

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 13 DECEMBRE 2022

DINSDAG 13 DECEMBER 2022

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 13 h 08 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 13.08 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.

Le **président**: Chers collègues, je vous propose de commencer notre session de questions orales au ministre Frank Vandebroucke qui doit exceptionnellement nous quitter à 15 h 30.

Je profite de l'occasion pour vous informer que cela sera, en principe, la dernière séance de questions orales pour cette année et que l'on me propose de nous réunir le 10 janvier prochain pour toute une journée de questions orales afin de traiter l'arriéré de questions. En effet, une septantaine de questions figurant à notre ordre du jour d'aujourd'hui, toutes ne pourront pas être traitées.

01 Débat d'actualité sur les spécialisations infirmières et la réforme IFIC et questions jointes de

- Laurence Hennuy à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Les infirmières spécialisées en oncologie" (55032223C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La situation des infirmières en oncologie" (55032316C)

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La prise en considération des spécialisations infirmières dans le barème IFIC" (55032317C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le système IFIC pour les infirmiers techniques" (55032356C)

- Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Les spécialisations infirmières et la réforme IFIC" (55032471C)

- Patrick Prévot à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La situation des infirmières en oncologie" (55032585C)

01 Actualiteitsdebat over het IFIC-systeem en de specialisatie verpleegkundigen en toegevoegde vragen van

- Laurence Hennuy aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De oncologisch verpleegkundigen" (55032223C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De situatie van de oncologisch verpleegkundigen" (55032316C)

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De compensatie voor verpleegkundige

specialisaties in de IFIC-barema's" (55032317C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het IFIC-systeem voor technisch verpleegkundigen" (55032356C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De verpleegkundige specialisaties en de IFIC-hervorming" (55032471C)

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De situatie van de oncologisch verpleegkundigen" (55032585C)

01.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, les infirmières et infirmiers spécialisés en oncologie estiment aujourd'hui que leurs compétences ne sont pas assez reconnues. Récemment, lors de l'inauguration officielle de l'institut de cancérologie Arsène Burny au CHU de Liège, ils ont organisé une manifestation silencieuse.

Dans le cadre du système IFIC, ils occupent, comme les infirmières et infirmiers spécialisés en gériatrie ou en pédiatrie, le même rang (IFIC 14) que les infirmières brevetées ou les infirmières en soins généraux. Les infirmières qui ont opté pour les urgences, les soins intensifs, le bloc opératoire ou encore les soins néonataux intensifs bénéficient, quant à elles, d'un barème plus avantageux (IFIC 15).

Ces infirmières et infirmiers se sentent donc dévalorisés et cela semble se faire sentir sur le terrain. Certains cherchent ainsi à rejoindre un service où ils seront mieux rémunérés, et d'autres quittent tout simplement le métier.

Or, dans les services d'oncologie aussi, la pénurie est bel et bien présente, ce qui n'est pas sans conséquence pour les patients, qui nécessitent d'être pris en charge par des infirmières aux compétences spécifiques pour un suivi de qualité.

Monsieur le ministre, c'est une question qui revient fréquemment et qui est liée au système même de l'IFIC: comment expliquer cette différence de traitement entre ces différentes spécialisations? Des discussions ont-elles été menées avec les représentants des infirmiers concernés par ces spécialisations particulières? Le système IFIC doit-il toujours bien être considéré comme un système en évolution?

Qu'en est-il de la situation des infirmiers et infirmières spécialisées en oncologie, en gériatrie ou en pédiatrie sur le terrain? Qu'en est-il de la pénurie dans ce secteur en particulier? Constate-t-on effectivement une fuite vers d'autres métiers ou d'autres spécialités?

01.02 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, un pas important a été franchi en termes de valorisation financière de la profession grâce à la mise en place du modèle salarial de l'IFIC. Un des objectifs principaux est de favoriser financièrement les premières années de carrière pour augmenter l'attractivité de la profession. Si ce système n'est pas parfait, il a pour avantage de revaloriser près de 80 % des travailleurs des soins de santé en service.

Pour le rendre perfectible, nous soutenons l'appel des associations de professionnels des soins infirmiers qui réclament, à juste titre, une prise en considération des spécialisations dans le modèle. Celui-ci doit également rester ouvert aux évolutions et les actes intellectuels doivent davantage être récompensés, au même titre que les actes techniques. Il y a non seulement les actes infirmiers mais il y a aussi ce qui se passe autour, notamment en cancérologie.

Il est donc crucial de maintenir une incitation à la spécialisation et à l'acquisition de compétences car c'est cela qui fait la qualité des soins.

Par exemple, une infirmière spécialisée en oncologie, en pédiatrie ou en gériatrie qui a, comme toutes les autres spécialités, pris le temps de se former une année de plus pour être efficiente dans son domaine, se voit attribuer un barème IFIC14 avec une diminution des primes. Cela représente une diminution salariale mais aussi une différence avec d'autres infirmières spécialisées qui bénéficient d'un barème plus avantageux.

Créer des différences ne fait que creuser le gouffre de la pénurie. Cette année, il y a quatre étudiantes

inscrites en oncologie en province de Liège. Qui nous soignera à l'avenir? Chaque spécialisation à son importance et toute infirmière qui a pris le temps de se former un peu plus que les autres mérite une compensation salariale équivalente.

Monsieur le ministre, les spécialisations seront-elles mieux prises en considération dans le modèle de l'IFIC? À ce titre, pouvez-vous nous indiquer si de prochaines concertations sont prévues, en particulier avec les associations de professionnels des soins infirmiers et pas seulement avec les syndicats classiques, qui ne perçoivent pas toujours les réels enjeux en la matière?

Qu'en est-il des primes? À quelles spécialisations seront-elles accordées?

Nous savons que l'IFIC est imposé aux nouveaux engagements mais pas pour les infirmiers déjà actifs qui ont le choix de basculer ou non dans le nouveau système. Qu'en est-il des infirmiers qui changent d'emploi?

01.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, aanvullend op de vragen van de voorgaande sprekers heb ik volgende concrete vragen over het IFIC-verloningssysteem.

Worden de meerkosten als gevolg van de keuze voor de IFIC-verloning van technisch verpleegkundigen, met name laboratoriumtechnologen of radiologieverpleegkundigen, opgenomen in het budget financiële middelen?

Wat is de situatie voor laboratoriumtechnologen in privélaboratoria of de radiologieverpleegkundigen in privépraktijken?

01.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, voilà des années que je vous interroge, après l'avoir fait auprès de la ministre De Block, à propos de l'absence de reconnaissance et de la valorisation insuffisante des soignants en général et des infirmiers – spécialisés ou non – en particulier. Du personnel est en train de quitter les hôpitaux. Une collègue a évoqué la manifestation silencieuse organisée par des infirmières spécialisées en oncologie au CHU de Liège.

D'autres spécialisations sont concernées: la gériatrie, la pédiatrie, la néonatalogie, la santé mentale en psychologie et psychiatrie, les services d'urgence, les soins intensifs, les soins péri-opératoires, la diabétologie, les soins palliatifs. Plusieurs d'entre elles sont cruciales pour la continuité et la qualité des soins prodigués aux patients. Je pense, par exemple, à la dialyse, qui n'est pas du tout reconnue, alors que le personnel est en train d'abandonner les hôpitaux et que des problèmes majeurs se posent dans les centres de dialyse.

Monsieur le ministre, des demandes sont exprimées depuis plusieurs années par les associations des professionnels de soins infirmiers. Les avez-vous rencontrées à titre personnel? Si oui, quand et à combien de reprises? Comment pouvez-vous justifier que l'on continue d'attribuer aux infirmières spécialisées un barème IFIC 14, alors que d'autres spécialisations bénéficient du barème IFIC 15?

Malgré des appels répétés depuis des années, pourquoi continuez-vous de refuser la reconnaissance et la valorisation des différentes spécialisations, de sorte qu'elles soient alignées au minimum sur le barème IFIC 15? Mesurez-vous les conséquences de ce refus?

Faut-il rappeler également que ce problème touche les nouveaux et futurs infirmiers, ainsi que ceux qui ont choisi de prêter dans le système antérieur à l'IFIC, mais qui - changeant d'emploi - sont donc obligés de rejoindre ce dispositif?

Monsieur le ministre, ce sujet est tellement essentiel pour l'organisation et la qualité de nos soins et, partant, pour nos patients que j'ose espérer - même si cela fait très longtemps que j'essaie de faire bouger les lignes - que vous allez prendre la mesure de l'enjeu que constituent la reconnaissance et la valorisation se traduisant par un plan d'attractivité pour les infirmiers.

Le président: La dernière question introduite à l'avance à ce sujet est celle de M. Prévot.

01.05 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, c'est moi qui ai posé la question pour notre groupe.

Le **président**: Sur ma liste, il est indiqué M. Prévot.

01.06 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, pour la facilité des services, je m'en réfère alors à ma question telle qu'elle a été déposée par écrit.

Monsieur le président, monsieur le ministre, les infirmières et infirmiers spécialisés en oncologie estiment aujourd'hui que leurs compétences ne sont pas assez reconnues. Ce vendredi, lors de l'inauguration officielle de l'institut de Cancérologie Arsène Burny au CHU de Liège, ils ont organisé une manifestation silencieuse.

Dans le cadre du système IFIC, ils occupent, comme les infirmiers et infirmières spécialisées en gériatrie ou en pédiatrie, en effet le même rang (IFIC 14) que les infirmières brevetées ou les infirmières en soins généraux.

Les infirmières qui ont opté pour les urgences, les soins intensifs, le bloc opératoire ou encore les soins néonataux intensifs bénéficient quant à elles d'un barème plus avantageux (IFIC 15).

Ces infirmières et infirmiers se sentent donc dévalorisés et cela semblent se faire sentir sur le terrain. Certains cherchent ainsi à rejoindre un service où ils seront mieux rémunérés, et d'autres quittent tout simplement le métier.

Or, dans les services d'oncologie aussi, la pénurie est bel et bien présente, ce qui n'est pas sans conséquence pour les patients qui nécessitent d'être pris en charge par des infirmières aux compétences spécifiques pour un suivi de qualité.

Monsieur le ministre, c'est une question qui revient fréquemment et qui est liée au système même de l'IFIC : comment expliquer cette différence de traitement entre ces différentes spécialisations? Des discussions ont-elles été menées avec les représentants des infirmiers concernés par ces spécialisations particulières? Le système IFIC doit-il toujours bien être considéré comme un système en évolution? Qu'en est-il de la situation des infirmiers et infirmières spécialisées en oncologie, gériatrie et pédiatrie sur le terrain? Qu'en est-il de la pénurie dans ce secteur en particulier? Constate-t-on en effet une fuite vers d'autres métiers ou d'autres spécialités?

Je vous remercie pour vos réponses.

01.07 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, om oncologieverpleegkundige te worden, is een opleiding van vijf jaar nodig, waarvan één jaar specialisatie in de oncologie. Een algemeen verpleegkundige doet er vier jaar over om het beroep te mogen uitoefenen. Op de nieuwe schaal krijgen beiden echter dezelfde IFIC-rangorde, namelijk IFIC 14, terwijl andere specialisaties, zoals dringende dienstverlening intensieve zorg of operatiekamer, een gunstigere schaal krijgen, namelijk IFIC 15.

Oncologieverpleegkundigen hebben dan ook het gevoel dat hun vaardigheden niet erkend worden door deze nieuwe schaal, die hun specialisatiejaar niet naar waarde schat. Zij vragen daarom dat er een einde wordt gemaakt aan de loondiscriminatie door aan alle gespecialiseerde verpleegkundigen de schaal IFIC 15 toe te kennen.

Onze vraag is dan ook heel eenvoudig: geachte minister, kunt u tegemoetkomen aan hun verzoek?

01.08 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, chers collègues, nous sommes bien conscients de la situation. Une manifestation a eu lieu, un mécontentement est exprimé et des interrogations se font jour. Par ailleurs, un débat est en cours.

Ce que je vais dire en premier lieu n'est pas une façon de fuir nos responsabilités en la matière. En effet, il y a du travail sur la planche. Néanmoins, je rappelle quand même que l'IFIC est un système barémique qui a été mis en place par les partenaires sociaux des soins de santé eux-mêmes, donc par les syndicats qui représentent les travailleurs et le personnel soignant et par les employeurs du secteur des hôpitaux et autres. Les partenaires sociaux ont travaillé au sein de l'ASBL IFIC pendant une dizaine d'années afin de créer un nouveau système barémique. C'est ce système qui est appliqué sur le terrain. Une question fondamentale se pose. La rémunération qui est maintenant déterminée sur la base de l'IFIC est la contrepartie de l'exécution de la prestation de travail. Il est donc assez normal que les parties au contrat de

travail – l'employeur et le travailleur – fixent le montant de la rémunération, les modalités qui l'accompagnent aussi bien au niveau individuel qu'au niveau sectoriel le cas échéant.

Mevrouw Pisman, dat is dus een sociaal akkoord. Ik ga mijn verantwoordelijkheid daar niet uit de weg en zal er dadelijk meer over zeggen. Als u vindt dat het herzien moet worden, dan moet u eigenlijk de vakbonden aanspreken, want zij hebben het uitgewerkt. De vakbonden hebben daar tien jaar aan gewerkt met de werkgevers en ze waren daar behoorlijk tevreden over. Wij financieren dat met de enveloppe die ter beschikking is gekomen voor het laatste sociaal akkoord.

