trimester van 2020 1,3 miljoen vervallen virusstabilisator tubes van Greiner werden vastgesteld en dat in het vierde trimester van 2020 3,7 miljoen vervallen Sampling Kits werden vastgesteld. In welke nota spreekt u dan de waarheid? Wat is correct?

Wat betreft de tubes van Diagenode antwoordt u dat er 842.400 zijn gekocht in 2020 en 3.144.600 in 2021, maar in de mededeling die u hebt laten publiceren, staat dat er 850.000 tubes van Diagenode vervallen waren en vernietigd moesten worden. Waarom zijn de 3,1 miljoen tubes van Diagenode niet meegenomen? Zijn die toch verdeeld? Moeten zij niet worden vernietigd? U hebt immers zelf gezegd dat de kwaliteit van die tubes niet toereikend was.

**03.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, ik zal u eerst de gegevens geven over FertiPro. U vraagt hoeveel van de tubes niet bruikbaar waren, weggegooid werden of vervallen waren en hoeveel procent er nog in de strategische stock zit.

Bijna 47.500 tubes van FertiPro werden niet-buikbaar verklaard. Dat komt neer op ongeveer 1,19 % van de totale hoeveelheid afkomstig van de firma. Van deze 47.500 tubes waren bijna 41.200 tubes van voldoende kwaliteit over datum. Bijna 6.300 tubes waren van onvoldoende kwaliteit, waarvan er 400 vervallen waren. Er werden geen tubes weggegooid. Er zijn momenteel meer dan 1.200.000 bruikbare FertiPro-tubes over, wat ongeveer 30 % vertegenwoordigt van de totale hoeveelheid die van deze firma komt.

U vraagt ook of mijn diensten nagegaan hebben wat de oorzaken zijn. Het gebruik van FertiPro-tubes is afgenomen en stopgezet als gevolg van de huidige epidemiologische situatie en het daaruit voortvloeiende einde van de operationele taken van het federaal platform, met het in stand-by zetten van de betrokken laboratoria. Bijna 87 % van deze tubes is niet bruikbaar omdat de houdbaarheidsdatum is verstreken. De vervaldatum was 31 oktober 2022. Deze tubes werden niet gebruikt zoals verwacht omwille van de epidemiologische situatie. Er was een lagere nood aan testing en het daaruit voortvloeiende einde van de operationele taken van het federaal platform, met het in stand-by zetten van de betrokken laboratoria. Deze tubes zijn dus nu vervallen. De overige 13 % van de niet bruikbare tubes was van onvoldoende kwaliteit.

De waarde van de onbruikbare FertiPro-tubes vertegenwoordigt ongeveer 1,19 % van de totale aankoopwaarde. De FOD zegt mij dat ik u deze cijfers per bedrijf momenteel niet precies kan geven als gevolg van het zakengeheim. Dat komt nog terug. Ik zal dat verder met de FOD bekijken. Ik zal dadelijk wel een globaal cijfer geven.

Dan kom ik bij de vragen over Greiner. U vraagt hoeveel van de tubes uiteindelijk niet-buikbaar werden verklaard, weggegooid werden of vervallen waren. Bijna 1.932.700 tubes van Greiner werden niet-buikbaar verklaard. Dat komt neer op ongeveer 80 % van de totale hoeveelheid afkomstig van deze firma. Deze tubes

zijn allemaal vervallen. Er werden geen tubes weggegooid. Er zijn momenteel geen bruikbare Greiner-tubes meer.

U vraagt dan met betrekking tot die Greiner-tubes wat de uitleg is. De Greiner-tubes zouden alleen worden gebruikt door de laboratoria van het federaal platform ingeval van overflow van de klassieke laboratoria voor klinische biologie. De tubes bevatten dezelfde inactiveringsvloeistof als de tubes die gebruikt worden door de laboratoria van het federaal platform, waardoor ze dus door deze laboratoria geanalyseerd konden worden.

De tubes werden vanaf februari 2021 aan aankooprij te koop aangeboden aan laboratoria voor klinische biologie. Ze waren dan te duur in vergelijking met de toen vigerende marktprijs. Eind augustus 2021 heeft de FOD een prijsvermindering kunnen aanbieden. De klinisch-biologische labs hadden intussen echter reeds de tijd gehad om alternatieven te vinden. Dat is de reden waarom ze uiteindelijk ook niet gebruikt zijn.

U vraagt met betrekking tot Greiner hoeveel er zijn weggegooid of vernietigd. Er werden geen Greiner-tubes weggegooid. Ze zullen wel binnenkort worden vernietigd. Zoals gezegd gaat het over ongeveer 80 % van het aangekochte aantal en 80 % van de aankoopwaarde.

U hebt ook gelijkaardige vragen over Diagenode. Bijna 676.000 tubes werden niet-bruikbaar verklaard, wat neerkomt op ongeveer 16,9 % van de totale hoeveelheid afkomstig van de firma. Van deze 676.000 tubes zijn bijna 513.000 tubes van voldoende kwaliteit over datum. Bijna 163.000 tubes zijn niet-conform en vervallen. Er werden geen tubes weggegooid. Er zijn momenteel geen bruikbare Diagenode-tubes meer over.

Dan kom ik tot de oorzaken. Vanwege terugkerende kwaliteitsproblemen is de oorspronkelijke leverancier Diagenode vervangen door de leverancier FertiPro. Dat is het resultaat van de geplaatste aanbestedingen.

Er werden geen tubes van Diagenode weggegooid. De tubes in kwestie zullen binnenkort vernietigd worden en maken 16,9 % van de totale hoeveelheid uit die van die firma komt. Ze vertegenwoordigen ook 16,9 % van de aankoopwaarde. Als ik de niet-bruikbare materialen van de bedrijven FertiPro, Diagenode en Greiner samentel, kom ik uit op een bedrag van ongeveer 4,6 miljoen euro. Dat bedrag werd reeds opgenomen in eerder gecommuniceerde bedragen.

**03.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, u hebt echt een stockprobleem. Uw cijfers kloppen van geen kanten! In elke tabel die ik van uw diensten en van de FOD krijg, staan steeds weer andere gegevens en cijfers. Hoe kunt u een crisis beheren als u noch weet wat u aankoopt, noch wat u in stock hebt. U kunt het op geen miljoen euro na tellen, mijnheer de minister.

**03.04 Minister Frank Vandenbroucke:** Dat is niet waar.

**03.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Dat is wel waar, dat is heel erg waar. U geeft mij cijfers van aankopen die totaal verschillen van de cijfers die u hier vandaag geeft.

Ik zal u nog eens iets zeggen. Die ongebruikte Greiner-tubes die u hebt geprobeerd te verkopen waren perfect bruikbaar. Weet u wat het enige probleem was? Dat was het *decappen* en *recappen*, het dopje erop zetten en er weer af halen. Het gaat hier over meer dan 2 miljoen euro belastinggeld aan ongebruikt materiaal waarvan de houdbaarheidsdatum overschreden zal worden. Het materiaal werd niet gebruikt omdat het niet zo makkelijk hanteerbaar was.

U hebt een groot probleem. Ik heb al vaak gezegd dat een audit van deze dienst nodig is. Ik blijf erbij, mijnheer de minister. In uw plaats zou ik dat echt serieus nemen.

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

La **présidente**: Rectification pour le rapport: la question n° 55031488C de Mme Van Hoof concernant le remboursement des contraceptifs n'est pas retirée mais reportée.

**04 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "AED's (automatische externe defibrillatoren)" (55031701C)**

**04 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur**

## "Les DAE (défibrillateurs automatiques externes)" (55031701C)

**04.01 Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, hart- en vaatziekten zijn een van de belangrijkste doodsoorzaken in België. Bij een hartstilstand is het van groot belang dat de reanimatie zo snel mogelijk wordt opgestart. Automatische externe defibrillatoren (AED) kunnen hierbij levens redden. Het is natuurlijk ook belangrijk dat het probleem tijdig wordt herkend, dat de hulpdiensten tijdig worden verwittigd en dat de patiënt of het slachtoffer goed wordt behandeld. In België is de mediaan van de aanrijtijd van de hulpdiensten 12 minuten.

In 2017 voerde het Kenniscentrum een studie uit rond het gebruik van AED's door toevallige omstaanders. Daarbij werd ingezoomd op de verschillende schakels van de overlevingsketen en werden er verschillende aanbevelingen voor het beleid geformuleerd. Zo moest onder meer de registratie van de AED's worden geoptimaliseerd om een exacte cartografie van de toestellen te bekomen. Elk toestel moest verplicht worden geregistreerd bij de FOD Volksgezondheid, bij voorkeur door het onderhoudsbedrijf. Het centraal register van de hartstilstanden waarbij de mug werd opgeroepen, moest worden gestandaardiseerd en onderworpen aan een kwaliteitscontrole. Op die manier konden ook plaatsen met een hoog risico op hartstilstand worden geïdentificeerd.

Is het AED-register van de FOD Volksgezondheid vandaag up-to-date? Is de procedure ondertussen helemaal gedigitaliseerd? Kent u het totaal aantal geregistreerde AED-toestellen op het Belgisch grondgebied? Wordt er daarbij een onderscheid gemaakt tussen openbare en privé-eigendommen? Wordt de Europese richtlijn conform de plaatsing van de AED's op hoogrisicolocaties correct toegepast en wordt daarbij rekening gehouden met de aanrijtijden van de ziekenwagens? Welke stappen hebt u ondernomen om de kwaliteit van de MUGREG-registratie te verbeteren? Worden deze data momenteel gebruikt in lopende studies?

**04.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, ik heb een antwoord in het Frans. Ik hoop dat u mij dat niet kwalijk neemt. Blijkbaar is die vraag ooit samengevoegd met een vraag van de heer Prévot.

Madame Gijbels, la liste des enregistrements des défibrillateurs externes automatiques (DEA) du SPF Santé publique est mise à jour de manière constante au fur et à mesure des demandes d'enregistrement ou de modification.