Voor alle duidelijkheid, in de publieke sector heeft men IFIC ook overgenomen. Wij zitten daar echt mee aan tafel omdat in de publieke sector overheden ook werkgevers zijn.

We mogen ons dus niet van doel vergissen. Als men zegt dat IFIC verkeerd is, zegt men dat de vakbonden en werkgevers een slecht baremiek systeem gemaakt hebben en dat ze hun werk moeten herzien. Ik zal dadelijk een aantal extra elementen geven, maar dat is toch redelijk fundamenteel.

C'est un accord social qui a été négocié par des employeurs et des syndicats. Je ne veux pas dire que c'est parfait et que nous n'avons aucune responsabilité en la matière. Ce dont les partenaires sociaux ont convenu, via le système IFIC, est en fait la traduction d'une série de principes. Ce n'est plus le diplôme mais le fonctionnement réel qui détermine la rémunération. La catégorie qui fait partie du système IFIC et qui détermine des barèmes minimaux applicables a été faite sur la base d'une méthode que l'ASBL IFIC a même qualifiée de scientifique et très objectivée. Elle repose sur plusieurs critères: la connaissance et les compétences éventuellement spécialisées ne sont qu'un des critères. Ce n'est pas le seul critère qui détermine la classification. Il est tenu compte de critères tels que la résolution de problèmes, la responsabilité, la gestion d'équipes, la communication, et les facteurs d'environnement liés au fonctionnement. Le résultat de tout un ensemble de critères détermine le poids et la catégorisation de la fonction, et pas seulement le diplôme. C'est exactement là qu'on retrouve la nouveauté de l'IFIC. Ce n'est pas uniquement le diplôme et, le cas échéant, la spécialisation, qui déterminent la position de quelqu'un dans ce système barémique.

L'IFIC met surtout l'accent sur les tâches exercées et sur le contenu de la fonction pour déterminer la rémunération à laquelle le travailleur a droit. C'était donc un choix délibéré et nous avons travaillé sur celui-ci entre partenaires sociaux pendant dix ans je pense. En conséquence, dans cet accord social qui est intervenu en la matière, les infirmiers et infirmières spécialisés se trouvent dans deux catégories de l'IFIC, la 14 et la 15, sur la base d'une classification analytique dont les partenaires sociaux disent qu'elle n'est pas du tout arbitraire, mais qu'elle est basée sur des critères stables, connus et identiques pour toutes les fonctions.

La pondération des différents critères a eu lieu, selon les partenaires sociaux, à partir des informations du fonctionnement réel reçues du terrain, et a amené à un résultat assez diversifié. C'est un travail des partenaires sociaux. Vous devez donc interpeller les syndicats. Mais, en ce qui me concerne, je crois que la spécialisation est importante pour la qualité des soins et qu'une certaine valorisation d'une connaissance spécialisée, liée à des diplômes et certificats, est pertinente. C'est la raison pour laquelle nous avons en partie remédié au problème qui commençait à se poser dès le moment où les gens se sont rendu compte des conséquences de l'IFIC.

Mais je voudrais d'abord insister sur une notion également importante. C'est que personne ne peut voir sa rémunération diminuer et cela ne revient pas à dire non plus que tout le monde progresse. Par l'IFIC et l'accord social, certaines catégories de personnel font des progrès très importants, notamment les personnes en début de carrière et celles qui ont plutôt un "diplôme de base". Pour elles, les progrès sont très importants et c'était là aussi l'idée de l'attractivité pour les personnes qui débutent. Mais pour celles qui ont une certaine ancienneté, particulièrement les personnes spécialisées avec une certaine ancienneté, l'IFIC n'est pas intéressant. Mais il y a ce principe que personne ne peut voir sa rémunération diminuer. On peut donc choisir d'entrer dans le système IFIC ou de rester dans l'ancien barème. Si le barème IFIC est moins intéressant, le personnel peut choisir de rester dans sa situation existante. Il n'y a alors pas de progrès mais pas de recul non plus.

01.09 Catherine Fonck (Les Engagés): Sauf en cas de changement...

01.10 Frank Vandebroucke, ministre: J'y viens. Cela crée toujours un problème dans le contexte de mobilité quand on change d'employeur et que ce dernier paie moins. C'est possible. Mais, à vrai dire,

madame Fonck, le problème est complexe pour la raison suivante. C'est qu'il est ici question de barèmes sectoriels qui sont des minima. En effet, certains hôpitaux paient plus. Je dis simplement que la réalité sur le terrain est davantage compliquée parce que certains hôpitaux paient plus que l'IFIC ou plus que l'ancien barème dans leur niveau sectoriel.

Un premier remède a été apporté par le gouvernement. J'ai dit aux partenaires sociaux qu'un problème se posait à ce niveau-là. J'ai donc proposé un complément de spécialisation à des infirmiers et à des infirmières qui ont un titre professionnel spécifique particulier ou une qualification professionnelle particulière. Si ces personnes ont accès à l'IFIC, elles reçoivent un complément de spécialisation. Ce complément représentera, l'année qui suit, pour un infirmier qui travaille à temps plein et qui a un titre professionnel particulier, un montant brut de 2 500 euros et, pour un infirmier qui travaille à temps plein et qui a une qualification professionnelle particulière, un montant brut de 833 euros. Pour cette année, une phase intermédiaire est d'application.

Madame Fonck, vous avez raison quand vous dites que cela ne résout pas le problème de ceux qui travaillent, par exemple, comme infirmiers ou infirmières dans un service de dialyse dans la mesure où ils n'entrent pas dans ces catégories.

La semaine passée, je vous ai fait savoir que je n'étais pas du tout d'accord avec vos propos concernant les infirmiers qui travaillent en pédiatrie ou en néonatalogie dans la mesure où, pour eux, il existe un titre professionnel particulier reconnu. S'ils entrent dans l'IFIC, ils bénéficient du complément. L'exemple que vous donniez alors était donc erroné. Mais l'exemple des infirmiers qui travaillent dans un service de dialyse est correct. À ce niveau, il n'y a, en effet, pas de reconnaissance d'un titre professionnel spécialisé. On pourrait encore donner d'autres exemples.

Cela me conduit à évoquer deux éléments. Tout d'abord, il est important de savoir que les partenaires sociaux ont convenu que l'IFIC était un système évolutif. Depuis sa mise en œuvre, la classification sectorielle IFIC doit faire et fait l'objet d'un entretien permanent. Cet entretien s'effectue chaque année sur un groupe de fonctions, suivant les priorités déterminées par les partenaires sociaux. La liste des fonctions qui font, pour le moment, l'objet d'un entretien peut être consultée sur le site web de l'IFIC. Les partenaires sociaux et l'ASBL IFIC sont soucieux d'impliquer les acteurs de terrain dans le processus d'entretiens, en tenant compte des informations fournies. Néanmoins, ces informations ne conduisent pas nécessairement à des changements. Elles font l'objet d'une analyse, et, sur base de celle-ci, il est décidé si une modification s'impose. L'objectif est de garantir que la classification continue d'évoluer et qu'elle reste en adéquation avec la réalité des fonctions telles qu'elles sont exercées sur le terrain.

Ensuite, il me semble que les questions de Mme Fonck sont pertinentes. Quid de la dialyse? Quid des tâches ou fonctions spécialisées qui ne sont actuellement pas reconnues en tant que telles?

Je crois que la première réponse se trouvera dans le travail qui a été lancé sur ce que nous appelons dans notre jargon "l'échelle des soins". Autrement dit, j'ai demandé au Conseil fédéral de l'art infirmier et à la Commission technique de l'art infirmier de réfléchir et de me fournir un avis à propos de l'échelle des soins. En effet, vous savez que j'ai introduit un projet de loi qui va redéfinir l'échelle des soins, les différents niveaux de qualification et les titres qui y sont associés entre autres pour résoudre un problème européen.

Mais je crois qu'il faut aller plus loin. Il ne s'agit pas seulement de résoudre un problème européen. Il faut réfléchir à la cohérence de cette échelle des soins dans son ensemble et aussi de la place des spécialisations. J'espère donc avoir un avis – tant du Conseil fédéral de l'art infirmier où les organisations professionnelles sont représentées que de la Commission technique de l'art infirmier – sur entre autres les spécialisations, sur la question de savoir si des spécialisations supplémentaires doivent être identifiées, définies et, dans une étape suivante, liées à des formations spécifiques, etc.

Je m'imagine bien que cela pourrait avoir des conséquences pour le système IFIC ou pour le type de remède qu'on a introduit avec le complément de spécialisation. Je suis conscient que ceci ne constitue pas une réponse immédiate pour les personnes qui ont manifesté au CHU, qui se demandent pourquoi elles sont au niveau 14 et non au niveau 15.

Je sais tout cela, mais je crois qu'il faut partir d'un accord social découlant du travail des partenaires sociaux tout en disant que cela doit évoluer et en reconnaissant que l'on a complété cela par une intervention ponctuelle du gouvernement avec ce complément de spécialisation. Il convient également d'ajouter que les infirmiers et infirmières spécialisés en oncologie recevront ce complément s'ils sont dans le système IFIC. Ils

sont cependant toujours au niveau 14, ce qui constitue la racine du malaise.

En outre, je me dis que le travail sur cette échelle des soins, sur la base des avis que j'aurai reçus de tous ceux qui sont concernés, influencera aussi la réflexion sur la rémunération et les barèmes.

Mevrouw Gijbels, u vraagt of de meerkosten van het creëren van nieuwe IFIC-functies in ziekenhuizen voorzien zijn in het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Die meerkosten worden inderdaad daardoor gefinancierd. Daarbij worden de berekeningsmodaliteiten gehanteerd die bepaald zijn in bijlage 22 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. De financiering wordt forfaitair bepaald en wordt berekend vanaf het jaar waarin de nieuwe IFIC-functie in het ziekenhuis wordt gecreëerd.

Samenvattend, ik begrijp die bezorgdheid, maar we moeten ook logisch blijven. Dit is een sociaal akkoord tussen werkgevers en werknemers. Zij hebben tien jaar gewerkt aan dat baremasysteem. Voor sommige mensen valt dat nu tegen. Niemand gaat erop achteruit, maar er zijn mensen die zouden willen vooruitgaan, maar dat niet doen. Wij lossen dat gedeeltelijk op door dat complement, maar dat geldt alleen voor reeds bestaande bijzondere beroepstitels of bijzondere bekwaamheden. Er zijn voorbeelden van specialisaties die daar nog niet toe behoren, zoals het voorbeeld van de dialyse dat mevrouw Fonck gaf. Dat probleem moeten we bekijken tijdens de discussie over de zorgladder. Ik heb daarover adviezen gevraagd en daarna moeten we de volgende stap zetten.

01.11 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je note bien que l'IFIC est un système évolutif. Nous attendrons éventuellement, même si je reste un peu sur ma faim concernant les pénuries dans le secteur, le projet de loi sur l'échelle de soins qui est en réflexion pour la spécialisation des infirmiers.

01.12 Daniel Bacquelaîne (MR): Monsieur le ministre, je note qu'en fait, il y a plusieurs grilles d'analyse. Il y a d'une part la relation de travail, la relation employeur-employé et la charge de travail. C'est essentiellement là-dessus que se sont basés les partenaires sociaux. Quelque part, c'est leur rôle. D'autre part, d'autres éléments interviennent, d'autres grilles d'analyse qui sont la qualité des soins et le problème de la pénurie de personnel soignant. Là, je pense que ce sont davantage les associations professionnelles qui devraient être consultées et coordonnées par rapport à ces deux autres grilles d'analyse qui me semblent pourtant extrêmement importantes aujourd'hui. On est actuellement un peu en décalage par rapport à la réalité du terrain en se basant essentiellement sur la relation de travail classique comme elle peut intervenir dans n'importe quel secteur alors qu'ici, on est dans un secteur particulier qui est en crise et où il faut travailler sur l'attractivité pour éviter des pénuries futures. Cela signifie notamment tenir compte des compétences, des efforts de formation, de la motivation du personnel. Si on se base sur la qualité des soins et sur l'attractivité, il faut absolument que cette grille évolue et que l'on puisse mieux reconnaître qu'elles ne le sont actuellement, toute une série de spécialisations. Je pense notamment à la cancérologie mais aussi à la pédiatrie. On sait combien les services de pédiatrie sont aujourd'hui saturés. En cancérologie, il y a toute la notion d'encadrement et de soutien psychologique aux patients. Il y a toute une approche particulière qui mérite à mon sens d'être mieux reconnue qu'elle ne l'est actuellement. Je me réjouis que le système évolue dans les prochains mois de telle sorte que nous puissions rencontrer un certain nombre d'aspirations et de motivations du personnel soignant.

01.13 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het verbaast mij een beetje dat u uw antwoord begint met het wegschuiven van de verantwoordelijkheid door eraan te herinneren dat het IFIC-systeem opgesteld is door de vakbonden en de werkgevers, maar het is natuurlijk wel uw verantwoordelijkheid om over de continuïteit en de kwaliteit van de zorg te waken en die staan wel degelijk onder druk door het IFIC-systeem. Het systeem heeft immers ongewenste effecten en het is wel degelijk uw verantwoordelijkheid om die aan te pakken. Wij kunnen ons geen vlucht van het personeel uit heel belangrijke afdelingen, zoals geriatrie en oncologie, omdat er geen correcte verloning is door het IFIC-systeem, veroorloven. Hopelijk zult u hierin ten volle uw verantwoordelijkheid opnemen.

01.14 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, est-ce parce qu'un système a été mis en place par les partenaires sociaux que cette origine est un motif pour ne pas l'adapter quand cela ne va absolument pas? La réponse est évidemment non. C'est d'autant moins un motif qu'il n'y a pas eu de modélisation. Dès que le système IFIC est apparu, les soignants à l'hôpital ont comparé leurs fiches de paie et ils ont immédiatement vu qu'il y avait un souci majeur. Dès le premier jour où vous avez pris vos fonctions de ministre, je vous en ai parlé. Je n'ai cessé de vous interpellier depuis et le temps ne fait qu'avancer sans

que des décisions claires soient prises en la matière. D'ailleurs, si vous discutez avec les partenaires sociaux, et avec les associations des professionnels de soins infirmiers – vous ne m'avez d'ailleurs pas répondu quant à la question de savoir si vous les avez rencontrés et quand –, vous verrez qu'ils vous diront exactement la même chose.

Deuxièmement, vous parlez de ce complément de spécialisation. En fait, cela ne compense pas le recul créé par les décisions IFIC pour les infirmiers qui sont dans le parcours professionnel. Vous aurez des pertes de revenus de 200 à 300 euros par mois au moins sur l'ensemble de la carrière. Et quand ils changent d'hôpital, ils sont alors obligés de basculer dans le nouveau système.

Que faut-il faire? Pour moi, il faut passer, pour les spécialisations, de IFIC 14 à IFIC 15. Il faut aussi élargir les spécialisations qui sont reconnues. L'exemple est la dialyse. Je ne sais pas si on se rend compte, mais on ne peut pas appeler un infirmier quand il n'y a pas d'infirmier spécialisé en dialyse le matin. Vous ne pouvez pas appeler un infirmier non spécialisé en dialyse qui viendra piquer une fistule ou brancher un cathéter, faire de la dialyse péritonéale maîtriser quatre ou cinq machines différentes, dialyser aux soins intensifs. Il faut du temps pour former ces infirmiers et on a besoin d'eux de manière cruciale. C'est une question de vie ou de mort. Si on ne les a pas, on met en danger, monsieur le ministre, la vie des patients dialysés.

Un groupe de travail est mis en place. C'est bien, mais cela fait longtemps que je vous interpelle à ce sujet. J'ai envie de vous dire que ne rien faire pour l'attractivité et la reconnaissance des infirmiers spécialisés, c'est clairement mettre à mal l'organisation des soins dans les hôpitaux, c'est aggraver la fuite des infirmiers spécialisés qui aujourd'hui sont le dernier rempart au niveau des hôpitaux.

Je discutais tout récemment avec un infirmier spécialisé. Il me disait: "Va-t-on devoir présenter massivement notre démission pour que le ministre comprenne?" Monsieur le ministre, je vous relaie cette question. La poser, c'est y répondre. Il faut bouger. Il faut des actes. Il faut maintenant clairement prendre les mesures. Je les ai évoquées. Voyez les associations d'infirmiers. Il est vraiment urgent de prendre les choses en main. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Actualiteitsdebat over de tabakstrategie en toegevoegde vragen van

- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het akkoord over de interfederale tabaksstrategie" (55032310C)

- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het Europese rapport Tobacco Control Scale 2021" (55032315C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De concretisering van het tabaksplan" (55032469C)

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het tabaksplan" (55032601C)

02 Débat d'actualité sur la stratégie tabac et questions jointes de

- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'accord sur la stratégie interfédérale antitabac" (55032310C)

- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le rapport européen "Tobacco Control Scale 2021"" (55032315C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La concrétisation du plan tabac" (55032469C)

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le plan de lutte contre le tabagisme" (55032601C)

02.01 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, een tweetal weken geleden las ik een krantenartikel waarin het ging over 40 overlijdens per dag als gevolg van roken. Dat is nog steeds een heel triest cijfer. Kort nadien kwam ik in de media ook enkele studies tegen die niet meteen geruststellende resultaten gaven.

Bij de bespreking van de beleidsnota's heb ik daar nog op gehamerd, toen het ging over het aantal rokers binnen de meest kwetsbare groepen. Uit de gezondheidsenquête van Sciensano blijkt bij vergelijking van de resultaten van 2013 met die van 2018 dat initieel 30,5 % van de Belgen uit de laagste inkomensgroep rookte en dat dit vijf jaar later nog steeds 29,3 % was. Ik meen me te herinneren dat als we teruggaan naar 1997, we daar aan 32 % zaten. Samengevat is er dus de laatste twintig jaar een zeer verwaarloosbare daling.

Ik ben dan ook zeer bezorgd over die meest kwetsbare groep. De laatste maanden passeerden al enkele tabaksmaatregelen de revue, zoals een verbod op tabaksautomaten, het beleid rond nicotinezakjes, de accijnzen en de elektronische wegwerpsigaret. We hebben echter nog steeds geen volledige strategie en dat maakt het heel moeilijk om te oordelen over een globaal plan, terwijl dat natuurlijk heel belangrijk is.

Hoe zult u de kwetsbare groepen in de toekomst bereiken met uw plan? Hoe kunt u garanderen dat u hen in de toekomst wel mee zult krijgen?

Waarom talmt u nog met het publiceren van het plan? Welke resterende discussies verhinderen de publicatie van het volledige plan?

02.02 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, le 2 décembre, vous avez annoncé prendre des mesures supplémentaires en vue d'arriver à une génération sans tabac dans notre pays. Je souhaiterais avoir des précisions quant à la concrétisation de ce plan sur le terrain. Mes questions sont donc les suivantes :*

•Vous prévoyez l'extension de l'interdiction de fumer dans les bâtiments accessibles au public à certains lieux spécifiques en plein air tout en indiquant que « le moment et les endroits où cette mesure entrera en vigueur doivent encore être décidés ». Quels seront les critères utilisés pour définir les endroits où cette interdiction s'appliquera ? Dans quel délai allez-vous décider cela ? Quand ces nouvelles interdictions seront-elles en vigueur?

•Quand allez-vous adopter l'interdiction d'exposition des produits du tabac annoncée dans votre plan?

•En ce qui concerne l'augmentation des accises sur les produits du tabac, vous indiquez que cette question sera inscrite à l'agenda au début de l'année prochaine. Pourriez-vous nous éclairer quant à la date à laquelle vous comptez que cette mesure entre en vigueur ? Pourriez-vous aussi nous éclairer quant à la hauteur de cette augmentation ? Quelles sont vos intentions à ce sujet ? Est-ce que le gouvernement s'est accordé sur le fait de consacrer les montants obtenus grâce à cette augmentation à la suppression de la tva sur les fruits et les légumes?

En ce qui concerne l'aide au sevrage tabagique, vous dites que « la commission de remboursement des médicaments examinera les dossiers soumis et dès qu'elle aura rendu un avis, (vous pourrez) prendre une décision de remboursement. Combien de dossiers sont actuellement soumis à la CRM ? Dans quel délai, les avis sur ces dossiers seront rendus ? Quel budget avez-vous prévu pour ces remboursements?

02.03 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, collega's, we zien dat het tabaksgebruik in België over de lange termijn duidelijk gedaald is, maar eigenlijk gaat die daling te traag. Ik denk dat er nog bijzonder veel werk moet worden verzet om het tabaksgebruik in alle leeftijdsgroepen en in alle sociale lagen van de bevolking verder terug te dringen. Ik denk dat dit ook drastisch moet gebeuren.

Op interfederaal vlak hebben wij de ambitie om naar een rookvrije generatie te gaan en om het roken bij de bevolking aanzienlijk te verminderen. Het is de doelstelling om het aantal dagelijkse tabaksgebruikers tegen 2028 te beperken tot 10 % en het aantal dagelijkse tabaksgebruikers tussen 15 en 24 jaar tot 6 %.

Hoe zullen wij dat bereiken? Op 14 december, morgen, ligt er tijdens een IMC een ontwerp van interfederale strategie voor om deze doelstellingen waar te maken. Naast wat al publiek gekend en toegankelijk is over de interfederale strategie, mevrouw Claes en collega's, wil ik daarover vandaag niet meer zeggen, maar u vindt al heel wat informatie op de website van onze FOD terug. Ik wil wel al een aantal zaken meegeven die wij met de federale regering hebben beslist of waarover wij een positie hebben ingenomen.

Ik wil ook zeggen dat ik de analyse deel over de meest kwetsbare groepen in deze strategie. Deze groepen hebben op sociaal en economisch vlak de moeilijkste positie in de samenleving. De gezondheidsenquête laat inderdaad zeer sterke sociale ongelijkheden in het tabaksgebruik zien. De hoogst opgeleide mensen

scoren beter, als we kijken naar de resultaatindicatoren met betrekking tot het tabaksgebruik. Dat geldt ook voor de jonge mensen die afkomstig zijn uit gezinnen met de hoogste opleidingsniveaus.

Wat is het antwoord daarop? Ik denk dat we het er op interfederaal vlak over eens zijn dat we maatregelen moeten nemen die zowel ingaan op het aanbieden van tabak en tabaksproducten als op de vraag naar tabak en tabaksproducten, waarbij we rekening houden met de specifieke sociale en culturele context waarin mensen leven, zonder bepaalde groepen te stigmatiseren.

Voorzitster: Kathleen Depoorter.

Présidente: Kathleen Depoorter.

De maatregelen die we nemen moeten ook beantwoorden aan het principe van billijkheid. Ik denk dat dat per se zo moet zijn, maar ik denk dat dat ook nodig is voor het maatschappelijke draagvlak. Dat zijn dus geen eenvoudige evenwichten, mevrouw Claes, maar ik denk dat u dat vanuit uw achtergrond goed kent. We moeten die evenwichten zoeken, maar dan wel met de ambitie om het tabaksgebruik drastisch terug te dringen en, zoals ik al zei, een rookvrije generatie te krijgen. Dat betekent onder meer dat men niet alleen naar het individu moet kijken, maar ook naar de omgeving waarin dat individu evolueert, naar werksituaties enzovoort. In feite moet men een hele ecologische aanpak ontwikkelen.

De maatregelen van het toekomstige plan streven specifieke doelstellingen na in specifieke doelgroepen. Sommige maatregelen zullen misschien doeltreffender zijn in een bepaalde doelgroep dan in een andere, maar uiteindelijk moeten we de gehele bevolking proberen te bereiken.

La stratégie interfédérale que je présenterai en Conférence interministérielle ce 14 décembre se veut être un ensemble cohérent et complémentaire aux mesures touchant à la fois à l'offre et à la demande.

S'agissant des questions relatives à l'adoption d'une politique officielle visant à exclure les fabricants de tabac des décisions relatives à la santé publique, je peux vous rassurer. Mon administration et mon cabinet appliquent déjà l'article 5.3 de la convention-cadre de l'OMS poutre la lutte antitabac. Cet article stipule qu'en définissant et appliquant leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les parties veillent à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac.

J'ajoute que cette ligne de conduite est explicitement rappelée en premier point des objectifs spécifiques de la stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac. Le but de cette mention explicite en première place est que l'ensemble des administrations et entités politiques appliquent l'article 5.3 de la convention OMS. Il m'apparaît dès lors évident que la mise en œuvre de ce plan va augmenter notre score au Tobacco Control Scale.

S'agissant des questions de Mme Fonck relatives aux interdictions de consommation dans certains lieux, l'exposition de produits du tabac et l'augmentation du niveau général des prix, je signale que le projet de stratégie interfédérale sera présenté demain.

Je peux d'abord confirmer une augmentation significative du niveau général des prix ainsi que la suppression de l'écart des prix entre les différents types de produits du tabac. Ensuite, il y aura une interdiction de la consommation de tabac dans certains lieux extérieurs, une amélioration des avertissements sanitaires des produits du tabac, une interdiction de l'affichage des paquets de produits de tabac dans les points de vente.

J'espère que des mesures d'implémentation seront mises en oeuvre le plus rapidement possible. Très concrètement, il faut plus d'endroits où il est tout simplement interdit de fumer. Ce n'est pas vraiment neuf. Depuis 2009, et je pense, madame Fonck, que vous êtes une ancienne combattante - et je vous le dis respectueusement -, il n'est plus autorisé de fumer dans les bâtiments accessibles au public, tels les cafés ou les restaurants. Le gouvernement fédéral souhaite désormais étendre cette interdiction à certains lieux spécifiques en plein air. À partir du 1^{er} janvier 2025, les cigarettes seront également bannies des parcs d'attraction, des parcs animaliers, des fermes accueillant des enfants, ainsi que des plaines de jeux. Nous voulons également éviter à l'avenir ce que l'on appelle "le rideau de fumée" provoqué par les cigarettes à l'entrée des écoles et des hôpitaux. Les modalités de l'entrée en vigueur de cette dernière mesure n'ont pas encore été décidées. Mon administration s'y attelle.

D'ici avril 2023, le gouvernement examinera aussi quelles sont les limitations possibles autour des terrains de sport et dans les activités réservées aux jeunes, tels les mouvements de jeunesse. Il va également consulter les fédérations sportives qui organisent des compétitions dans les stades afin d'y interdire la consommation de tabac, comme c'est déjà le cas dans la Pro League de football – qui me semble exemplaire –, en l'occurrence.