Une campagne de mise à jour de la base de données a été lancée en mars 2020 par email et par courrier à l'ensemble des détenteurs de DEA enregistrés auprès du SPF Santé publique. Une procédure via un lien électronique a été mise en place afin d'informatiser et d'automatiser l'enregistrement des DEA.

Il y a actuellement 13 784 DEA enregistrés auprès du SPF Santé publique, dont 12 743 DEA accessibles au public et 1 041 DEA dans des endroits privés.

De MUG-registratie of MUGREG werd opgeschort tijdens de covidcrisis om de registratiedruk voor de ziekenhuizen te verminderen. De bedoeling is om MUGREG in te kantelen in AMBUREG. Mijn administratie herbekijkt momenteel de datastromen van AMBUREG en de inkanteling van MUGREG wordt hierin opgenomen. Bijgevolg zijn er momenteel geen studies lopende met recente MUGREG-data.

Ik wil er, ten slotte, op wijzen dat de studie van het KCE stelt dat de automatische externe defibrillator een van de elementen is, buiten vele andere, die een invloed kunnen hebben op de overlevingskansen.

**04.03 Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, dat was een eerder kort antwoord. Ik heb ook niets gehoord over de identificatie van de hoogrisicolocaties en of er iets gebeurt om een optimale verdeling van de AED-toestellen te bekomen.

Er zijn heel veel initiatieven om in die toestellen te voorzien, zowel privé als publiek, om een zo hartveilig mogelijke omgeving te creëren. Ik denk dat het belangrijk is dat de overheid daarbij voor de nodige coördinatie zorgt, zodat de hulpdiensten ook weten waar zich dergelijke toestellen bevinden. Als men dan de 112 belt bij een hartprobleem, kan de operator meteen zeggen of er een AED-toestel in de buurt is. Ik hoop dat op dergelijke zaken wordt ingezet.

Ik heb ook vernomen dat het MUGREG-systeem is stilgelegd. Nochtans zou het net een vereenvoudiging van de registratieprocedure met zich mee moeten brengen. Ik begrijp niet goed waarom het tijdens de

covidcrisis moest worden stilgelegd, omdat het een vereenvoudiging en een belangrijke, uniforme communicatie van data met zich zou meebrengen. Ik vind het jammer dat zulke zaken wel worden ontwikkeld, maar na verloop van tijd ophouden te bestaan.

Ik zal de uitroling van AMBUREG opvolgen en nagaan of dit goed functioneert en de gewenste effecten met zich meebrengt.

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

**05 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van het Rekenhof en het door eHealth aan Smals betaalde voorschot" (55031714C)**

**05 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport de la Cour des comptes et l'avance versée à Smals par eHealth" (55031714C)**

**05.01 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, volgens het laatste rapport van het Rekenhof werd in 2013 een voorschot van 2,5 miljoen euro toegekend door eHealth aan Smals. Dat voorschot werd tot in 2021 nog altijd niet gebruikt. Er worden wel interesten op geheven die door Smals werden bepaald en waarvan eHealth de berekeningswijze niet kent. Bovendien worden die interesten, die ondertussen bijna 400.000 euro bedragen, niet uitgekeerd maar gekapitaliseerd, waardoor er een verhoging van het voorschot ontstaat, wat volgens het Rekenhof niet gerechtvaardigd is.

Mijnheer de minister, wat is uw mening over die manier van handelen? Hebt u hierover al gesproken met eHealth en Smals? Is het volgens u opportuun dat topfuncties bij Smals en eHealth worden uitgeoefend door een en dezelfde persoon? Zult u ingrijpen? Indien ja, op welke manier zult u dat doen?

**05.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Het gaat hier om een voorschot op lange termijn dat het eHealth-platform heeft bij Smals vzw. Dat is een reserve van bij oorsprong 2,5 miljoen euro, die met het akkoord van de regering en het beheerscomité van het eHealth-platform in 2013 werd aangelegd om bij onverwachte infrastructuurproblemen of bij de evolutie van de benodigde capaciteit snel de nodige aanpassingen te kunnen doen. De beschikbaarheid en de voldoende performante werking van de basisdiensten van het eHealth-platform zijn cruciaal voor een kwalitatieve gezondheidszorg. Als het eHealth-platform offline is, kunnen geen geneesmiddelen worden voorgeschreven of afgehaald, is de verzekerbaarheidstoestand bij de ziekenfondsen niet raadpleegbaar, hebben zorgverstrekkers geen toegang tot de relevante gegevens van patiënten of tot zorgrichtlijnen, is de transplantatiegegevensbank niet toegankelijk, enzovoorts.

De aanleg van deze reserve was een uitdrukkelijke vraag van de stakeholders in het beheerscomité als maatregel van goed bestuur. Ze vermijdt ook dat er preventief wordt geïnvesteerd in overcapaciteit. De reserve staat in de rekeningen van het eHealth-platform ingeschreven als een vordering op Smals vzw. Er is een ondertekende overeenkomst tussen het eHealth-platform en Smals vzw die het volgende bepaalt: "Smals vzw biedt een voordelig rendement op de bedragen die haar leden ter beschikking stellen in het kader van het aanleggen van een voorschot op lange termijn. Het rendement hangt enerzijds af van de netto-interesten die Smals vzw bij de banken krijgt voor de belegging van haar middelen en anderzijds van de financieringsopbrengsten die Smals zelf bekomt als ze zelf haar investeringen in IT-activa financiert. Die rendementen zijn gekoppeld aan de voorschotten en worden vervolgens in verhouding tot de betaalde voorschotten verdeeld onder de leden." Dat is een citaat uit de ondertekende overeenkomst tussen het platform en Smals.

De financiële diensten van beide instellingen hebben 2 % afgesproken op basis van de toen op de markt geldende rentevoet. De interesten kunnen niet worden gebruikt en worden elk jaar toegevoegd aan het startkapitaal. Daardoor wordt vermeden dat het voorschot na verloop van tijd aan waarde verliest. Dat bedrag van 400.000 euro komt dan ook toe aan het eHealth-platform en kan niet worden gebruikt door Smals vzw.

De werkwijze betreft dus een maatregel van goed bestuur om de onvoorziene risico's op een correcte manier te kunnen beheersen.

U vraagt of het opportuun is dat topfuncties bij Smals en eHealth worden uitgeoefend door een en dezelfde persoon.

Smals vzw is een vereniging van enkele openbare instellingen van sociale zekerheid en overheidsdiensten. Smals vzw levert enkel ICT- en informatieveiligheidsdiensten tegen kostprijs aan haar leden, die op die wijze beschikken over een platform voor samenwerking en *shared services*. Alle bestuurders van Smals vzw zijn ambtenaren. Het bestuursorgaan van Smals vzw kiest een voorzitter en een gedelegeerd bestuurder. Het is dus volkomen normaal dat de gedelegeerd bestuurder van Smals vzw een ambtenaar is die bestuurder is namens een van de leden.

De keuze van de administrateur-generaal van de KSZ en het eHealthplatform als gedelegeerd bestuurder van Smals vzw lijkt mij een logische keuze gezien de competentie van de betrokkene inzake het uitbouwen van gemeenschappelijke ICT-diensten en de knowhow van degelijke ICT-architecturen.

Onder andere tijdens de bestrijding van de covidcrisis is heel goed gebleken welke toegevoegde waarde dergelijke *shared services* en herbruikbare ICT-componenten kunnen hebben om tegen een minimale kostprijs en ontwikkelingstijd degelijke ICT-toepassingen te kunnen uitwerken.

U vraagt of ik zal ingrijpen. Ik wil benadrukken dat het eHealth-platform en Smals vzw uitstekend samenwerken met de beheers- en controle-instellingen en een beleid voeren van totale transparantie. Bovendien wordt in het kader van deugdelijk bestuur geen enkele overeenkomst tussen het eHealth-platform enerzijds en Smals vzw anderzijds aan een van beide zijden door de betrokken leidinggevende ondertekend. Ook de facturen van Smals aan het eHealth-platform en de aanvaarding van die facturen door het eHealth-platform geschieden niet door betrokkenen. Om belangenconflicten te vermijden, zijn die taken bij het eHealth-platform toevertrouwd aan de adjunct-administrateur-generaal en bij Smals aan de directeur Resources Management.

**05.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik stel mij daar toch vragen bij. Het is niet voor niks dat het Rekenhof toch ook bezwaar aantekent tegen de manier waarop de zaken daar geregeld zijn. Dat er een voorschot wordt toegekend om tegemoet te komen aan bepaalde zaken kan ik mij voorstellen, maar eigenlijk was dat voorschot bedoeld om te worden aangewend in de periode 2013-2015. We zijn nu bijna tien jaar later en dat voorschot staat er nog altijd. Ondertussen komen daar intresten bij. Ik vind het vreemd dat de partij die het voorschot heeft toegekend niet weet hoe de rente wordt bepaald en die rente ook niet uitgekeerd krijgt. Als men dan ook nog eens bedenkt dat dezelfde persoon aan het hoofd staat van beide partijen, zowel degene die de lening verleent als degene die het voorschot krijgt, dan stel ik mij daar grote vragen bij.

Ik heb het er al eerder over gehad: er moet toch eens orde op zaken worden gesteld. Eén persoon die zoveel tentakels heeft in zoveel organen die met elkaar zaken moeten doen en afspraken moeten maken en die aan elkaar voorschotten uitkeren: daar moeten duidelijke lijnen worden getrokken om te voorkomen dat er belangenconflicten optreden.