Vous savez qu'au sein du gouvernement, j'ai plaidé - bien que la question ne soit pas tranchée - en faveur d'un "*tax shift* santé", soit un virage fiscal vers la santé. La première étape en serait très concrète - et j'espère que mes collègues me suivront -, consistant à éliminer tout simplement la TVA sur les fruits et légumes, tout en l'augmentant sur les produits du tabac. Il a été convenu que cette question serait débattue au sein du gouvernement fédéral avant le mois de mars.

En parallèle aux initiatives prévues par les entités fédérées sur le plan de la prévention et de l'aide au sevrage tabagique, je souhaite également examiner le remboursement des thérapies de substitution nicotiques. La Commission de Remboursement des médicaments examinera les dossiers soumis. Dès qu'elle aura rendu un avis au ministre, ce dernier pourra décider d'un remboursement. Aucun dossier de remboursement n'a été soumis à l'heure actuelle, mais nous avons appris qu'il y avait des contacts entre la Fédération contre le Cancer et les firmes pharmaceutiques.

Mevrouw Van Hoof had vragen over de e-sigaretten. Wij delen de mening dat wij er alles aan moeten doen om mensen van de sigaret weg te houden en eigenlijk dus ook van de e-sigaretten, omdat ze, helaas, een opstap zijn naar tabak. Om die reden heb ik een koninklijk besluit met maatregelen opgesteld dat klaar is voor publicatie in het Belgisch Staatsblad; we wachten nog op de proefdruk.

Ook al weten we nog maar weinig over de gevolgen van het langdurig en structureel gebruik van e-sigaretten, we schatten ze alvast minder schadelijk in dan de gewone sigaretten. In dat opzicht zijn e-sigaretten voor tabaksrokers een stap weg van tabak. Daar staat tegenover dat e-sigaretten ook een opstap kunnen zijn naar het roken van tabaksproducten, omdat de smaak, de smaakjes en accessoires op zichzelf, een grote aantrekkelijkheid organiseren, misschien sterker dan bij klassieke sigaretten. Dat is enigszins een paradox die we beter niet laten bestaan.

Een importeur die e-sigaretten op de Belgische markt wil verdelen en dus verkopen, zal zich ten gevolge van het koninklijk besluit moeten houden aan strikte voorwaarden en zal dat ook moeten aantonen in een zogenaamd kennisgevingsdossier. Zo zal het niet meer mogelijk zijn om lichtjes aan te brengen om de e-sigaret op te vrolijken of enthousiasmerende omschrijvingen te gebruiken voor aroma's die e-sigaretten bevatten. Op de verpakking moet ook een onuitwisbare gezondheidswaarschuwing komen in de drie talen van het land. De bijsluiter in de verpakking zal in de toekomst eveneens in drie talen moeten.

Het koninklijk besluit geeft mij ook de mogelijkheid om te werken met een positieve dan wel een negatieve lijst van stoffen die toegelaten respectievelijk verboden zijn. Momenteel kunnen – schrik niet – meer dan 1.800 stoffen gebruikt worden in de e-vloeistoffen, vaak smaakstoffen of aroma's. De schadelijkheid van die stoffen is vaak onvoldoende bekend. Ik wil dus de mogelijkheid hebben om op basis van nieuwe inzichten omtrent de schadelijkheid van die stoffen snel beslissingen te nemen.

Het koninklijk besluit legt ook enkele regels vast met betrekking tot het kennisgevingsdossier om op de Belgische markt producten te mogen aanbieden. Een importeur die niet aan de voorwaarden voldoet, kan niet de Belgische markt op. Op basis van datzelfde kennisgevingsdossier kan de gezondheidsinspectie datgene wat er feitelijk op het terrein gebeurt, ook veel beter controleren.

Wij moeten er alles aan doen om mensen, en niet het minst de jongeren, het roken te ontraden. Met het nieuwe KB, dat klaarligt voor publicatie en na zes maanden in werking treedt, zetten we een belangrijke stap om het hele e-sigaretgebeuren beter te controleren en leggen we beperkingen op waar nodig opdat e-sigaretten geen aantrekkelijke opstap wordt die jonge mensen uiteindelijk bij klassieke sigaretten en tabaksproducten brengt. Hopelijk wordt het KB zo snel mogelijk gepubliceerd en kunnen we daarmee verder aan de slag.

02.04 Mieke Claes (N-VA): Ik ben uiteraard blij te horen dat de ontwerpversie morgen op tafel ligt. Ik ga er ook helemaal mee akkoord dat groepen niet mogen worden gestigmatiseerd; de maatregelen moeten wel doelgericht en effectief zijn. We mogen daar niet blind voor zijn.

Ik kan mij tot nu toe enkel beroepen op de ontwerpversie en daarin blijven de maatregelen voor de kwetsbare groepen erg vaag omschreven. Hopelijk zitten in de nieuwe versie concrete, evenwichtige maatregelen, zodat we voldoende gezondheidswinst kunnen boeken bij alle lagen van de bevolking. Het zou bijzonder jammer zijn dat we over vijf of vijftien jaar weer een verwaarloosbare daling van het aantal rokers meten. Ik denk dat u die mening wel met mij deelt.

02.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Madame la présidente, monsieur le ministre, je suis favorable aux mesures de lutte contre le tabac que vous annoncez. Cela ne date pas d'aujourd'hui. Vous avez d'ailleurs déjà fait voter contre certaines de mes propositions de loi qui traduisaient cela. Certaines étaient déposées depuis parfois bien longtemps. Nous avons manqué des occasions d'avancer plus vite.

Je soutiendrai en tout cas toute initiative. Cela m'est égal qu'on ne vote pas mes textes; sauf quand on tarde à les voter, ce qui est le cas maintenant.

Vous parlez du rideau de fumée devant les hôpitaux. C'est très clairement vrai; mais c'est aussi le cas devant les gares, par exemple. Peut-être ne serait-il pas inintéressant, quand vous aurez fait votre petit tour entre le gouvernement fédéral et la conférence interministérielle, que nous puissions peut-être aussi avoir un débat ici, à la Chambre. Madame la présidente, je vous fais cette suggestion, puisque vous présidez aujourd'hui.

Monsieur le ministre, ce qui me frappe, ce sont vos choix de timing. Il y a des choses qui peuvent assez vite être mises en œuvre. Et puis, on évoque 2025. On évoque 2028 pour certaines mesures. Je ne peux pas imaginer cela. Vous êtes convaincu que, par an, 14 000 patients décèdent de manière prématurée à cause du tabac; mais 300 000 malades chroniques sont directement liés au tabac. Nous ne pouvons pas nous permettre, ni d'attendre 2024, ni d'attendre 2025, et encore moins d'attendre 2028.

Au niveau de la Belgique, nous avons reculé dans la fameuse *Tobacco Control Scale*. Dans ce classement européen, nous sommes aujourd'hui dixièmes alors que nous étions bien mieux positionnés. Nous reculons au niveau des initiatives d'interdiction législative pour contrer le tabagisme, que ce soit dans les nouvelles ou les plus anciennes générations. Nous sommes trop frileux.

Permettez-moi de vous dire que vous, comme ministre, mais aussi l'ensemble du gouvernement, et les autres ministres des entités fédérées, ne pouvez pas céder au lobby des cigarettiers. Il est puissant. J'ai déjà reçu des courriers, depuis le temps que je milite contre le tabac et pour les patients, d'abord et avant tout. Je peux vous assurer que j'en ai reçus, des courriers. Ce lobby est tellement puissant. Regardez le registre des lobbies à la Chambre. Le secteur cigarettier est fréquemment à la Chambre, manifestement pour travailler au corps différents partis politiques.

Ne cédez pas, monsieur le ministre. Battez-vous pour faire évoluer le timing, pour accélérer les pas supplémentaires. Il s'agit, en fait, de la vie de patients qui, aujourd'hui, en sont les victimes. Je vous remercie.

02.06 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, ik heb destijds in het UZ Leuven een radioloog gevraagd wat de federale overheid kan doen om kanker terug te dringen. Zijn antwoord had niets te maken met infrastructuur of dergelijke. Zijn enige antwoord was evenwel om tabak aan te pakken, omdat de kankers ten gevolge van tabak afschuwendelijk zijn. We zijn er allemaal van overtuigd dat op dat gebied de grootste gezondheidswinst kan worden geboekt. Nog altijd sterft een vol vliegtuig mensen per week ten gevolge van tabak.

Het is een goede zaak dat de federale regering nieuwe stappen zet om tabak aan te pakken. Zo hebben we twee weken geleden tabaksautomaten afgeschaft. Ik was daar ook voorstander van en heb daarover een eigen wetsvoorstel ingediend. Het nieuwe tabaksplan, dat morgen wordt voorgelegd, streeft er ook naar om het minder aantrekkelijk te maken op bepaalde plaatsen buiten te roken. Voorts wordt de prijs aangepakt, die ook een belangrijk aspect vormt. Hopelijk gaan we in de richting van een taksshift.

Een derde belangrijke punt is de toegankelijkheid. Het aantal verkooppunten moet worden teruggedrongen. In een eigen wetsvoorstel heb ik gesteld dat we moeten evolueren naar unieke verkooppunten, beperkt tot de specifieke tabakswinkels, zodat tabak niet meer in supermarkten wordt verkocht. U spreekt over grote voedingswinkels. Het is goed dat dat wordt aangehaald, maar 2025 en 2028 lijken nog ver. We moeten sneller vooruitgang boeken.

Inzake de e-sigaret heb ik in een wetsvoorstel gepleit om het aantal aroma's en grondstoffen terug te dringen in een nieuw koninklijk besluit. In een nieuw KB gaat u daarop in en spreekt u over een positieve of negatieve lijst. Hopelijk heeft die lijst niet alleen betrekking op de grondstoffen, maar ook op de aroma's. Ik zie immers niet in waarom volwassenen zouden worden aangesproken door bubbelgum, mango of snoep. Die aroma's spreken vooral kinderen aan. We moeten daarmee dan ook komaf maken, zoals dat al is gebeurd in Nederland. Ik hoop dat de positieve lijst niet alleen toelaat op grondstoffen te werken, maar ook op die aroma's. We kijken dus uit naar het koninklijk besluit dat ervoor moet zorgen dat minder jongeren beginnen te roken via de e-sigaret.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Actualiteitsdebat over het onderschatte covidmateriaal en toegevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De waarde van de vervallen covidvaccins" (55032396C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De onderschatting van de kostprijs van het vervallen testmateriaal" (55032439C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De onderschatte waarde van het vervallen covidmateriaal" (55032462C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Fouten bij de berekening van de waarde van de strategische stock" (55032502C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De opvolging van vervallen producten in de strategische stock bij partners" (55032505C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De waarde van het vernietigde materiaal voor de bestrijding van de coronapandemie" (55032537C)

03 Débat d'actualité sur le matériel covid sous-évalué et questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La valeur des vaccins anti-covid périmés" (55032396C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La sous-estimation du coût du matériel de test périmé" (55032439C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La sous-estimation de la valeur du matériel covid périmé" (55032462C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Les erreurs de calcul de la valeur du stock stratégique" (55032502C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le suivi des produits périmés dans le stock stratégique chez des partenaires" (55032505C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La valeur du matériel destiné à la lutte contre le covid détruit" (55032537C)

03.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, uit een onderzoek van *Het Laatste Nieuws* blijkt dat u helemaal niet op de hoogte was van de correcte kostprijs van het vervallen testmateriaal in de strategische stock. U zat er geen klein beetje naast, want u schatte de waarde van de vervallen producten maar liefst 390 keer te laag in. U gaf dat uiteindelijk toe en sprak van een vervelende fout.

Ik geef even een van die vervelende fouten. De FOD schreef dat een bepaald product 4,9 euro per stuk waard was, terwijl de werkelijke prijs 1.905 euro per stuk is. Een vervelende fout. U excuseerde zich voor deze vervelende fout, maar dit bleek jammer genoeg niet de enige vervelende fout te zijn. In de omstrede

labs van het federaal testplatform blijkt nog heel wat vervallen materiaal te liggen. Ook daaromtrent werden verkeerde cijfers gegeven.

Welk product werd er precies beschreven als 4,9 euro per stuk waard, terwijl het 1.905 euro per stuk is?

Wie is er verantwoordelijk voor deze in mijn ogen serieuze vergissing?

Wat is nu het werkelijke bedrag aan vervallen materiaal in de stock?

Wanneer komt er eindelijk een externe audit van onder andere de FOD Volksgezondheid?

03.02 Catherine Fonck (Les Engagés): Madame la présidente, monsieur le ministre, Mme Depoorter vous a interrogé à plusieurs reprises concernant le matériel destiné à la lutte contre le covid-19. Vous avez commis des erreurs et vous les avez reconnues. Mais cela soulève deux questions fondamentales. Je ne rappelle pas la saga, tout le monde en ayant connaissance.