Zoals u aangeeft in het begin van uw antwoord, gaat het inderdaad om belangrijke zaken. eHealth is een belangrijk systeem dat heel veel bepaalt binnen onze gezondheidszorg en die voor een groot stuk draaiende houdt. Net daarom is het zo belangrijk dat er heel goede afspraken zijn, zodat er geen schijn van belangenvermenging kan ontstaan.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

#### **06** **Questions jointes de**

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le retrait de la convention pour chirurgie oesophagienne complexe à trois hôpitaux" (55031673C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le retrait de la convention pour la chirurgie de l'oesophage à trois hôpitaux" (55032343C)

#### **06** **Samengevoegde vragen van**

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opzegging van de overeenkomst voor complexe slokdarmchirurgie van drie ziekenhuizen" (55031673C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De intrekking van de overeenkomst voor slokdarmchirurgie van drie ziekenhuizen" (55032343C)

**06.01 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous ai interrogé le 25 octobre dernier concernant le retrait de la convention pour chirurgie œsophagienne complexe à trois consortiums d'hôpitaux.

J'avais plaidé pour un moratoire d'un an pour les trois consortiums concernés compte tenu notamment des éléments suivants: période covid-19, augmentation progressive du nombre d'interventions sur les trois années, analyse purement basée sur le volet quantitatif sans prise en compte de la qualité – pourtant demandée par le KCE –, dont le taux de mortalité, perte d'accessibilité des patients, risque majeur de perte définitive d'expertise des équipes en place.

Vous m'avez répondu que les chiffres de mortalité de ces centres n'étaient pas correctement analysables car c'est un trop petit échantillon pour que les résultats soient significatifs. Or le registre du cancer avait analysé les taux de mortalité des années 2008 à 2015 et avait démontré que le taux de mortalité baissait si le centre effectuait au moins 20 interventions par an, ce qui est le cas ici. Les données qualitatives des centres actuels visés par votre refus de les prendre en compte sont donc bien analysables.

Vous m'avez également répondu que les indicateurs de qualité n'étaient pas identifiés en début de convention. Or ils ont été établis par différents experts et approuvés par le groupe de pilotage le 30 avril 2019. Vous disposez donc de ces résultats puisqu'une analyse annuelle de chaque centre devait être réalisée depuis 2019. Ils peuvent donc être pris en compte. La convention aurait d'ailleurs pu être modifiée; elle a d'ailleurs été amendée sur un autre point.

Monsieur le ministre, au vu de ces éléments complémentaires, comment justifiez-vous votre refus d'un moratoire d'un an alors même que les données qualitatives de centres concernés par le retrait de convention sont très bonnes, avec une mortalité inférieure à celle de la moyenne nationale?

Pouvez-vous me préciser la composition du groupe de pilotage et mettre à disposition du Parlement tous les comptes rendus et rapports de ses réunions?

Selon l'article 8 de la convention, l'INAMI et le SPF Santé publique devaient publier sur leur site internet les rapports annuels des centres depuis 2019. Ce n'est pas le cas. Pouvez-vous les mettre à notre disposition? Pourquoi n'ont-ils pas été publiés?

Pouvez-vous me préciser pour chacun des 10 centres le nombre de cancers de l'œsophage au stade 4 qui ont été opérés et s'ils ont été pris en compte dans le nombre d'interventions retenues?

Enfin, j'ai appris que le Ziekenhuis Oost-Limburg a introduit une procédure judiciaire devant le tribunal du travail. Qu'en est-il de cette procédure judiciaire? Quelle est votre réaction? Ne pensez-vous pas qu'il est vraiment temps de sortir par le haut de ce dossier et de penser, d'abord et avant tout, aux patients et à la persistance des équipes expertes et de qualité, en décidant, comme cela vous est suggéré, un moratoire d'un an?

**06.02 Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, le 25 octobre dernier, ma collègue Catherine Fonck et moi-même vous interrogeons sur le retrait des conventions pour la chirurgie de l'œsophage accordées jusqu'à ce 30 septembre au Consortium Centre Hospitalier de Wallonie picarde/Grand Hôpital de Charleroi, à l'hôpital universitaire de Saint-Luc à Bruxelles et au ZOL (Ziekenhuis Oost Limburg) à Genk.*

*Ce retrait se fonde sur des critères établis par le KCE en 2015 et qui, de votre propre aveu, ne tenait pas compte des indicateurs de qualité, car jugés pas assez représentatifs, de sorte que cette non-prise en compte doit pouvoir être évaluée aujourd'hui.*

*D'où mes questions, monsieur le ministre:*

- Comment a évolué la situation sur le terrain depuis ce 30 septembre?*
- Avez-vous rencontré les responsables des hôpitaux/consortiums? concernés?*
- Vous êtes-vous engagé auprès d'eux à leur accorder un sursis et, pendant ce temps, une évaluation des critères de reconnaissance?*
- Quand et comment les indicateurs de qualité pourront-ils enfin être pris en compte, puisqu'ils ont déjà été établis par différents experts et approuvés par le groupe de pilotage le 30 avril 2019?*
- Comment se déroulent à présent ces opérations de l'œsophage?*
- Comment les patients ont-ils été redirigés? L'ont-ils été correctement et à temps, vu la fin de conventionnement de leur hôpital de premier choix, généralement le plus proche de chez eux?*

- *Que sont devenues les équipes spécialisées de ces hôpitaux/consortiums?*

**06.03 Frank Vandebroucke**, ministre: Mesdames, je précise qu'au moment de la conclusion des conventions avec les centres, les critères d'accès à la convention étaient d'avoir un nombre minimal de prestations sur une base annuelle et d'apporter la preuve d'une marge de croissance suffisante. L'établissement des critères par le comité de pilotage se fait en vue de l'évaluation de la qualité aux fins de l'établissement du rapport final.

D'abord, je tiens à vous signaler que les centres visés par le refus de poursuivre le remboursement de leurs interventions chirurgicales dans le cadre de la convention sur la chirurgie œsophagienne complexe, à l'expiration du délai de trois ans et dans l'attente du rapport final, sont les centres qui n'ont pas atteint le seuil de 75 interventions dans le cadre de la convention. Ce nombre minimal d'interventions est important pour que l'évaluation de la qualité de la chirurgie de l'œsophage dans un centre soit statistiquement significative.

Les calculs effectués par le Registre du Cancer en préparation de la convention portaient sur la période 2008-2015, soit huit années d'incidence de données. Plus les quantités de données disponibles sont élevées, plus il y a de chances que les analyses statistiques produisent un résultat fiable. Au début de la convention, on a calculé le volume minimum qui serait nécessaire dans chaque centre afin de disposer de suffisamment de données pour effectuer une analyse statistique avec un résultat fiable après trois années d'incidence, autrement dit la durée de la convention. À partir de ces calculs, un volume minimum de 75 interventions a été établi.

En conclusion, votre première affirmation, selon laquelle les résultats de mortalité des trois centres en question sont effectivement analysables parce que les calculs du Registre du Cancer ont été effectués pour des centres dont le volume est inférieur à 20 sur une base annuelle, est tout simplement erronée. Il est important, pour toutes les conventions actuelles et futures, que les règles du jeu fixées d'emblée collectivement soient respectées tout au long de la convention et s'appliquent à tous les hôpitaux, en ce compris ceux qui ont réussi à atteindre les nombres minimaux requis. Le volume a été établi comme premier critère dominant. C'est sur cette base que le Comité de l'assurance de l'INAMI, en sa session du 5 septembre dernier, a décidé de mettre fin à la convention pour chirurgie œsophagienne complexe avec trois hôpitaux.

Pour répondre à votre question sur la composition du groupe de pilotage, celui-ci est composé de douze membres désignés par le Comité de l'assurance, deux membres effectifs et deux membres suppléants proposés par les organisations représentatives des médecins, deux membres effectifs et deux membres suppléants proposés par les organisations représentatives des fédérations des hôpitaux, deux membres effectifs et deux membres suppléants proposés par les organismes assureurs, six membres médecins experts dont trois de chaque groupe linguistique proposés par le Collège d'oncologie.

Le comité de pilotage est présidé par un représentant de l'INAMI. L'organisation, l'accompagnement et le secrétariat sont assurés par l'INAMI et le SPF Santé publique en collaboration avec le Centre du Cancer de Sciensano. La Fondation Registre du Cancer apporte son soutien au groupe de pilotage et participe aux travaux de ce dernier à titre de consultant.

Quels sont les membres du comité de pilotage? Les membres effectifs pour les organisations représentatives des médecins sont Baudouin Mansvelt et Donald Claeys. Les membres suppléants sont Robert De Keuleneer et Robert Rutsaert. Les membres effectifs des organisations représentatives des fédérations des hôpitaux sont Hilde De Nutte et Philippe Lejeune. Les membres suppléants sont Claude Bertrand et Dieter Goemaere. Les membres effectifs des organismes assureurs sont Bernard Landmeters et Bart Demyttenaere. Les membres suppléants sont Steven Brabant et Carina Bonnewyn. Les médecins experts proposés par le Collège d'oncologie du côté néerlandophone sont Philippe Nafteux, Hans Prenen et Kristof Cokelaere. Les suppléants sont Geert Roeyen, Frederik Berrevoet et Baki Topal. Du côté francophone, les membres effectifs sont Dirk Van Gestel, Jean-Luc Van Laethem et Joseph Weerts. Les membres suppléants sont Laurent Kohonen, Philippe Hauters et Catherine Hubert.

Les rapports du comité de pilotage sont disponibles sur demande auprès de l'INAMI. Le comité de pilotage a convenu de ne pas publier les résultats individuels des deux premières années, à savoir du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 30 juin 2020 et du 1<sup>er</sup> juillet 2020 au 30 juin 2021. Les données validées pour l'ensemble de tous les centres ont été utilisées afin de faire connaître les résultats. Le rapport annuel 2019-2020 est prêt pour la publication. Je demanderai à mon administration de le publier et de vous l'envoyer. Le rapport de la

deuxième année pourra être publié après soumission du rapport pour la deuxième année à la Médicomut et au Comité de l'assurance soins de santé. Toutes les interventions chirurgicales complètes de l'œsophage réalisées durant toute la durée de la convention, c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 30 juin 2022 ont été prises en compte pour déterminer le volume des centres individuels. Il s'agit donc de toutes les interventions pour les indications malignes quel que soit le stade de la tumeur et non malignes.

À l'heure actuelle, nous ne pouvons fournir que des informations anonymes et générales. Les résultats spécifiques à un centre ne peuvent être divulgués qu'après avoir été soumis aux procédures spécifiées dans la convention.

Les tumeurs de l'œsophage de stade 4 sont subdivisées par la classification TNM en stades 4a et 4b. Les tumeurs de stade 4a présentent des éléments qui définissent une maladie locorégionale très avancée, par exemple le T4b, le N2/3, mais aucune évidence de métastase ou de métastase à distance (M0). Dans le cas des tumeurs de stade 4b, il existe un statut M1 indiquant la présence de métastases à distance.

Dans chacun des dix centres d'expertise, des patients atteints de tumeurs de stade 4 ont été opérés, avec une répartition de 3 % des cas à 30 % des cas (nombre de tumeurs de stade 4 opérées divisé par nombre total de tumeurs malignes opérées). Pour les tumeurs de stade 4b, la répartition dans les dix centres variait de 1 à 7 % des tumeurs malignes opérées.

**06.04 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu en ce qui concerne la procédure judiciaire de Ziekenhuis Oost-Limburg.

**06.05 Minister Frank Vandenbroucke:** Neen, maar ik heb daar ook niets over te zeggen. Over betwistingen voor rechtbanken zegt men over het algemeen niet veel. Bovendien staat de vraag ook niet in uw voorbereiding.

**06.06 Catherine Fonck** (Les Engagés): Comme ministre, vous êtes capable de répondre aux différentes questions. Je prends note que vous ne répondez pas au sujet de la procédure judiciaire. Je vais vous livrer une petite information: ils ont gagné, mais l'INAMI a immédiatement introduit un recours, me dit-on. C'est ce que j'appelle une forme d'acharnement.

**06.07 Frank Vandenbroucke,** ministre: Non, c'est normal.

**06.08 Catherine Fonck** (Les Engagés): Ah! Tout à coup, vous avez les informations?

**06.09 Minister Frank Vandenbroucke:** Neen. Ik wist het zelfs niet, maar u bent zo vriendelijk om mij dat te melden. Ik wist het niet, maar ik denk dat het RIZIV gelijk zal hebben. Waarom zou het RIZIV zijn middelen niet mogen uitputten? Waarom moeten we altijd toegeven aan elke individuele lobby? We proberen een beleid te voeren op kwaliteit. Iedereen zegt dat we een beleid op kwaliteit moeten voeren en ons niet mogen laten drijven door individuele belangen en individuele lobby's. Dat is het verschil tussen de drijfveer achter uw vraag en het voeren van beleid.

La **présidente:** Madame Fonck, je vous propose de remettre les compteurs à zéro.

**06.10 Catherine Fonck** (Les Engagés): Je vous remercie, madame la présidente.

Monsieur le ministre, vous n'étiez pas au courant mais, en fait, vous êtes très bien au courant sur le gain en procédure judiciaire.

**06.11 Frank Vandenbroucke,** ministre: Non!

**06.12 Catherine Fonck** (Les Engagés): Je pense effectivement qu'il y a une forme d'acharnement de votre part.

D'ailleurs, monsieur le ministre, avant que je ne revienne sur ce dossier, quand cela vous arrange, vous changez les règles du jeu. Sur le dossier du Stroke Center (AVC), c'est marrant de voir que vous avez changé d'avis. De toute façon, vous n'êtes pas resté dans le cadre de la convention.

Savez-vous à quoi on reconnaît un bon décideur, singulièrement un décideur politique? On le reconnaît à sa capacité de tenir compte des évolutions d'un dossier et à pouvoir revoir sa décision et se remettre en question.

Vous n'êtes pas d'accord et vous considérez aujourd'hui que, dans le fond, ce que le KCE avait déterminé, c'est-à-dire au moins vingt interventions par an pour que ce soit analysable, aujourd'hui ce n'est plus le cas. On prend d'autres chiffres. Alors, je me demande bien sur quelles bases scientifiques et de littérature scientifique vous vous reposez car, à ma connaissance, pour avoir fait une petite *review*, il n'y a pas de référence scientifique dans la littérature qui donne le nombre minimum de cancers par an ou sur une période de trois ans qu'il faut opérer en chirurgie complexe que pour avoir des résultats significatifs.

De quels éléments importants dispose-t-on? On a les éléments qualitatifs et donc les chiffres en matière de mortalité que vous connaissez. Mais vous êtes dans une posture qui est strictement "comptable", alors même qu'ici, l'enjeu est de tenir compte de la qualité des centres. On en avait dix sur l'ensemble du pays, ce qui est évidemment très peu. Par ailleurs, vous n'acceptez pas de prendre en compte un minimum le volet géographique. On se retrouve aujourd'hui avec deux dossiers seulement en Wallonie et sept sur l'ensemble du pays. On met de côté des centres qui avaient pourtant des résultats très bons sur le plan qualitatif. Vous ne prenez pas du tout en compte la période du covid. Tout cela se fait *in fine* au détriment des patients. On ne vous demande pas de poursuivre pendant 150 ans mais au moins d'assurer un moratoire d'une année.

Par rapport à cela, monsieur le ministre, je pense vraiment qu'un virage doit pouvoir être réalisé. Ce n'est pas une question de lobbies. Il est ici question de la qualité des soins et de l'accessibilité des patients. D'ailleurs, si on parle de la convention, l'article 8 de la convention n'a pas été respecté par l'INAMI. Alors, franchement, faire la leçon à des équipes qui ont mis en place des projets assez extraordinaires avec des résultats qualitatifs extrêmement bons, je trouve que c'est un peu facile. Ce n'est franchement pas se préoccuper d'abord de la qualité des soins et de l'accessibilité pour les patients. Monsieur le ministre, je suis assez étonnée de votre logique comptable et de votre rigidité extrême sur ce dossier.

On se demande à un moment donné si l'objectif n'est pas finalement de pénaliser des centres et des hôpitaux pour diminuer leur nombre dans le pays. Je pense vraiment qu'il y a là matière à large interrogation.

**06.13** **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse même si, et les propos de Mme Fonck l'ont très justement illustré, elle est assez choquante parce qu'en plus de ne pas vous remettre en cause ou de ne pas remettre en cause ces calculs qui ne tiennent aucunement compte du travail réalisé par ces consortiums et par ces hôpitaux, vous persistez et signez. En outre, vous insultez les services qui sont inquiets aujourd'hui non pas pour eux-mêmes mais pour leurs patients en les qualifiant de lobbies individuels. Monsieur le ministre, à un moment donné, il n'y a plus qu'une seule chose que vous puissiez faire, c'est à tout le moins de les rencontrer.

Il serait beaucoup plus constructif de pouvoir se concerter avec eux plutôt que de prendre des mesures qui ne tiennent aucunement compte, comme je l'ai dit, de leur travail, du covid qui a très clairement faussé leur bilan, puisque l'on vise ici une période qui courait de juin 2019 à juin 2022, sans connaître leur réalité et plutôt que de laisser les recours s'additionner. Le Ziekenhuis Oost-Limburg à Genk a gagné son recours. L'INAMI à son tour introduit son propre recours. Les Cliniques Saint-Luc se posent la question d'un recours éventuel pour pouvoir se défendre et défendre leur bilan et leurs bons résultats pour enfin être reconnues. Ce serait beaucoup plus constructif de se concerter avec eux plutôt que de se lancer dans des procédures sans fin qui n'apportent aucune sérénité aux services et a fortiori aux patients qu'ils représentent.

On parle beaucoup, ici en commission, de qualité des soins à travers votre note de politique générale mais concrètement, on se retrouve face à un retrait de conventionnement à trois centres ou consortiums, qui aura pour effet de manière très claire de limiter l'accès aux soins à des patients qui devront donc se faire opérer dans une autre province alors qu'ils sont, faut-il le rappeler, déjà fortement fragilisés par leur maladie. Aujourd'hui, on est face à une mesure qui crée un vrai problème de santé publique et sur lequel je vous ai d'ailleurs interrogé. Je vous posais, en effet, la question de savoir comment doivent aujourd'hui se débrouiller ces patients privés de l'expertise de leur centre. Vous ne m'avez absolument pas répondu. Je trouve cela irrespectueux envers mon travail mais surtout envers les patients qui sont cruellement inquiets pour leur santé et pour les opérations qu'ils attendaient.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: La question n° 55031681C de Mme Els Van Hoof est reportée.

**07** **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De waardebe­paling van de strategische stock en de rapportering erover" (55031837C)
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opbouw van een strategische voorraad mondmaskers" (55032096C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken inzake de waardebe­paling van de strategische stock" (55032151C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De berichtgeving in de pers over vervallen producten uit de strategische stock" (55031993C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De aankoop van chirurgische maskers en geneesmiddelen voor de strategische stock" (55032306C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De opslag van mondmaskers" (55032311C)

**07** **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation de la réserve stratégique et le rapportage à ce propos" (55031837C)
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le processus de constitution du stock stratégique de masques" (55032096C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le bilan de la détermination de la valeur des stocks stratégiques" (55032151C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le communiqué de presse concernant les produits périmés du stock stratégique" (55031993C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'achat de masques chirurgicaux et de médicaments destinés aux stocks stratégiques" (55032306C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le stockage des masques" (55032311C)

**07.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, daarnet hebben we het over de tubes gehad. In totaal werden voor 19,4 miljoen euro tubes aangekocht in de strategische stock. U hebt aangegeven dat 25 % van de aangekochte tubes, wat overeenkomt met 4,6 miljoen euro, niet bruikbaar is.

In uw antwoorden en in al de verschillende tabellen die ik al opgevraagd heb, zie ik heel diverse cijfers en aantallen verschijnen. Dat duidt volgens mij op een structureel probleem binnen uw diensten als het gaat om de waardebe­paling van de strategische stock. Het Rekenhof heeft daarover ook opmerkingen gemaakt.