La première question est relative au gaspillage. C'est un nouveau *masks gate*. Si je devais résumer l'histoire, c'est de cela qu'il s'agit, d'autant plus qu'on n'est plus dans le contexte d'urgence absolue de la situation de covid qui a duré deux ans. On a quand même eu du temps. Une vraie capacité de gestion optimale aurait dû être mise en place. On a souvent parlé du fameux stock dynamique, même si je ne vois pas grand-chose arriver

La deuxième question fondamentale qui se pose est de savoir comment on a pu se tromper de manière répétée et de manière aussi énorme. On ne s'est pas trompé de dix centimes ni même dix euros. Quand une erreur porte sur un ratio 390 fois supérieur à ce qui avait été dit, c'est beaucoup! Cela a été répété à maintes reprises. Comment en arrive-t-on à une telle situation? Pourquoi tout cela a-t-il été minimisé? Pour éviter de faire apparaître un gros montant qui aurait été jeté à la poubelle? S'agit-il d'une erreur matérielle, auquel cas cela pose question? Comment pouvez-vous l'expliquer? Quelles mesures sur le fond seront-elles enfin réellement prises pour éviter de tels gaspillages ou éventuellement une telle mauvaise estimation du coût de ce qui a été jeté et pour gérer ce stock autrement? Quand la décision de jeter a été prise, a-t-on bien mesuré qu'il ne s'agissait pas de *peanuts*?

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb ook een aantal vragen over de waardebeoordeling van de strategische stock. Het is niet de eerste maar eerder de honderdenvijfde keer dat ik u daarover ondervraag. Ik vraag u vooral naar de precisie, de manier van werken en de professionaliteit die u aan de dag hebt gelegd.

Mijn eerste luik vragen gaat over de aangekochte en vervallen vaccins. Hoeveel vaccins waren er op 6 december 2022 vervallen? Welk type vaccins is vervallen? Wat was hun aankoopprijs en marktwaarde?

Ik heb u in deze commissie al vaker gewezen op mogelijke fouten – fouten waarvan ik me bewust was, maar u duidelijk niet – in de telling en de waardebeoordelingen van zowel geneesmiddelen als medische hulpmiddelen en testmateriaal in uw strategische stock. Ik heb het expliciet gehad over het aantal voorradige testen en geneesmiddelen, niet over het aantal doosjes. Een recent voorbeeld ging over de verschillende prijzen van de Greiner-tubes, waarover u mij vanuit uw diensten steeds andere informatie gaf. U antwoordde toen dat het ging om tubes met of zonder virusstabilisator. Het is heel duidelijk dat ik, telkens als ik een tabel opvraag over dezelfde informatie, een antwoord krijg dat verschilt van uw eerdere antwoord. Dat gaat bijvoorbeeld over de aankoopdatum van een bepaald type tubes. De ene keer verklaart u dat ze niet werden aangekocht in 2020, de andere keer verklaart u het tegendeel.

Mijn stelling van bij het begin van deze pandemie, toen ik u vroeg naar het FAGG, de FOD Volksgezondheid, Sciensano en al uw federale organisaties, is steeds geweest dat het u siert dat u uw personeel verdedigt, maar dat het uw taak is om te controleren of uw personeel wel degelijk gemotiveerd is, over de juiste capaciteiten beschikt en dus op zijn plaats zit.

In het artikel van 8 december 2022 in *Het laatste Nieuws* stond dat testmateriaal zes maal meer kost dan de waarde waarvoor het werd ingeboekt. Andere zaken bleken tot 390 keer lager ingeschreven dan eigenlijk moest.

Dat heeft uiteraard te maken met het feit dat er meer testen in een verpakking zitten dan men dacht. Wat wil

dat zeggen? Dat betekent dat de persoon die dat gecontroleerd heeft geen farmaceutische en logistieke kennis heeft en dus niet optimaal bekwaam was om dat te doen.

Mijnheer de minister, wie voerde de inventaris uit? Ik heb u vaak gevraagd of u wel zeker was van de waarde van de stock. Ik heb ook verwezen naar het Rekenhof. U hebt zelf verwezen naar audits.

Hebt u, toen er is verwezen naar een extra audit van het Rekenhof, ook extra controle uitgevoerd inzake de tests en de geneesmiddelen? Was er een apotheker aanwezig bij de controle? Wie is de verantwoordelijke?

Er werden mails verstuurd naar uw kabinet, maar ook naar het kabinet van de eerste minister, door de toenmalige distributeur Medista, met de informatie dat er een groot aantal vervallen of bijna vervallen stockproducten aanwezig was. Uw kabinetschef is ter plaatse geweest. Welke gevolgen gaf hij aan dat bezoek?

Kunt u mij uitleggen waarom volgens u de tabel van april 2022 voor de regering wel nog klopt?

Ik geef u ter zake mee dat de API's voor de spierverslappers, waarover wij vorige week hebben gediscussieerd, voor een bedrag van zeker 730.000 euro – mijnheer de minister, ik heb de aankoopfactuur bij mij –, vervallen zijn. Aan het bedrag van 4,3 miljoen euro aan vervallen geneesmiddelen dat u aan de regering hebt gerapporteerd, is er nog een extra bedrag van 730.000 euro toe te voegen. Hoe komt het dat dit bedrag niet was toegevoegd? Hoe verklaart u dat uw nota wel nog standhoudt?

De fout lag onder andere bij de TaqPaths die waren ingeschreven voor een bedrag van 389 euro, terwijl dat eigenlijk 2.350 euro moest zijn. Het ging om een keer 197 stuks en een keer 500 stuks. Hoe kan die fout gebeuren wanneer u zich toch professioneel met de zaken bezighoudt?

Kunt u vandaag een correcte waarde geven van het vervallen materiaal dat vandaag aanwezig is bij Medista? Het staat klaar om te worden vernietigd door Indaver. Kunt u mij de huidige waarde van de vervallen stock meedelen? Bent u zeker dat die waarde klopt?

Kunt u mij ook bevestigen wat u vorige week hier in de commissie hebt verklaard, namelijk dat er geen rocuronium bij het vervallen materiaal aanwezig is? Bevestigt u dat formeel?

De strategische stock waarover u beschikt wordt op meerdere plaatsen fysiek ondergebracht bij de verschillende partners. In de commissie werd al ingegaan op het feit dat u toen hebt toegegeven dat 60 % van de strategische stock vervallen was.

Mijnheer de minister, wat is er tot op heden met de resterende 40 % van de voorraad gebeurd? Hoeveel van de strategische stock wordt vandaag nog bij Gosselin ondergebracht? Hoeveel daarvan is er vervallen? Wat is er gebeurd met de vorige vervallen stock? Wat gebeurt er met de resterende 70 % van de stock? Wat is er gebeurd met de stock die destijds nog niet vervallen was, maar dat vandaag wel is?

03.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Geachte leden, ik geef twee algemene beschouwingen op voorhand, waarbij ik vooral inga op de inleiding van mevrouw Fonck. Natuurlijk is er stock die vervalt en dat gaat zelfs over grote bedragen, of het nu gaat over vaccins, testmateriaal of mondmaskers, omdat er, achteraf gezien, te veel is gekocht. Dat is de belangrijkste reden. De omgekeerde fout maken, namelijk te weinig kopen, zou u echter waarschijnlijk nog harder aanklagen, en terecht.

Ik blijf dus zeggen dat het bijzonder gemakkelijk is om achteraf te zeggen dat wij te veel hebben gekocht, waardoor wij met vervallen materiaal zitten. Als u dat niet hebt gezegd, dan zijn wij het helemaal eens. Nu komen met de wijsheid achteraf dat er te veel is gekocht en dat het materiaal vervalt, vind ik echter bijzonder gemakkelijk. Natuurlijk hebben wij te veel gekocht. Stel u eens voor dat wij te weinig gekocht hadden. Mevrouw Depoorter, u zult zich herinneren dat u in de plenaire vergadering vaak bijna stond te roepen, bij wijze van spreken, dat wij meer vaccins moesten kopen. Wij hebben ons best gedaan om voldoende vaccins te kopen en op een bepaald ogenblik hebben wij er ook te veel gekocht, maar hoe rampzalig zou de omgekeerde fout niet zijn geweest?

Mijn ambtenaren en de consultants die de voorbije tweeënhalve jaar voor mij hebben gewerkt, hebben zich te pletter gewerkt in bijzonder moeilijke omstandigheden, die in het begin vaak zeer chaotisch waren. Ik laat die mensen inderdaad niet zomaar vallen, zelfs al is het zo dat zij mij op een bepaalde dag een foute berekening

hebben doorgegeven die ik aan een journalist heb gegeven, waarna de journalist zegt dat die berekening niet klopt. Ik vind dat zeer vervelend. Dat is een fout, maar een minister die dan zijn ambtenaren publiek met de vinger begint te wijzen ... Nee, nee, nee. Die mensen hebben zich te pletter gewerkt, vaak in zeer chaotische omstandigheden, wat veel van de moeilijkheid om alles op te volgen verklaart. Die twee opmerkingen ten gronde wilde ik graag maken.

Ik zal niet nog eens herhalen wat ik, bij wijze van spreken, al 35 keer heb gezegd, mevrouw Depoorter, want u blijft altijd maar hetzelfde zeggen over een aantal discussies uit het verleden. Dat zal ik niet allemaal herhalen, maar ik zal wel proberen in detail in te gaan op de vragen die nu voorliggen en ik zal – in het Frans – een klein beetje meer toelichting geven bij wat inderdaad een echte rekenfout was die is gebeurd bij de FOD. Ik ben echter niet de man die dan zijn ambtenaren, experts en consultants plotseling met de vinger begint te wijzen. Die mensen hebben zich te pletter gewerkt, maar er is een rekenfout gebeurd. Nu, ik heb niet de regering of het Parlement belogen, ik heb op een welbepaalde vraag van een journalist informatie gegeven. Hij vroeg mij hoeveel de vervallen producten waard waren. Ik gaf hem die informatie, waarop die journalist zei dat dat bedrag volgens andere bronnen niet klopte. Ik heb dat snel rechtgezet en een paar weken later heeft de journalist dat relaas gebracht in de krant. Dat is er gebeurd. Het zou iets heel anders zijn als ik bijvoorbeeld willens en wetens in de regering zou zeggen dat er voor 90 miljoen euro vernietigd moet worden terwijl er voor 120 miljoen te vernietigen zou liggen. Wel, ik denk dat dat niet zo is, en dat wil ik even met u overlopen.

Er is een verschil tussen enerzijds een rekenfout in een antwoord op een vraag van een journalist bij diezelfde journalist rechtzetten, waarop die journalist zegt dat de diensten fouten maken, en anderzijds u of de regering komen beliegen over wat wel en niet vernietigd moet worden. Mevrouw Depoorter, laten we even dat onderscheid maken, en vooral zou ik er u aan willen herinneren hoe u hebt staan roepen dat we veel meer vaccins moesten kopen, ook tegen de apenpokken. We moesten véél meer kopen! We hebben nu ook veel te veel apenpokkenvaccins, maar goed, die kunnen we ingevroren houden. We moesten dus vooral veel meer kopen! En nu zegt u: "U hebt precies wat te veel gekocht?" Ach ja, maar de omgekeerde fout zou wel erger zijn, hé?

Ik zal nog een paar details geven omdat men ze vraagt.

L'information relative à la valeur de ce lot communiquée au *Laatste Nieuws* était donc erronée. Le produit IVD qui a été estimé 393 fois moins cher que sa valeur actuelle est un composant du kit RT-PCR TaqPath. Le kit TaqPath permet théoriquement la réalisation de 1 000 tests. Chaque kit comprend quatre composants. Le composant 1, c'est le TaqPath COVID-19 Control Dilution Buffer. Le composant 2, c'est le TaqPath COVID-19 RT-PCR kit. Le composant 3, c'est le TaqPath COVID-19 Control. Le composant 4, c'est le TaqPath 1-Step Multiplex Master Mix.

Les composants de ces kits doivent être vendus ensemble par le fournisseur d'intérêt car c'est la seule solution pour que ces kits soient reconnus comme IVD et non comme RUO (*research use only*). C'est ce qui a été demandé dans le cahier des charges du marché public où il est bien mentionné que la demande concernait des kits conformes à la norme IVD, donc complets.

Cependant, en pratique, l'utilisation de chaque composant de ce kit, par les laboratoires de la plate-forme fédérale, est différente de l'utilisation théorique prévue par le fournisseur, à savoir Life Technologies. Le composant 2 est celui dont la quantité utilisée se rapprochait le plus de l'utilisation théorique recommandée par le fournisseur. Les autres composants (les composants 1, 3 et 4) ont été utilisés dans des quantités moindres par les laboratoires de la plate-forme fédérale. Ce faisant, il y avait toujours des composants de ce kit en excès qui n'ont pas été utilisés avant que leur date d'expiration n'intervienne. Le kit TaqPath étant coûteux, il fait l'objet d'une attention particulière.

Depuis le démarrage de la plate-forme fédérale, les kits TaqPath ont été achetés auprès de la firme d'intérêt à différents prix passant du simple au demi. La répartition des prix des quatre composants a, quant à elle, évolué. En effet, le kit étant composé de quatre composants, la valeur de chacun d'eux a initialement été estimée à un quart du prix du kit. En décembre 2021, la firme a communiqué une répartition des prix plus précise pour chacun des composants.

Le conditionnement complexe du kit et la répartition du prix des quatre composants ont été une source de confusions. Une erreur a donc été commise. Je dois dire également que le service n'était techniquement pas le même que celui qui gérait le stock stratégique depuis deux ans. L'erreur a été reconnue et corrigée.

L'information a été transmise au journaliste qui avait posé la question, il y a trois ou quatre semaines, me semble-t-il.

J'en viens aux produits IVD en destruction, expirés ou en voie d'expiration et à la valorisation. D'abord, dans la note ayant fait l'objet de l'accord du Conseil des ministres du 1^{er} avril 2022 concernant la destruction des médicaments, dispositifs médicaux, matériel de test DIV, équipements de protection individuelle périmés, la valeur des IVD déjà expirés, en voie d'expiration ou de qualité insuffisante avait été estimée à près de 25 millions d'euros.

Concernant les kits TaqPath qui font l'objet d'une attention particulière, leur valorisation avait été estimée au départ de l'avant-dernier prix d'achat. Les kits dont la date d'expiration était antérieure ou égale à mars 2022 avaient été valorisés à 5,5 millions d'euros. Les kits en voie d'expiration jusqu'en août 2022 avaient alors été valorisés à 450 000 euros. À la suite de l'accord, un appel d'offres public a été lancé. Cette procédure ouverte a porté sur le transport et la destruction desdites marchandises pour une durée de quatre ans durant laquelle les marchandises peuvent être détruites périodiquement. Concernant le transport et la destruction des produits IVD, c'est-à-dire le lot 2, le marché public a été attribué à la S.A. SGS EWACS. En conclusion, les chiffres mentionnés dans la note au Conseil des ministres représentaient bien des estimations valables.

Ensuite, concernant les produits IVD actuellement en destruction, le démarrage du premier round de la destruction du stock stratégique d'intérêt, c'est-à-dire la phase 1, incluant notamment les produits IVD a été demandée. La demande a porté sur tous les biens IVD de qualité insuffisante quelle que soit la date d'expiration ou de qualité suffisante avec une date d'expiration antérieure ou égale à août 2022. Dès le 16 novembre 2022, le transport de ces produits a été opéré par SGS au départ de Medista vers SGS. La destruction des produits d'intérêt y est actuellement opérée. Si vous le souhaitez, je peux vous faire parvenir un tableau mais je dois le mettre sur papier. Vous y trouverez le nombre d'unités qui s'élève à 20 224 410 et la valorisation, TVA comprise, qui est de 29 711 494,44 euros.

En comparaison avec la note ayant fait l'objet de l'accord au Conseil des ministres du 1^{er} avril – je compare donc les produits IVD actuellement en destruction – les produits IVD suivants n'ont pas été inclus dans cette note: les consommables de laboratoires mis en quarantaine ayant expiré et de qualité insuffisante, le matériel de protection individuelle ayant expiré, retourné depuis les centres de *testing*. Les composants des kits d'extraction aérienne expirés qui ne proviennent pas de Diagenode ont été inclus dans la note dans la section *VST and swaps*, achetés durant la première vague de covid-19. Le nombre de tests sérologiques a été complété depuis avril 2022.

Concernant les kits TaqPath qui font l'objet d'une attention particulière, certaines quantités de composants ont été légèrement diminuées. Ces différences s'expliquent notamment par les livraisons de ces composants qui ont été opérées vers les laboratoires parallèlement à la rédaction de la note, qui n'a donc pas considéré ces livraisons et la diminution de stock s'y référant.

Donc, en résumé, je crois que la note était correcte. Évidemment, nous sommes plus tard qu'avril 2022. J'ai fourni tous les éléments que je pouvais donner sur cette question précise.

Quels sont les produits actuellement expirés? Nous utilisons les données suivantes: la dernière liste du stock d'IVD fournie par Medista et datée du 2 septembre 2022, les prix moyens communiqués pour l'inventaire IVD de 2021, les derniers prix d'achat du kit TaqPath. Les produits IVD actuellement expirés qui n'ont pas fait partie de la phase 1 de la destruction sont précisément des produits de qualité suffisante ayant expiré en septembre 2022, en octobre 2022, en novembre 2022 et jusqu'au 12 décembre 2022 inclus. Leur valeur est estimée à 9,5 millions d'euros. Je vous ferai parvenir deux tableaux qui comprennent tous les détails.

J'en viens à présent aux produits IVD au sein des laboratoires de la plate-forme fédérale. Une enquête a été lancée en septembre 2022 auprès des laboratoires de la plate-forme fédérale dans le but d'y cartographier le stock de matériel de laboratoire utilisable. La valorisation de ce stock a toutefois été estimée au départ de prix non affinés au regard du conditionnement du matériel d'intérêt. Le prix du composant du kit TaqPath ayant été estimé beaucoup plus bas que sa valeur actuelle, les estimations communiquées ont été biaisées.

Les tâches opérationnelles des huit laboratoires de la plate-forme fédérale n'ont pas été prolongées et ont pris fin, selon le laboratoire concerné, entre le 26 octobre 2022 et le 23 novembre 2022. Le matériel de laboratoire livré auprès des huit laboratoires qui étaient encore présents devrait être rapatrié prochainement

auprès du partenaire logistique. La récupération rapide de ce stock garantirait un comptage précis et homogène des produits IVD.

Quant au matériel expiré stocké au sein des huit laboratoires, il n'a jusqu'à présent pas fait l'objet d'une valorisation précise car il relève de la bonne gestion des stocks de chacun des huit laboratoires associée à leurs consommations et besoins respectifs.

Troisièmement, le service de gestion de crise du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement est responsable des inventaires. Tous les collaborateurs agissent intégralement au nom et pour le compte du SPF. Dans le cadre de l'inventaire 2021, aucune remarque n'a été adressée par la Cour des comptes sur les stocks F00730 ou F00530, que sont les IVD.

J'en arrive aux vaccins.

Er zijn 461.000 dosissen van Vaxzevria definitief vervallen, waarvan 14.200 op 31 oktober 2021, 10.000 op 30 november 2021 en 436.800 op 31 mei 2022.

Op 31 augustus 2022 vervielen 407.600 dosissen van het vaccin Nuvaxovid.

Van het Spikevax-vaccin zijn in totaal 1.512.000 dosissen vervallen, waarvan 1.100 op 1 oktober 2022, 10.700 op 2 oktober 2022, 341.300 op 3 oktober 2022, 137.100 op 10 oktober 2022, 387.500 op 14 oktober 2022, 800 op 25 oktober 2022, 327.100 op 9 november 2022, 59.400 op 15 november 2022, 79.200 op 20 november 2022, 67.200 op 20 november 2022, 9.100 op 28 november 2022, 78.900 op 3 december 2022 en 12.600 op 4 december 2022. Deze vaccins zijn nog niet vernietigd.

U weet dat België voor de afname van de vaccins deelnam aan de Europese contracten. Ik zal u dus, als gevolg van de geheimhoudingsplicht, niet informeren over de waardes van deze vaccins.

De geneesmiddelen en medische hulpmiddelen werden nog niet vernietigd. De waarde van de geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die vroeger dan of gelijk aan augustus 2022 vervallen zijn, is 8.304.713 euro.

Vervolgens heb ik het over het persoonlijke beschermingsmateriaal. In de nota die goedgekeurd werd op de ministerraad van 1 april 2022 werd het volgende aangegeven.

"Een deel van de PPE-stock is van inferieure kwaliteit, de zogenaamde rode stock, waardoor hij niet kan worden ingezet. Het gaat om chirurgische maskers en ademhalingsbeschermingsmaskers die niet voldoen aan de vereisten van het alternatieve testprotocol. De FOD Economie laat niet toe dat deze maskers worden verdeeld. Ook bevat de rode stock schorten die op het terrein als van inferieure kwaliteit werden geëvalueerd en intussen vervallen zijn. Daarnaast omvat de rode stock FFP2-maskers die over heel de omtrek moeten worden vastgetapet (*tape all*).

Een overzicht wordt gegeven in de volgende tabel: 967.600 Apron-maskers met als eenheidsprijs 4,62 euro; het totaal is dus 4.470.312 euro. Er zijn ook 12.350.040 KN95-maskers met als eenheidsprijs 3,65 euro; het totaal is dus 45.077.646 euro. Voorts zijn er 8.862.550 *surgical masks*, eenheidsprijs: 0,28 euro, totaal: 2.481.514 euro. Algemeen totaal: 52.029.472 euro.

Daarnaast zal een deel van de stock in het derde en vierde kwartaal van 2022 vervallen. Deze stock zal voorlopig nog verder verdeeld worden volgens het FEFO-principe – *first expired, first out* –, waarbij ook zal worden gewerkt via internationale donaties. Het risico bestaat evenwel dat ook van dit materiaal een deel later op het jaar zal moeten worden vernietigd. Hiervan kan evenwel nog geen inschatting worden gegeven."

Tot daar het citaat uit de nota. Ik voeg eraan toe dat intussen in het derde en vierde kwartaal van 2022 effectief heel wat extra materiaal vervallen is, zoals ik toen heb aangekondigd. Dat is allemaal zeer duidelijk en helder.

Wat de vorige vervallen stock betreft, sprak u over 60 %, mevrouw Depoorter. U moet mij eens uitleggen waar dat percentage precies naar verwijst?

De stock met een vervaldatum tot en met 31 augustus 2022 wordt op dit moment vernietigd, als eerste fase

van de vernietiging. De ophaling van deze te vernietigen goederen bij Gosselin startte op 15 november. De goederen met een vervaldatum na 31 augustus zullen worden opgenomen in de tweede fase van de vernietiging. De totale hoeveelheid vervallen goederen bij Gosselin op 15 november is als volgt: beschermbrillen, 8.400 stuks (vervallen of niet bruikbaar); chirurgische maskers, 126.094.000; FFP2/KN95-maskers: 31.674.220; isolatiejassen Apron, 9.433.000. Dat is de totale hoeveelheid goederen bij Gosselin op 15 november 2022. Dat is inclusief de hierboven vermelde cijfers uit de nota aan de ministerraad.

Wat de resterende voorraad betreft, is het voor mij opnieuw onduidelijk waar het percentage van 40 % precies naar verwijst, mevrouw Depoorter.

Zoals eerder in antwoorden aangegeven, werden de pistes voor verdeling vanaf 2021 verruimd. Gelet op het feit dat een groot deel van de FFP2-maskers vanaf midden 2022 niet meer bruikbaar zou zijn, werd meer dan een jaar op voorhand gehandeld om een ruime verdeling op te zetten. Naast de oorspronkelijke verdeling naar de zorgsector, werd ook verdeeld naar de ngo's, de federale overheidsdiensten, het Rode Kruis, voedselbanken en laboratoria, en via internationale donatie. Deze manier van werken werd dus altijd voortgezet. Sinds vorig jaar echter is de vraag naar deze goederen zeer laag en de verdeling beperkt.

Daarenboven mogen de mondmaskers die volgens het alternatieve testprotocol van de FOD Economie en het FAGG getest en goedgekeurd zijn, sinds 1 augustus 2022 niet meer worden gebruikt, ongeacht de vervaldatum. Conclusie: de goederen worden nog steeds verdeeld waar er vraag is, maar voor goederen met een heel korte vervaldatum is er sowieso geen vraag gedetecteerd.

Verder had u vragen over een aantal API's. De aankooprij van midazolam-API, atracurium-API en rocuronium-API bedroeg 2.097.652,69 euro. Er werd 59 kg atracurium aangekocht, met lotnummer 7107AO00620, vervaldatum 28 februari 2023, lotnummer 7107AO00720, vervaldatum 28 februari 2023, lotnummer 7107AO01120, vervaldatum 30 september 2023, lotnummer 710AO00820, vervaldatum 31 augustus 2023 en lotnummer 710AO01020, vervaldatum 30 september 2023. Er werd 78 kg rocuronium aangekocht, met lotnummer 40178/00220, vervaldatum 30 april 2025, lotnummer 43178/00420, vervaldatum 30 juni 2025 en lotnummer L00046686, vervaldatum 31 oktober 2021. Er werd 10 kg midazolam aangekocht, met lotnummer 23.04.20/0562, vervaldatum 28 februari 2025.

De FOD geeft mij op dit ogenblik de volgende informatie. Er staat geen API klaar voor vernietiging aangezien de FOD Volksgezondheid de mogelijkheid wilde onderzoeken om de houdbaarheid te verlengen met bijkomende testen. Het FAGG liet de FOD intussen echter weten dat dit volgens de farmaceutenwetgeving niet mogelijk was. Daarom zullen de vervallen API deel uitmaken van de toekomstige vernietigingsfase.

Zoals eerder gecommuniceerd, werd het atracurium-API niet naar *vials* omgezet. Echter, in de strategische stocks waren er nog atracurium-*vials* aanwezig, die aangekondigd werden als vergunde verpakkingen. Het vervallen aantal atracurium-*vials* van deze vergunde verpakkingen werd u tijdens een vorige commissie meegedeeld aangezien er toen werd gevraagd naar andere spierverslappers.

De rocuronium-*vials* die werden gefabriceerd door UCB en Cenexi en de midazolam voorgevulde spuiten die werden gefabriceerd door Catalent zijn conform bevonden volgens de analyses.

Er werden tot nu toe geen dosissen gebruikt in de ziekenhuizen, als gevolg van wettelijke beperkingen die het gebruik van die *vials* verhinderen indien een gelijkwaardig of alternatief geneesmiddel, zelfs uit het buitenland, beschikbaar is. De toekomst van die producten zal geëvalueerd worden in samenspraak met het FAGG. Het API atracurium werd niet tot *vial* omgezet.