Ik had het dus al over de Greiner-tubes, maar wil ook graag inzoomen op de medicatie, met de vraag of u correcte prijzen hebt opgenomen in de rapportering aan de regering, aan het publiek en aan het Parlement, over de vervallen medicatie. Ik lees dat er op 1 april 2022 voor 4,3 miljoen euro aan vervallen medicatie werd gerapporteerd aan de regering en aan de pers, want dat werd gepubliceerd in *Medi-Sfeer*. Uit die publicatie in april 2022, ook in *Het Laatste Nieuws* en *L'Echo*, halen wij dat er 98,5 miljoen aan strategische stock vernietigd zou moeten worden of vervallen is.

Mijnheer de minister, in hoeverre kloppen die aantallen effectief? Hebt u effectief de juiste hoeveelheden gerapporteerd? Ook het Rekenhof heeft daarover namelijk een waarschuwing gegeven. Het Rekenhof zegt dat uw inschattings- of waardebe­palingen op drie verschillende manieren gehanteerd worden. De pbm's hebben we al besproken, het gaat mij nu om de vervallen medicatie.

Mijnheer de minister, werden de facturen gecontroleerd van de meegenomen medicatie? Welke stappen hebt u gezet naar aanleiding van de waarschuwingen van de bewaarder van de strategische stock ten aanzien van uw kabinet en het kabinet van de premier? Hoe bent u daarmee omgegaan?

Belangrijk vind ik de passage rond de spierverslappers. We hebben het dan over rocuronium, midazolam en atracurium. Deze middelen werden door uw voorganger gekocht als API, dus als brute grondstof van spierverslappers. Men heeft dat laten herverpakken naar *vials* en spuiten die intraveneus kunnen worden toegediend. Belangrijk is dat de juiste prijs in de vervallen stock is opgenomen, namelijk de prijs van de API's

plus de verwerkingsprijs bij de firma's Cenexi, UCB, Catalent en KELA.

Mijnheer de minister, wat was de aankoopprijs van die API's? Hoe komt het dat die prijzen geheim zijn? Wat was de kostprijs per inspuitsbare dosis? Hoeveel werd er in totaal betaald? Hoeveel dosissen werden er in totaal gemaakt? Hoeveel zijn er vervallen? Werd een stabiliteitscontrole uitgevoerd toen ze omgevormd werden tot intraveneuze insputingen? Intraveneus is iets heel anders dan intramusculaire toediening. Hoeveel dosissen werden gebruikt in en verdeeld over de ziekenhuizen? Waar werd het aangekocht? Hoeveel zijn er vervallen? Hebt u in de berekening van de vervallen stock de kostprijs voor de vervaardiging van de ampullen wel meegenomen? Of werd enkel de aankoop van het API ingeschreven? Of werd er niets ingeschreven? Werden er in het kader van de strategische stock ook nog andere medicijnen of medische hulpmiddelen herverpakt of galenisch aangepast? Wat was de kostprijs daarvan? Wat was de kostprijs voor de manipulatie van deze geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, bijvoorbeeld de herverpakking, zeker wanneer ze in het begin van de crisis toekwamen? Is de kostprijs van die herverpakking meegenomen in de waardeberekening van de strategische stock?

Het Rekenhof stelt in zijn rapport dat de drie verschillende opslagplaatsen drie verschillende inventarisprocedures toepassen, en dat ze dus ook anders gewaardeerd worden. Waarom wordt er niet één waarderingsmethode gehanteerd? Hoe hebt u eigenlijk de aantallen gecontroleerd? Hebt u – ja of nee – een extra controle gevraagd toen er signalen binnensijpelden dat het allemaal toch niet zo correct verlopen was?

Over de strategische stock zelf heb ik u al een paar keer ondervraagd, maar de nota van 1 april 2022 is een nota die u aan de pers hebt gegeven. Ik heb die toen opgeslagen. Ik zocht ze nu opnieuw, maar vind ze nu online niet meer terug, wat ik bijzonder vind. Is dat eraf gehaald of ligt het aan mij? Via welk kanaal werd dat gecommuniceerd? Kunt u mij die nota nogmaals bezorgen?

Op 28 november werd gepubliceerd dat de federale overheid voor 45 miljoen chirurgische maskers zou aankopen die moeten dienen om de strategische stock opnieuw aan te vullen. U hebt ook aanbevelingen goedgekeurd voor het Platform Farmaceutische Strategische Stock (PFSS). Er zal een centrale stock van 19 specifieke geneesmiddelen worden aangekocht.

Er wordt gecommuniceerd over die centrale stock, maar wordt deze toegevoegd aan de strategische stock zoals we die al de hele tijd benoemen? Met welke middelen zult u deze zaken aankopen? Onder welke budgetcode zijn ze ingeschreven? Komt dat van de coronaprovisie? Spreken we over een aanvulling of over een nieuwe strategische stock?

Bij het begin van de covidpandemie was er een tekort aan mondmaskers. We hebben het Avrox-verhaal gehad, met de maskers die moeten worden vernietigd. U gaf in uw communicatie van april aan dat er voor 17.285.503 euro aan mondmaskers bij Defensie vernietigd moet worden. Is dat het aandeel van de Avrox-mondmaskers of zijn dat alle mondmaskers die nog te vinden zijn bij Defensie? Met andere woorden, komen we er met die 17 miljoen euro of zal daar nog een paar miljoen bij komen?

Hoeveel opgeslagen FFP2- en chirurgische mondmaskers werden onbruikbaar verklaard en behoren aldus tot de vervallen of te vernietigen strategische stock? Hoeveel daarvan waren bij Defensie opgeslagen? Worden de mondmaskers die bij Defensie opgeslagen zijn dan ook gerekend tot die vervallen strategische stock?

Hoeveel mondmaskers van Avrox waren er eigenlijk nog opgeslagen bij Defensie? Wat is de restwaarde daarvan? Hoeveel mondmaskers van andere leveranciers zijn er nog bij Defensie opgeslagen? Hoeveel bedroeg de kostprijs? Werd de kostprijs van deze laatste mondmaskers meegenomen in de onbruikbare of vervallen strategische stock?

**07.02 Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, la chaîne de production de masques lancée en 2020 par Deltrian pour renforcer les réserves stratégiques du gouvernement est désormais presque à l'arrêt. Avec le recul de l'épidémie de covid mais surtout la reprise des activités industrielles en Chine, la production belge de masques subit la concurrence asiatique de plein fouet.

Un masque chirurgical fabriqué en Chine est presque quatre fois moins cher que les modèles fabriqués en Belgique. Par conséquent, les hôpitaux commandent leurs masques en Chine plutôt que venant de productions locales. Les règles de marché reprennent leurs habitudes.

Évidemment, étant donné l'inflation et les difficultés financières des hôpitaux, on comprend qu'ils aillent au prix le plus bas.

Dans les recommandations de la commission covid, nous avons relevé que les pénuries ont mis en avant nos dépendances aux marchés mondialisés. Le rapport mentionnait notamment que: "La question des planifications stratégiques des matériels et consommables doit donc être analysée et réajustée au plus vite. Un questionnement important sera la nécessité de productions belges et/ou européennes dans l'avenir."

Monsieur le ministre, votre note de politique générale prévoit effectivement que le SPF Santé publique veillera à ce qu'il soit constitué de façon durable et efficace en termes de coût un stock stratégique de moyens.

Quel processus sera choisi pour constituer le stock stratégique de masques et s'assurer qu'en cas de pénurie mondiale, nous pourrions nous appuyer sur une production sûre et locale?

**07.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitster, uw vraag zal ik op het einde behandelen. Om het overzicht te houden, zal ik de vragen beantwoorden in de volgorde waarin de voorbereidingen opgesteld zijn. Ik zal beginnen met vraag nr. 55031837C van mevrouw Depoorter, over de waardebeoordeling van de strategische stock en de rapportering.

Uw eerste vraag luidde: "In de tabel die ik van u mocht ontvangen, staat dat er voor 2,2 miljoen aan Greiner Sampling Kits CE-IVD aan 0,89 cent per stuk aangekocht werden tussen 2019 en 2022. Ik vermoed echter dat deze cijfers niet kloppen. Kunt u verduidelijken?"

Mijn antwoord: dit is de prijs van een lege tube Greiner, niet gevuld met virusinactiveringsmedium.

Ten tweede vraagt u: "Wat de vervallen medicatie betreft, had ik graag vernomen of de correcte prijzen opgenomen werden in de officiële notulen en publicaties. In hoeverre bracht u de bedragen in rekening voor de verwerking of herverpakking van bepaalde geneesmiddelen? Op welke wijze hebt u het aantal verpakkingen of units laten controleren tijdens de verschillende audits op de stockageplaats?"

Mijn antwoord: de prijzen kloppen met de aankooprijzen op de facturen van de leveranciers. Er werden geen verwerkings- of herverpakingskosten meegerekend in de waarde. Voordat de audit van de stockage kon plaatsvinden, zijn eerst alle stocklijsten van de verschillende bedrijven nagekeken en geüpdatet waar nodig. Bovendien werd met name Medista gevraagd het aantal paletten voor elk product te specificeren. Indien er een dergelijk grote hoeveelheid producten op één locatie gestockeerd was dat niet alle producten nageteld konden worden, werd er een steekproef gedaan op basis van de prioriteitenlijst. Bij het opstellen van deze lijst werd rekening gehouden met de waarde en de opgeslagen hoeveelheid van de producten, alsook met het feit of de producten een belangrijker rol konden spelen in bepaalde crisissituaties dan andere.

Er waren dus drie niveaus van audit. Het eerste niveau was het niveau van het aantal paletten per product of per locatie. Het tweede niveau van de inspectie bestond uit het natellen van de hoeveelheid dozen per palet. Het derde en meest accurate niveau van de fysieke inspectie bestond uit het natellen van het aantal individuele verpakkingen per doos. Daarbij werd een volledige doos van een palet geopend en nageteld of het aantal aangegeven individuele verpakkingen per doos echt overeenkwam met het aantal getelde verpakkingen.