Sciensano en de Dienst voor Geneesmiddelenonderzoek, het analyselaboratorium van de Algemene Pharmaceutische Bond, voerden de analyses uit. Het volgende werd geanalyseerd: *appearance identification* essay, onzuiverheden, pH en steriliteit. Ik kan u de data geven. De analyses werden uitgevoerd op de volgende *time points*: T0 op 12 mei 2020, T1 op 12 juni 2020, T2 op 12 juli 2020, T3 op 12 augustus 2020, T4 op 12 september 2020, T5 op 12 oktober 2020, T6 op 12 november 2020, T9 op 12 februari 2021, T12 op 12 mei 2021, T18 op 12 november 2021 en T24 op 12 mei 2022, waarbij de eerste een *full control* was, de tweede een *partial control*, de derde was *cancelled*, de vierde een *partial control*, T4 een *partial control*, T5 een *partial control*, T6 een *partial control*, T9 een *partial control*, T12 een *full control*, T18 een *partial control* en T24 een *full control*.

De attestaten werden steeds enkele weken na het *time point* gefinaliseerd en goedgekeurd. Ik kan u de attestaten voor *time point* 24 voor rocuronium en midazolam bezorgen, die kunnen u worden toegestuurd. Ik kan u ook nog een bijlage doorsturen met de resultaten van de voorgaande *test points* voor rocuronium, zodat u werkelijk alle mogelijke informatie hebt.

03.05 Dominiek Sneepe (VB): Mijnheer de minister, dat was nogal een litanie. Ik heb niet goed begrepen hoe die 4,9 euro opeens 1.905 euro werd. Misschien moet u dat straks nog even verduidelijken, want dat heb ik niet uit uw opsomming kunnen opmaken.

Mijnheer de minister, u moet natuurlijk uw ambtenaren niet met de vinger wijzen, want de politieke verantwoordelijkheid ligt bij u. U moet ervoor zorgen dat uw apparaat goed werkt. U moet ervoor zorgen dat uw ambtenaren goed werk leveren. Er is slechts één persoon verantwoordelijk en dat bent u.

U zei dat er natuurlijk stock vervalt. Dat komt omdat we te veel besteld hebben. Het zou eens anders moeten zijn geweest, dat we te weinig besteld zouden hebben. Allemaal goed en wel, maar ik vraag mij dan af hoe het dan met de roterende stock zit. Als het eerste wat binnenkomt ook eerst buitengaat, dan zouden er toch veel minder vervallen items moeten zijn. Ik kan dus niet anders dan concluderen dat er nog steeds geen roterende stock is of dat er een slecht beheer van de stock is.

Ik wil ook nog even terugkomen op uw vervelende fout. Enkele weken geleden was er een materiële fout. Blijkbaar is de ene fout niet de andere. Een materiële fout, die zelfs geen fout bleek te zijn, dwingt een staatssecretaris tot ontslag. Een vervelende fout is blijkbaar minder erg, want die wordt toegedekt met de mantel der liefde en een hele litanie en opsomming.

Ik kan alleen maar vaststellen dat de fouten, of dat nu materiële of vervelende fouten zijn, elkaar opvolgen en dat deze regering met blunders en fouten aan elkaar hangt. In uw plaats zou ik de eer aan mezelf houden en de stekker eruit trekken, mijnheer de minister.

03.06 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, pour ma part, je ne parlais pas des vaccins. Ma question concernait la destruction des tests covid, son coût et les chiffres erronés que vous aviez communiqués. Vous savez, une bête erreur de calcul, cela arrive à tout le monde - moi, la première. Cela dit, s'agit-il bien d'une telle erreur? Selon moi, c'est la vraie question.

Dans le fond, toute cette histoire n'est-elle pas surtout révélatrice du flou qui entoure la gestion dynamique des stocks? Mon impression est qu'à ce jour, personne ne la maîtrise correctement. D'accord, pendant un quart d'heure, vous nous avez énuméré tous les dispositifs et vaccins stockés. Toutefois, c'est une tactique comme une autre que de lire une longue liste, mais cela n'en fait pas pour autant un témoignage de bonne gestion, monsieur le ministre. Pour moi, c'est la question centrale que vous devez vous poser: oui ou non maîtrise-t-on non seulement le contenu des stocks à un instant T - comme une photo -, et à l'image de l'exercice auquel vous venez de vous livrer, mais - et c'est l'essentiel - maîtrise-t-on parfaitement ces stocks dans le temps?

Il s'agit tout d'abord d'éviter à nouveau les problèmes que nous avons connus avec les masques et les vaccins - qu'on aurait pu utiliser quand ils étaient encore valables -, mais aussi à présent avec les tests covid, qui auraient dû servir alors qu'ils n'étaient pas encore périmés. Oui ou non, maîtrise-t-on parfaitement la gestion dynamique de ces stocks? La répétition de pareils épisodes me donne à penser que ce n'est pas le cas. On aurait en effet pu se servir de ce matériel, au lieu de s'en débarrasser - d'abord pour des raisons de santé, mais également afin d'éviter des gaspillages financiers majeurs.

Un autre aspect laisse apparaître qu'il s'agit d'une question existentielle. Vous ne devez pas seulement vous la poser, mais examiner ce qu'il se passe, quitte à commander un audit. La question existentielle, c'est que demain et après-demain, si nous sommes de nouveau exposés à une nouvelle épidémie, il en ira de la vie de personnes si cette gestion dynamique des différents stocks n'est pas parfaite. C'est votre responsabilité, monsieur le ministre. Si vous ne pouvez pas tout faire, je suis certaine que des experts peuvent y parvenir.

Mais posez-vous la question. Au-delà de la bête erreur de calcul, posez-vous la question. Il faut y remédier pour que demain, cela se passe mieux qu'aujourd'hui. Je vous remercie.

03.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u wilt het maar niet vatten. Ik zeg u al weken en maanden dat uw tabel van 1 april 2022 niet klopt. Hoe langer u zich vastklampt en zegt dat die tabel wel

klopt, hoe zwaarder de fout op uw schouders weegt. U hebt uw collega's in de regering voorgelogen. Ik zal u feitelijk zeggen waar u hen hebt voorgelogen.

U hebt daarnet de prijs van de 26 kilogram API rocuronium gegeven, meer bepaald 730.000 euro. Die is vervallen in oktober 2021. Die moest tussen de geneesmiddelen staan, maar staat er niet tussen. Ook de verwerking van de rocuronium moest ertussen staan, maar die staat er ook niet tussen. Wat betreft de tubes van Diagenode, verwijst u in uw nota wel naar de inferieure kwaliteit voor wat de persoonlijke beschermingsmiddelen betreft, maar niet wat de tubes betreft. Dat gaat over 4,4 miljoen euro, mijnheer de minister. Wij zitten al aan die 110 miljoen euro. U spreekt over 120 miljoen euro. Ik zal er geen cijfer op plakken, maar u hebt in deze nota niet de waarheid gesproken tegenover uw collega's. U maakte de fout en dat is niet zomaar een rekenfoutje. Bepaalde zaken die veel geld kostten, zijn niet meegenomen. De regering had nochtans recht op de waarheid. Ik begrijp niet waarom u die fout niet rechtzet, want ze is niet gewoon vervelend. Ze is amateuristisch en niet professioneel, en u blijft zich daarachter verschuilen.

U zegt dat ik riep dat de regering meer vaccins moest kopen. Uiteraard vond ik dat u voldoende voorraad moest aanleggen, maar goed management betekent dat men bekijkt hoe men het teveel kan verkopen wanneer nodig. U moest ervoor zorgen dat producten die miljoenen euro's aan belastinggeld waard zijn, niet zomaar vervallen. In augustus bent u beginnen kijken of de tubes van Greiner konden worden doorverkocht, maar toen was er al geen schaarste meer.

Ook wat de vaccins betreft, hebt u een aantal vervallen vaccins meegegeven, maar u bent de AstraZeneca-vaccins vergeten. Zij zijn op 31 mei vervallen, maar u hebt ze vandaag niet vermeld. Opnieuw is er dus een klein vervelend foutje van ongeveer 500.000 euro, mijnheer de minister. Die vaccins zijn vervallen op 31 mei 2022, maar u hebt ze daarnet niet vernoemd.

De ambtenaren en de mensen met wie u werkt, wilt u niet laten vallen door een doorlichting. Een doorlichting is echter een kwestie van goed bestuur. Dat gebeurt continu.

03.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Vaxzevria is de eigenlijke naam van AstraZeneca. Voor uw documentatie is dat handig.

03.09 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dan heb ik dat fout opgeschreven. U hebt mij op dit foutje betrap.

03.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: Veel mensen die niet thuis zijn in de farmacie maken die fout.

03.11 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik zal wellicht niet thuis zijn in de farmacie. Alweer een zorgverstrekker die een dom blondje blijkt te zijn.

03.12 Minister **Frank Vandenbroucke**: U leest hier iedereen de les, dat u dat zo goed kent en u weet het zo goed. Vaxzevria is de officiële naam, die heb ik benoemd, waarop u niet besepte dat dit AstraZeneca is. Ik neem u dat niet kwalijk.

03.13 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U zegt dat ik niet beseft dat het AstraZeneca is. Ik heb het misschien niet opgeschreven. Wanneer zult u nu eindelijk stoppen met de slimste van het halfroond te spelen? U komt in de commissie leugen na leugen vertellen, terwijl ik hier een optelsom van 221 miljoen aan flaters van u liggen heb. Dan komt u nog zeggen dat u hier de slimme man bent en dat u eens zult vertellen hoe alles moet, net zoals u gedaan hebt met mevrouw Lemmens, net zoals u daarnet hebt gedaan met mevrouw Fonck. U gaat toch wel heel ver in het kleineren van mensen die toch echt wel weten waarover ze het hebben.

Ik ga verder over de API's. Waarschijnlijk ken ik ook geen rocuronium en waarschijnlijk weet ik ook niets van intraveneuze toediening, maar al die verwerkte API's zijn vervallen na drie maanden. Ik heb de kostprijs van de vervaardiging nog eens opgevraagd en zal daarop in een volgende fase terugkomen.

Met betrekking tot de analyses had ik graag de attesten ontvangen. Vooral bij die laatste analyses lijkt er iets fout te zijn gelopen. U hebt in dit Parlement verklaard dat er geen producten zouden vervallen en dat er geen rocuronium-vials zouden worden vernietigd. Dat is evenwel teruggefloten door de FOD Volksgezondheid en ze zouden nu in fase 2 worden vernietigd. U verkondigde een leugen, want ze staan dus klaar om te worden vernietigd.

03.14 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ze staan bij Medista, waar u al uw informatie haalt. Medista denkt vermoedelijk dat ze daar staan om te worden vernietigd. U moet daarover spreken met uw bron.

Ik zal u mijn antwoord nog eens herhalen. Volgens de FOD Volksgezondheid staan die rocuronium-*via's* niet klaar om te worden vernietigd. De rocuronium-*via's* die werden vervaardigd door UCB en Cenexi, zijn conform bevonden volgens de analyses. Er werden tot op heden geen dosissen gebruikt in de ziekenhuizen als gevolg van wettelijke beperkingen die het gebruik van deze *via's* verhinderen indien een gelijkwaardig of alternatief geneesmiddel beschikbaar is, zelfs uit het buitenland. De toekomst van deze producten zal worden geëvalueerd in samenspraak met het FAGG.

Ik voeg daaraan toe dat alle vervallen geneesmiddelen, alsook rocuronium, nog bij Medista staan. Vermoedelijk besluit Medista daaruit dat ze zullen worden vernietigd. Het is evenwel de bedoeling om ze naar Movianto te verhuizen, de bruikbaarheid ervan later te evalueren en al dan niet later te beslissen of ze zullen worden vernietigd. Spreek daarover dus nog eens met uw informanten bij Medista.

03.15 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal daarover spreken met de universiteit waarmee ik in contact sta om de stabiliteit van intraveneus toe te dienen geneesmiddelen te bepalen.

U bent professor, u bent graag professor en u toont dat ook graag. Ik richt mij wat die stabiliteit betreft tot professoren. Hoewel u vermoedt dat ik nooit aan de universiteit heb gestudeerd, ken ik die professoren nog altijd. Wat zeggen zij mij? Wanneer men data genereert van intraveneus geproduceerde geneesmiddelen, mag men die gedurende 24 maanden genereren, niet langer. U bent zo slim. Hoeveel maanden zijn er tussen april 2020 en nu?

Ik zeg u nogmaals dat het hele dossier, maar vooral de nota van april 2021, fout is. U hebt uw collega's in de regering foute informatie gegeven. U lacht daarmee, maar dat is zo en wij zullen dat bewijzen. U hebt absoluut een probleem op het vlak van betrouwbaarheid.

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

04 **Samengevoegde vragen van**

- **Els Van Hoof** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van voorbehoedsmiddelen" (55031488C)
- **Patrick Prévot** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Gratis condooms in Frankrijk" (55032487C)

04 **Questions jointes de**

- **Els Van Hoof** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des contraceptifs" (55031488C)
- **Patrick Prévot** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La gratuité des préservatifs en France" (55032487C)

04.01 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, in België bestaat er momenteel een specifieke tegemoetkoming voor voorbehoedsmiddelen voor personen tot 25 jaar. Met mijn wetsvoorstel uit 2020 werd die uitgebreid naar vrouwen met een verhoogde tegemoetkoming. Hierdoor worden sommige voorbehoedsmiddelen volledig terugbetaald. Voor andere voorbehoedsmiddelen is er een gedeeltelijke terugbetaling.