Ik kom tot uw derde vraag: "In een publicatie uit april 2022 publiceerden de kranten *Het Laatste Nieuws* en *L'Echo* dat er 98,5 miljoen aan covidmateriaal vernietigd zou moeten worden. Het overgrote deel daarvan betrof pbm's, daar hebben we het al vaker over gehad. Maar ik zou dieper willen inzoomen op de vervallen medicatie. Hoe groot is het bedrag aan vervallen medicatie dat werd ingeschreven door uw kabinet en meegedeeld in interne en/of externe publicaties?"

Het bedrag dat begin april 2022 bekendgemaakt werd betreffende de vervallen medicatie bedroeg 4.355.750 euro. De waarde komt overeen met de aankooprijzen op de facturen van de leveranciers. Ondertussen hebben wij bedragen overgemaakt voor fase 1 van de vernietiging. Met betrekking tot de geneesmiddelen die tot en met augustus vervallen zijn – ik sprak daarmee over april – het gaat over 8.304.713,32 euro.

U vraagt of ik stappen zet met betrekking tot waarschuwingen. Het is steeds belangrijk, opdat informatie goed begrepen wordt, dat men alle contextuele elementen meegeeft.

Mevrouw Depoorter, ik kom dan aan uw mondelinge vraag nr. 55032151C. U vraagt wat de kostprijs was voor de aankoop van de API's met betrekking tot rocuronium. De FOD heeft mij gezegd dat de kostprijs valt onder het zakengeheim van de betrokken onderneming, in de zin van artikel I.17/1 van het Wetboek van economisch recht.

U vraagt wat de kostprijs was van de verwerking tot inspuitsbare dosissen. Rekening houdend met de vertrouwelijkheidclausules in de contracten moet de FOD eerst toestemming vragen aan de firma om dit te mogen communiceren.

U vraagt hoeveel er in totaal werd betaald. Kijk hiervoor naar mijn vorige twee antwoorden.

U vraagt hoeveel dosissen er in totaal werden gemaakt, hoeveel er werden gebruikt, hoeveel er zijn vervallen. Er werden 84.000 *vials* van 5 ml gefabriceerd door UCB, dat ging over twee loten, en 160.000 *vials* van 10 ml door Cenexi, dat ging over zes loten. Er werden geen dosissen verdeeld naar de ziekenhuizen, als gevolg van wettelijke beperkingen die het gebruik van deze *vials* verhinderen. Indien een gelijkwaardig of alternatief geneesmiddel beschikbaar is, zelfs als het uit het buitenland komt, zijn ze vervallen. Bij de laatste analyse werden de dosissen conform bevonden.

U vraagt naar de conclusies van de stabiliteitsanalyses. De analyses *appearance identification essay*, onzuiverheden en pH werden uitgevoerd door Sciensano. De steriliteitstest werd uitgevoerd door de Dienst voor Geneesmiddelenonderzoek, het analyselaboratorium van de Algemene Pharmaceutische Bond. De geanalyseerde loten zijn nog steeds conform bevonden.

Werden dosissen verdeeld naar de ziekenhuizen? Dat heb ik aangegeven: neen.

Ten zevende, hoeveel bedroeg het budget voor de aankoop van de andere spierverslappers en/of andere medicijnen? Hoeveel precies zijn er aangekondigd, verbruikt en vervallen?

In 2020 en 2021 werden in totaal 711.899 verpakkingen curarisantia aangekocht. In 2002 en 2021 werden in totaal 285.602 verpakkingen curarisantia uitgeleverd aan de ziekenhuizen. Wij weten niet hoeveel er daarvan effectief door de ziekenhuizen zijn gebruikt. Van de curarisantia zijn er 188.370 *vials* atracurium, 316.860 *vials* cisatracurium en 70.818 *vials* rocuronium vervallen. Exclusief de door UCB en Cenexi geproduceerde rocuronium*vials*, want beide werden bij de laatste analyses immers nog conform bevonden. Er zijn ook nog 8.045 suxamethonium*vials* en 78 vecuronium*vials* vervallen.

Werd in de berekening van het budget vervallen stocks de aankoop van de API's en de vervaardigingskosten meegenomen? Aankoopkosten en vervaardigingskosten werden niet meegenomen, aangezien de rocuroniumdosissen nog steeds conform werden bevonden volgens de analyses en het dus niet gepland wordt om de dosissen op dit moment te vernietigen.

Werd enkel het budget voor de aankoop ingeschreven? Het antwoord is ja. Ik verwijs naar mijn eerdere antwoord.

Ten tiende, werden in het kader van de strategische stock nog andere medicijnen of medische hulpmiddelen herverpakt of galenisch aangepast? Wat was de kostprijs?

Er werden nog met midazolam voorgevulde spuiten gefabriceerd door Catalent. Bovendien werden op sommige verpakkingen van geneesmiddelen, voornamelijk curares met vreemde talen, etiketten in het Engels geplakt.

Voor uw vraag 10a verwijs ik naar mijn antwoord nummer twee. Bovendien werden de kosten voor de heretikettering toegevoegd aan de andere diensten op uurbasis van de distributeur, zodat het aantal gewerkte uren en de kosten van de heretikettering niet kunnen worden gespecificeerd.

In antwoord op uw vraag 10b geef ik mee dat de aankoopkosten en vervaardigingskosten van de midazolam*vials* niet werden meegenomen in de waardebepaling van de volle strategische stock, aangezien ze na het uitvoeren van de analyses nog steeds conform werden bevonden.

De elfde vraag ging over het Rekenhof en de waarderingsmethodes. Ik antwoord nu op vragen 11a en 11b.

Het is nuttig dat verschillende waarderingsmethodes worden vergeleken. Uiteindelijk is het in afstemming met het Rekenhof dat, rekening houdende met de omstandigheden, aan een specifieke methode de voorkeur wordt gegeven.

Vraag 12 ging over hoe de aantallen en verpakkingen in de strategische stock degelijk gecontroleerd zullen worden. Er hebben dit jaar fysieke inventarissen plaatsgevonden. Bovendien wordt de evolutie van de voorraden gevolgd in verhouding tot de aankopen en de leveringen, waarvoor er regelmatig bestanden worden verschaft door de bedrijven die de voorraden in hun bezit hebben.

Vraag 13: is het mogelijk dat men bij de telling fouten maakte door de begrippen units en vaccins te verwarren? De telling van de vaccins is gebaseerd op de secundaire verpakking en niet op het aantal dosissen of units.

In verband met uw vraag nr. 55031993C, mevrouw Depoorter, kan ik zeggen dat dat persbericht, zoals alle persberichten van Volksgezondheid, gepubliceerd is op [news.belgium.be](https://news.belgium.be). Deze berichten worden dan automatisch overgenomen door Belga. U kunt het artikel terugvinden via <https://news.belgium.be/nl/stand-van-zaken-en-evolutie-strategische-voorraad-federale-overheid>. Voor de Franstalige collega's: <https://news.belgium.be/fr/etat-de-la-situation-et-evolution-du-stock-strategique-des-autorites-federales>.

Ik kom tot uw vraag nr. 55032306C. Ten eerste, de aan te kopen geneesmiddelen, persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen zullen in de toekomst deel uitmaken van de reeds bestaande federale strategische voorraad. Ten tweede, de vastlegging en vereffening van deze uitgave zal gebeuren in het begrotingsjaar 2023, waarbij aanspraak zal worden gemaakt op de coronaprovisie voor 2023. Er zijn ter zake uitdrukkelijk ook middelen voor voorzien in deze provisie. Ten derde, zij worden ingeschreven op BA 25.52.23.1211.02.

In verband met de mondkmaskers worden momenteel de volgende aantallen vernietigd: bij de chirurgische maskers, wegens slechte kwaliteit – 7.392.550; wegens vervallen – 108.249.220. Bij de KN95- en FFP2-maskers zijn de cijfers: vernietigd wegens slechte kwaliteit – 15.748.060; vervallen – 3.583.900.

De strategische voorraad mondkmaskers werd alleen bij het begin van de pandemie opgeslagen bij Defensie. In juli 2020 werd de hele voorraad verhuisd naar een privépartner. Voor vragen over de Avrox-maskers moet ik u doorverwijzen naar de minister van Defensie.

Om op uw tweede vraag te antwoorden, de Avrox-maskers maken geen deel uit van de strategische voorraad van de FOD Volksgezondheid.

Om op uw derde vraag te antwoorden, voor vragen over de Avrox-mondmaskers moet ik u doorverwijzen naar mijn collega, de minister van Defensie.

Om op uw vierde vraag te antwoorden, er worden geen mondkmaskers van de FOD Volksgezondheid opgeslagen bij Defensie.

Om op uw vijfde vraag te antwoorden, aangezien de Avrox-mondmaskers geen eigendom zijn van de FOD Volksgezondheid, worden deze niet opgenomen in de inventarisatie van de FOD Volksgezondheid.

Madame Hennuy, merci pour votre patience. Le stock stratégique sera constitué par des achats périodiques basés sur un contrat à long terme avec un fournisseur. En outre, il a été décidé d'entreposer un stock rotatif chez le fournisseur, qui peut être mis à disposition à tout moment et est continuellement rafraîchi par le fournisseur.

Tant les distributeurs que les fabricants peuvent fournir ce service. Cependant, la demande actuelle et la demande attendue en dehors des périodes de crise sont faibles, ce qui fait qu'une rotation complète de ce stock sans garantie d'achat n'est pas une piste commercialement intéressante. Il faudra donc prévoir des garanties pour l'entrepreneur.

Par conséquent, une combinaison d'un stock physique stocké au SPF Santé publique et d'un stock tournant

stocké chez le contractant sera utilisée. La quantité totale devra à terme couvrir une période de trois mois de pic de consommation dans le secteur des soins de santé en Belgique.

À des fins stratégiques, on examinera également la réservation de la capacité de production, qui peut constituer un lot distinct dans le cadre du contrat. La capacité de production belge pour les masques chirurgicaux et FFP2 est présente mais limitée. Toutefois, cela doit se faire dans le cadre juridique des marchés publics. Les possibilités juridiques de mettre en place un tel système en Belgique et/ou dans l'Union européenne seront étudiées.

Une concertation est actuellement en cours avec les représentants des hôpitaux pour déterminer comment un système de stock rotatif stratégique pourra être implémenté dans les hôpitaux. Mais là, madame Hennuy, le débat en cours avec le secteur hospitalier n'est pas encore finalisé. J'espère arriver, là aussi, à une conclusion sur un système qui soit faisable.

**07.04 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, het antwoord op mijn eerste vraag zegt eigenlijk alles. U zegt dat u de prijs hebt gegeven van een lege tube. Zo goochelt u telkens opnieuw met cijfers. Dat betekent dus ook dat de cijfers die aan uw collega's in de regering, aan het publiek en aan het Parlement worden gegeven niet kloppen. Uw cijferwerk klopt niet. Volgens mijn cijfers is er vandaag 220 miljoen euro verspild. Daar is ook al 4 miljoen euro bij gekomen. Ik zal u dat te gepasten tijde eens uitleggen, mijnheer de minister. Het zal dus nog meer zijn. Uw inventarisering klopt hoegenaamd niet.

U zegt dat de prijzen kloppen, want de aankooprijzen van de leveranciers werden gebruikt. Wat als daar grove fouten in staan? Wat dan, mijnheer de minister? U hebt de aankooprijzen immers niet overal gebruikt. Ik vraag u of u er zeker van bent dat er geen foute tellingen zijn gebeurd in het aantal units of vaccins. U antwoordt enkel voor de vaccins. Mijnheer de minister, ik zeg u dat u fouten hebt gemaakt in het aantal units van bepaalde verpakkingen. Gaat het dan over units tubes, over units testen, over units geneesmiddelen? U hebt zeker een idee van waarover ik het heb.

U zegt dat in augustus 2022 8,3 miljoen aan geneesmiddelen vervallen was, maar de spierverslappers zijn eigenlijk niet vervallen want ze zijn nog conform. Mijnheer de minister, legt u mij eens uit wanneer een intraveneus toegediend geneesmiddel omwille van conformiteit nog mag worden toegediend? Ik heb hier de vervaldata die op de pakketten staan. De vervaldatum van rocuronium was 8/2020. De vervaldatum van midazolam was 7/2020. U beweert hier nu dat een geneesmiddel niet vervallen is omdat het nog conform zou zijn. Dat is geen *good practice*, mijnheer de minister.

U hebt de aankoop van al die API's dus niet meegerekend en de verwerking van die middelen hebt u ook niet meegerekend. Dan hebt u ook nog de pretentie om te zeggen dat dit tot het geheim van het dossier behoort en dat u niet mag meedelen over hoeveel miljoenen het gaat.

Het gaat niet over miljoenen? U weet het dus. Waarom zegt u het dan niet? U beweert dus dat het niet over miljoenen gaat?

**07.05 Minister Frank Vandenbroucke:** Neen, alstublieft. Ik heb u in een eerder antwoord wel globale cijfers gegeven en ik heb ook eerder al geantwoord op de vraag naar de waarde van wat vervallen is. Mijn FOD zegt mij dat ik beperkt ben in wat ik kan zeggen over individuele aankopen en eenheidsprijzen, door het zakengeheim.

Ik heb u daarnet nog cijfers gegeven over de waarde van vervallen materiaal.

**07.06 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, zijn ook rocuronium, atracurium en midazolam voor u vervallen? Of zijn zij niet vervallen? Daarnet hebt u gezegd dat zij niet vervallen waren.

**07.07 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik had het over de tubes, mevrouw.

**07.08 Kathleen Depoorter (N-VA):** Ik heb het over de geneesmiddelen, mijnheer de minister. 8,3 miljoen, zei u. Het zal veel meer zijn. Ik zou graag van u de totale prijs horen die u betaald hebt voor de API's en voor de verwerking van die API's. Want die behoren tot de te vernietigen stock. Die kan men niet op eigen houtje gebruiken. Men kan niet zomaar een intraveneus toedienbaar geneesmiddel verlengen omdat het nog altijd conform zou zijn.

U weet – daar ben ik heel zeker van – dat ik hier gelijk in heb, mijnheer de minister, over de hele lijn.

Ik blijf erbij, mijnheer de minister, u hebt geen cijfers zoals het hoort. Er zijn voor miljoenen aan middelen aangekocht in tijden van paniek. Daar kan ik nog mee leven. Die moeten nu vernietigd worden. In andere tijden, wanneer er geen paniek is, zou het heel wat minder verklaarbaar of vergeeflijk zijn dat er met miljoenen wordt gesmeten. Maar wat ik vooral echt stuitend vind, is dat u uw coalitiepartners niet correct hebt geïnformeerd over de vervallen stocks, over de spierverslappers, die in april 2022 vervallen waren, mijnheer de minister. Die staan niet in de tabel die u gepubliceerd hebt. Ik meen dat ik dus een heel terechte vraag stel: over hoeveel euro gaat dat?

**07.09 Laurence Henuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je comprends les différents éléments de contingence qui existent: les stocks rotatifs présents, les contingences commerciales et surtout celles des marchés publics. Mais la situation dans laquelle on s'est retrouvé au début de la pandémie a causé énormément de dégâts humains. Vu l'urgence financière, il ne faudrait pas retomber dans les mêmes travers du *business as usual* et se retourner vers les marchés chinois.

Je peux comprendre qu'en termes de législation, cela peut être assez complexe. J'ai aussi posé la question au ministre Dermagne et j'attends sa réponse.

Vous avez rappelé l'importance de la culture du masque qui ne doit pas se perdre alors que la crise de la covid est terminée.

Toutes ces questions doivent trouver une réponse adéquate, comme ce que nous avons fait dans les recommandations de la commission covid.

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

**08** **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vacature van Movianto in het kader van het rescEU-project" (55031839C)**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geselecteerde profielen voor rescEU" (55032140C)**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het deontologisch kader bij bestuurlijke voorkennis m.b.t. de covidvaccins" (55032298C)**

**08** **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'offre d'emploi de Movianto dans le cadre du projet rescEU" (55031839C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les profils sélectionnés pour le projet rescEU" (55032140C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le cadre déontologique des informations privilégiées de l'administration sur les vaccins anticovid" (55032298C)**

**08.01 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de vacature bij de firma Movianto in het kader van het rescEU-project, waarover we al een paar keer hebben gesproken en waarover u op een tegenstrijdige manier hebt gecommuniceerd.

U verklaarde dat de consultant die via Movianto gerekruteerd werd en die voor de FOD werkt in het kader van het rescEU-project, ook aan vergaderingen deelneemt in het kader van de vaccinverdeling of van de strategische stock wanneer er tijd over is. Deze verklaring strookt niet met uw eerdere verklaring in de plenaire zitting van 22 september 2022, waar u duidelijk aangaf dat deze vacature en bijgevolg de jobinhoud van de consultant niets te maken hebben met de vaccinverdeling. Kunt u duiden waarom u zichzelf tegensprekt?

U gaf mij op 22 september 2022 ook de raad om het arrest van de Raad van State nog eens na te lezen. Dat heb ik gedaan en ik heb ook de verzoekschriften erbij genomen. Kunt u mij duiden welke positie de Staat ten

opzichte van de rechter heeft ingenomen in zijn verweer met betrekking tot de melding van de firma Medista dat er een schending van het gelijkheidsbeginsel plaatsvond door de publicatie van de vacature van de FOD bij Movianto? Sprak de Staat zich daar uit over een eventuele link tussen de vacature en de opdracht? In welke zin sprak de Staat zich uit?

Sprak de Staat zich in die zin uit dat de opdracht voor het rescEU-project niets te maken heeft met deze vacature, of sprak de Staat zich uit conform uw verklaring van 8 november, waarin u aangaf dat de consultant wel deelneemt aan vergaderingen over de vaccinverdeling of de strategische stock?

In hoeverre stroken uw verklaringen van 8 november dat de consultant dus wel degelijk ondersteuning geeft aan de vaccinverdeling met de stelling die Movianto innam voor de Raad van State? Had u daarover overleg met Movianto? Is het mogelijk dat er juridische gevolgen zullen worden gegeven aan deze tegenstrijdigheden?

Ik heb nog een aantal vragen over de externe consultant. Wie was de vorige of de huidige werkgever van de kandidaten voor deze functie tijdens de sollicitatieprocedure? U hebt ondertussen schriftelijk geantwoord dat er maar één kandidaat was. Wie was de vorige werkgever van die ene kandidaat? Was is het profiel van die kandidaat en welke competenties bezit die? Ik vermeld even terzijde dat de kandidaat tekent met het e-mailadres covid.vaccin@healthgov.be. Dat is ook het adres vanwaar alle communicatie vanuit de strategische stock en vanuit de vaccinverdeling vertrekt.

Dat leidt tot mijn volgende vraag, mijnheer de minister. Is dat deontologisch aanvaardbaar? De FOD Volksgezondheid heeft deze persoon aangeworven in het kader van het project rescEU. De EU heeft ook verklaard dat deze persoon niets te maken had met de vaccinverdeling, noch met de strategische stock. Is dat echter wel conform de bedrijfsdeontologie? Hoe voorkomt u dat de consultant die is aangeworven toegang heeft tot vertrouwelijke of geheime bedrijfsinformatie of tot concurrentiegevoelige informatie van de firma Movianto ten opzichte van vanwaar? Er zijn immers verschillende spelers.

Hebt u een protocol uitgeschreven en/of maatregelen genomen? Hebt u ook al klachten ontvangen? Er zijn immers betwiste facturen die nog altijd provisioneel betaald zijn. Ik veronderstel dat dat niet allemaal van een leien dakje loopt. Hoe kunt u garanderen dat dat allemaal conform de wetgeving is?

**08.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik zal opnieuw antwoorden aan de hand van de verschillende vragen zoals ze opgelijst zijn, om het overzicht te behouden. Vraag nr. 55031839C ging over de vacature van Movianto.

In de procedure voor de Raad van State legde de Belgische Staat op 27 juli 2022 haar nota met opmerkingen neer. Op het door Medista opgeworpen argument over de Movianto-vacature wordt in deze nota van de Staat als volgt geantwoord, onder titel II. – Vacature Movianto Belgium NV: "Punt 87. De verzoekende partij Medista lijkt uit een vacature op de website van Movianto Belgium NV af te leiden dat laatstgenoemde voorafgaand aan de indiening van de BAFO's reeds zou zijn ingelicht dat ze de opdracht zou krijgen toegewezen. Punt 88. De verwerende partij, de FOD Volksgezondheid, kan slechts benadrukken dat hij geen invloed heeft op het aanwervingsbeleid van voornoemde inschrijver. Het staat Movianto Belgium NV dan ook vrij om voorafgaand aan de gunning van de opdracht reeds een vacature in de markt te plaatsen. Punt 89. Daarnaast blijkt uit de kwestieuze vacature niet dat de aanwerving inderdaad kadert binnen de huidige opdracht. Punt 90. Er is dan ook geenszins sprake van een schending van het gelijkheidsbeginsel in hoofde van verwerende partij." Dat was het argument van de Belgische Staat.

In zijn arrest van 8 augustus 2022 oordeelde de Raad van State daarover als volgt:

"De tweede grief inzake de door de verzoekende partij ingeroepen ongelijke behandeling betreft de door de eerste tussenkomende partij op 25 mei 2022 op haar website geplaatste vacature voor een projectconsultant voltijds of vier vijfde Brussels. In die functiebeschrijving staat onder meer 'je rapporteert aan de projectmanager Dienst Crisisbeheersing – Strategische Voorraadcel (FOD Volksgezondheid)' en 'je maakt deel uit van een team van vier tot zes personen' en dat de vacature kadert binnen 'een project van de Belgische overheid (FOD Volksgezondheid)'. Zij stelt dat nergens in de betrokken vacature in voorwaardelijke wijs wordt gesproken. Het gaat volgens haar blijkens die vacature om een inhouseconsultantfunctie waarbij de consultant twee dagen per week zal werken in de kantoren van de verwerende partij en dit 'duidelijk in het kader van de uitvoering van de (nog te gunnen) overheidsopdracht'. Zij leidt hieruit af dat de eerste tussenkomende partij al enige tijd over informatie beschikt waarover de

verzoekende partij niet beschikte, waaronder het feit dat een medewerker van de gekozen inschrijver twee dagen per week aanwezig zal (moeten) zijn in de lokalen van de aanbestedende overheid. Deze informatie werd niet opgenomen in het bestek en blijkt evenmin uit de V&A die aan verzoekende partij werd bezorgd.

De verzoekende partij toont hiermee echter niet met de vereiste *prima facie*-ernst aan dat dit element enkel in de offerte cq. de vacature kon worden opgenomen op basis van informatie verstrekt door de opdrachtgever. Er kan immers, zo lijkt, niet *prima facie* aan worden voorbijgegaan dat het gunningscriterium 'kwaliteit van de aanpak en dienstverlening' een subcriterium 'beschrijving van de communicatie met de opdrachtgever' bevat. Gegeven het karakter van de opdracht (beheer van de strategische stock geneesmiddelen) lijkt het *prima facie* ook niet merkwaardig noch eigenaardig dat een inschrijver een (inhouse) consultant/verbindingspersoon op deeltijdse basis aan de potentiële opdrachtgever voorstelt. Voorts is het ook niet zonder meer evident dat deze vacature enkel of alleen de opdracht in kwestie kan betreffen. Daarbij valt op dat de gunningsbeslissing bij de toetsing van de offertes aan de gunningscriteria dit 'inhouse'-aspect nergens uitdrukkelijk lijkt te vermelden. Die vacature toont ook niet zonder meer aan dat de eerste tussenkomende partij reeds 'zeker' is van het bekomen van de opdracht. Niets lijkt immers te beletten dat een inschrijver proactief, vóór de gunningsbeslissing, een vacature opent."

Aldus luidt het arrest van de Raad van State. Dat is bijzonder duidelijk, maar toch blijft u daarover doorgaan. Ik wil dat nog vijf keer voorlezen, maar het is bijzonder duidelijk.

U vraagt ook of de Staat zich uitsprak over de eventuele link tussen de vacature en de opdracht en in welke zin de Staat zich uitsprak. Zoals hierboven vermeld, gaf de Belgische Staat in zijn nota van 27 juli 2022 onder puntje 89 het volgende mee: "Daarnaast blijkt uit de kwestieuze vacature niet dat de aanwerving inderdaad kadert binnen de huidige opdracht."

Ten derde, over de vergaderingen waar de consultant aan deelnam, kan ik het volgende zeggen. De procedure voor de Raad van State werd door Medista ingeleid middels verzoekschrift van 15 juli 2022 en was gericht tegen een gunningsbeslissing van de FOD Volksgezondheid van 29 juni 2022. De procedure werd definitief beëindigd middels een arrest van de Raad van State van 8 augustus 2022. De consultant van wie sprake in onze commissievergadering van 8 november 2022, werd in de tweede helft van augustus 2022, dus ná het arrest van de Raad van State, aangeworven wegens zijn specifieke operationele kennis en expertise die noodzakelijk zijn om het rescEU-project tot een goed einde te brengen. De consultant startte zijn opdracht in september 2022. Omdat de consultant naast het rescEU-project op een bepaald ogenblik nog enkele beschikbaarheden had, nam die persoon in het verleden wegens zijn kennis en expertise ook enkele malen deel aan andere vergaderingen, onder meer in het kader van de strategische stock. Ik herhaal daarmee wat ik al heb gezegd.

Ten vierde, u vraagt in hoeverre mijn verklaringen van 8 november 2022 dat de consultant dus wel degelijk ondersteuning geeft inzake de vaccinverdeling, stroken met de stelling die de firma Movianto innam aangaande deze problematiek. Ik heb de timing daarnet aangegeven in mijn antwoord op uw derde vraag. De procedure voor de Raad van State was afgerond voordat de consultant werd aangeworven.

U vraagt ook of ik hierover overleg had met Movianto. Movianto heeft zijn formele instemming gegeven dat de consultant andere taken mag uitvoeren voor de FOD indien hij nog tijd had voor de FOD buiten zijn rescEU-taken. Dat is in het verleden enkele keren gebeurd, zoals ik net heb gezegd.

Daarnaast vraagt u of het mogelijk is dat hier juridische problemen en gevolgen uit voortkomen. De procedure voor de Raad van State is definitief afgerond. In een arrest van meer dan 70 pagina's verwerpt de Raad integraal de aantijgingen van Medista, ook op het vlak van de zogenaamde Moviantovacature. Medista koos ervoor om binnen de termijn geen procedure in vernietiging in te leiden voor de Raad van State. Dus het komt mij voor dat de juridische discussie over dat punt volledig is afgerond.

Voor uw vraag over de geselecteerde profielen voor rescEU moet ik mij gelet op de privacywetgeving beperken tot het volgende. Ten eerste, het sollicitatiegesprek werd afgenomen door een van de leidende ambtenaren die betrokken is bij het rescEU-project. Ten tweede, er was slechts één kandidaat en deze werd aangeworven. Ten derde, het gezochte profiel werd u verstuurd als bijlage bij de brief van de voorzitter van de FOD van 21 oktober 2022.

**08.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat is toch wel hallucinant. Ik zal u het verweer van Movianto voorlezen. U hebt heel veel voorgelezen uit de verzoekschriften en het arrest, maar dit niet. Ik had er

nochtans naar gevraagd. Movianto is op dit punt formeel. "De betrokken vacature kadert niet binnen onderhavige opdracht." Movianto is formeel dat de vacature niet kadert binnen de opdracht van de vaccinverdeling. Een paar weken later verkondigt u dat de persoon die door Movianto is gerekruteerd, deelneemt aan vergaderingen rond de vaccinverdeling. De Staat verwijst in haar verzoekschrift naar Movianto. U verwijst naar Movianto.

U zegt mij dat de procedure voor de Raad van State gedaan was, waardoor u mocht doen wat u wilde. Dat is niet waar. U hebt verklaard aan de Raad van State, aan het Parlement en aan het publiek dat de consultant die gerekruteerd werd geen functie zou krijgen in de vaccinverdeling. Toch blijkt dat zo te zijn. Dat is liegen, en niet zomaar liegen, maar liegen tegen een rechter, liegen tegen het Parlement. Toch verpinkt u niet en verschuilt u zich achter het feit dat de procedure afgelopen was. Dat klopt echter niet. Op het eerste zicht heeft de Raad van State geoordeeld dat er geen link was. Dat klopt. Verder bent u echter nog niet gekomen.

U hebt niet geantwoord wie de vorige werkgever van de consultant was. Ik ga hiermee naar de commissie voor openbaarheid van bestuur. Dit is immers een terechte vraag en dit zal de privacy van de persoon niet schaden. Het zal misschien wel heel duidelijk maken dat die persoon toch niet zo moeilijk te vinden was.

U hebt ook niet geantwoord op de deontologische code. Uzelf, als Staat, ligt nog altijd in juridische procedures met uw vorige partner, Medista. De consultant die u via uw nieuwe partner hebt aanvaard, heeft bovendien toegang tot de betwiste facturen. Dat klopt niet. Dat is geen degelijk bestuur en dat is zelfs juridisch aanvechtbaar.

U hebt geen antwoord gegeven op mijn vraag of u hier stappen hebt ondernomen. U hebt geen antwoord gegeven op mijn vraag waarom die persoon antwoordt via het officiële e-mailadres waarvan ook alle betwiste facturen komen.

Mijnheer de minister, ik herhaal nogmaals dat dit een dossier is dat heel erg heet wordt en ik denk dat het uw tenen zullen zijn die zullen verbranden.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.04 uur.  
La réunion publique de commission est levée à 17 h 04.*