In Luxemburg gaat men nog verder en voorziet men in een volledige terugbetaling van voorbehoedsmiddelen in 2023, ongeacht de leeftijd, voor diverse contraceptieve geneesmiddelen, zowel voor mannen als voor vrouwen. Ook in Frankrijk werd vorige week beslist om condooms gratis te maken.

Om ongewenste zwangerschappen tegen te gaan is het cruciaal dat iedereen gemakkelijk toegang heeft tot voorbehoedsmiddelen.

Mijnheer de minister, zijn er plannen om verdere stappen te zetten in de richting van een terugbetaling van voorbehoedsmiddelen? Zo ja, binnen welk tijds kader?

04.02 **Patrick Prévot** (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, en France, à partir du 1^{er} janvier 2023, les jeunes de 18 à 25 ans pourront se procurer gratuitement des préservatifs en pharmacie.

En Belgique, les jeunes peuvent percevoir un remboursement par certaines mutualités qui imposent chacune leurs limites en termes de montants financiers ou ils peuvent en obtenir gratuitement en se rendant dans des plannings familiaux qui, malheureusement, ne sont pas toujours très proches de leur lieu de vie.

Monsieur le ministre, dans le contexte actuel d'augmentation du coût de la vie, on sait que les jeunes, les étudiants rencontrent également de nombreuses difficultés. Le moindre euro compte. Pourtant, pour lutter contre les MST et les IST, le préservatif reste la meilleure des protections.

Par ailleurs, pour mon groupe, les hommes ont également leurs responsabilités à prendre en matière de contraception. Et, comme nous le faisons déjà pour la contraception féminine, un remboursement devrait être envisagé pour la contraception masculine, et donc pour le préservatif.

Monsieur le ministre, quelle est votre position sur la mesure annoncée par le gouvernement français? Un remboursement des préservatifs ou une mise à disposition gratuite dans les pharmacies pourraient-ils être envisagés, non seulement dans le cadre de la prévention des MST et IST mais également afin de promouvoir l'égalité de genre en matière de contraception? Quels sont les éléments qui freinent la mise en œuvre de telles mesures? Des discussions ont-elles déjà eu lieu avec les entités fédérées dans ce cadre?

04.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Om voorbehoedsmiddelen toegankelijker te maken en te pogen het aantal ongewenste zwangerschappen te voorkomen, bestaat er inderdaad een extra tegemoetkoming in de prijs van voorbehoedsmiddelen. Dankzij deze extra tegemoetkoming zijn heel wat contraceptiva, niet alleen anticonceptiepillen, maar ook spiraaltjes en IUD's, helemaal gratis voor iedereen onder de 25 jaar of mensen met een verhoogde tegemoetkoming. De lijst van deze contraceptiva wordt maandelijks geüpdatet en op de website van het RIZIV gepubliceerd. U vindt dat terug op de lijst van voorbehoedsmiddelen met een extra tegemoetkoming.

Initieel was deze maatregel enkel van toepassing op vrouwen jonger dan 21 jaar. De doelgroep werd in 2020 inderdaad twee keer uitgebreid. In april 2020 werd de leeftijd voor deze specifieke tegemoetkoming uitgebreid naar jonger dan 25 jaar. Voor noodanticonceptie, de morning-afterpil, werd de maatregel op dat moment tevens uitgebreid naar alle leeftijden. Vanaf september 2020 werd de maatregel uitgebreid naar vrouwen met een verhoogde tegemoetkoming, ongeacht hun leeftijd. Voor noodanticonceptie is sinds september 2020 geen voorschrift meer vereist om de tegemoetkoming te bekomen.

Deze uitbreidingen van de doelgroep in de loop van 2020 reflecteren zich in de cijfers. De uitgaven voor deze extra tegemoetkomingen bedroegen in 2021 15,7 miljoen euro versus 6,7 miljoen euro in 2019, of een stijging van het budget met een factor 2,3. Het aantal mensen dat gebruikmaakte van deze maatregel steeg van 194.500 in 2019 tot 449.000 in 2021. Sinds april 2022 werd het KB dat deze specifieke tegemoetkoming beschrijft, eveneens genderneutraal gemaakt. Dit betekent dat nu iedereen onder de 25 jaar of met een verhoogde tegemoetkoming recht heeft op deze extra tegemoetkoming.

De oefening werd gemaakt wat de kosten zouden zijn voor het uitbreiden naar alle mensen vanaf 25 jaar, zonder verhoogde tegemoetkoming. Deze kosten kunnen geraamd worden op 27,3 miljoen euro per jaar. Gezien de prioriteiten die we moeten stellen binnen de actuele gezondheidsnoden, is het op dit moment niet mogelijk om de huidige regeling verder uit te breiden.

We blijven wel analyseren of specifieke kwetsbare groepen obstakels ervaren bij het opnemen van deze extra tegemoetkoming en/of andere obstakels ervaren waar we verdere aanpassingen dienen te maken.

De morning-afterpil wordt trouwens al voor iedereen vergoed, ongeacht de leeftijd.

Monsieur Prévot, il est extrêmement important d'attirer l'attention de nos jeunes de toutes les manières possibles sur l'utilisation des préservatifs pour éviter les MST comme le VIH et les grossesses non désirées. Cependant, la promotion de la santé sexuelle s'inscrit dans le cadre de la compétence de prévention des Communautés. Les Communautés ont des organisations partenaires qui font un travail remarquable dans ce domaine.

Dans les limites de mes compétences en tant que ministre fédéral de la Santé publique, je prends

également mes responsabilités. Par exemple, la distribution et la mise à disposition gratuites de préservatifs dans les lieux les plus vulnérables font partie du plan interfédéral VIH que nous avons mis en place conjointement avec les entités fédérées.

Grâce à ce plan VIH, nous assurons une large distribution de préservatifs masculins et féminins gratuits aux groupes cibles prioritaires tels que les travailleurs du sexe, dans les lieux de rencontres et les bars LGBT, tout comme la distribution gratuite de préservatifs aux groupes cibles dans lesquels l'utilisation des préservatifs n'est pas encore suffisamment intégrée.

04.04 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw volledige en eerlijke antwoord. Toen in 2020 over mijn wetsvoorstel werd gestemd terwijl de regering in lopende zaken was, was het heel duidelijk dat het budgettaire element de reden was om het niet uit te breiden naar iedereen. Nu zien we de ons omringende landen wel die stap zetten. De politiek een beetje kennende, gok ik dat het nog een tijdje zal duren vooraleer ook België die stap zal zetten.

Ik hoor de begrotingscijfers die eraan gekoppeld worden. Voorkomen is echter altijd beter dan genezen, we moeten natuurlijk in de balans leggen wat het kost om zwangerschapsafbreking te organiseren of om maatregelen te nemen om aids te voorkomen of aan aids gerelateerde aandoeningen te genezen. De vraag is dus of we die zaken ook in de schaal kunnen leggen om misschien toch een stapsgewijze uitbreiding van de terugbetaling door te voeren. In een eerste stap denk ik dan bijvoorbeeld aan het terugbetalen of het gratis maken van condooms. De cd&v-fractie kan daar zeker achter staan.

04.05 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, merci d'avoir rappelé ces mesures qui ont élargi le remboursement de la contraception féminine. C'était un combat et une victoire socialistes.

Dans ce dossier, plusieurs points doivent être abordés. Notamment, la sensibilisation. La RTBF a réalisé hier un micro-trottoir sur cette gratuité future en France. Des jeunes y disaient ouvertement qu'ils n'avaient pas le réflexe du préservatif. C'est évidemment toujours désastreux quand on sait qu'aujourd'hui encore en Belgique, deux nouvelles contaminations par le VIH ont lieu par jour. C'est un chiffre encore aujourd'hui interpellant.

Vous l'avez rappelé: des efforts ont effectivement été faits, notamment dans le cadre de vos compétences, pour maximiser l'accès à ces contraceptifs et ces préservatifs. Mais j'ai quand même l'intime conviction que nous pouvons faire mieux, que nous pouvons faire plus. L'exemple français pourrait être également d'application chez nous, en tout cas si nous voulons mettre toutes les chances de notre côté pour éradiquer ce fléau des MST et des IST.

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

05 **Samengevoegde vragen van**

- **Els Van Hoof** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van de uitsluitingscriteria voor bloeddonatie door MSM's" (55031681C)
- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het verkorten van de uitsluitingsperiode inzake bloeddonatie door MSM's" (55032576C)

05 **Questions jointes de**

- **Els Van Hoof** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation des critères d'exclusion du don de sang par les HSH" (55031681C)
- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'écourtement de la période d'exclusion au don de sang pour les HSH" (55032576C)

05.01 **Minister Frank Vandenbroucke**: Is het nog nodig om deze vraag te stellen?

05.02 **Els Van Hoof** (cd&v): Ik heb het verslag van de bespreking van de beleidsnota proberen op te vragen, maar het is er nog niet. Ik kon dit dus niet verifiëren, aangezien ik op dat moment niet aanwezig was.

05.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Bekijk het eens. Deze vraag is eigenlijk beantwoord.

05.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijn vraag was aan deze vraag gekoppeld. Een aantal vragen in het debat rond de beleidsnota is nog niet beantwoord. Deze vragen waren aanvullend op de beleidsnota.

De **voorzitster:** Stelt u uw vragen maar.

05.05 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de ingediende vraag.

Geachte minister, het koninklijk besluit van 25 oktober 2018 betreffende de evaluatie van de tijdelijke uitsluitingscriteria en de daaraan verbonden uitsluitingsperiodes, van de donors met betrekking tot seksueel gedrag bepaalt dat de uitsluitingscriteria voor bloeddonatie zoals bepaald in de wet van 11 augustus 2017 jaarlijks geëvalueerd dienen te worden en dat er in functie daarvan tweejaarlijks een herziening van deze criteria doorgevoerd kan worden. Deze evaluatie gebeurt door de bloedinstellingen, Sciensano, het FAGG, de Hoge Gezondheidsraad en het Directoraat-Generaal Gezondheidszorg. Deze evaluatie gebeurt aan de hand van onder meer de meest recente epidemiologische en wetenschappelijke gegevens zoals voorgelegd door Sciensano en het FAGG, de verslagen van de bloedinstellingen en advies van de Hoge Gezondheidsraad.

De algemene conclusie van het evaluatieverslag van december 2020 was dat de Belgische cijfers nog niet toelieten om het effect van 12 maanden uitstel bij MSM wetenschappelijk te onderbouwen. Intussen hebben we echter een wetsvoorstel goedgekeurd om de uitsluitingsperiode in te korten tot 4 maanden, met inwerkingtreding op 1 juli 2023. Vanuit de bloedinstellingen kwam hierbij duidelijk een vraag naar flankerende maatregelen en bijkomend budget, zodat zij op een voldoende kwalitatieve en veilige manier hun zeer belangrijke en noodzakelijke werk kunnen voortzetten.

De meest recente evaluatie vond plaats in december 2021. Volgens het FAGG zouden hierbij ook nieuwe technologieën van testing van HIV en andere overdraagbare aandoeningen geëvalueerd worden. Op heden is er echter nog steeds geen verslag beschikbaar van deze evaluatie.

Mijn vragen voor de Minister:

Bent u reeds op de hoogte van de conclusies van het overleg betreffende de evaluatie van de uitsluitingscriteria voor bloeddonatie dat plaatsvond in december 2021? Zo ja, wat zijn deze conclusies? Wanneer zal het verslag van dit overleg eindelijk gepubliceerd worden? In welke mate werd er rekening gehouden met de noodzaak aan flankerende maatregelen bij de opmaak van de begroting voor 2023?

05.06 Frieda Gijbels (N-VA): *Mijnheer de minister, in het kader van uw beleidsverklaring stelde ik u al vragen over de flankerende maatregelen die gevraagd worden door het Rode Kruis wanneer de wachtperiode voor MSM donoren wordt ingekort van 12 naar 4 maanden. Het is uiteraard van groot belang dat de veiligheid van donorbloed te allen tijde kan worden gegarandeerd. Bovendien gaat die verkorting van de wachtperiode binnen elke maanden al in werking.*

U gaf aan dat u in gesprek bent met de verantwoordelijken voor de bloedcollectes hieromtrent.

Hierrond heb ik nog volgende vragen:

- Welke flankerende maatregelen worden gevraagd door het Rode Kruis? Hoeveel bedragen die (opstartkost en jaarlijks)?*
- Welke flankerende maatregelen zullen worden genomen? Hoeveel middelen moeten daarvoor worden voorzien (opstart en jaarlijks)?*
- Met wie wordt overlegd of de flankerende maatregelen zullen volstaan?*
- Zijn de collectecentra en de mobiele collectes er op georganiseerd om een verkorting van de wachtperiode te kunnen bolwerken?*
- Wat indien onvoldoende flankerende maatregelen kunnen worden genomen tegen de tijd dat de wetswijziging in voege treedt?*

05.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: De flankerende maatregelen voor de wetwijziging waarover u spreekt, gaan eerder in de richting van een aangepaste testing van deze specifieke bloedgiften. U zult begrijpen dat ik niet vooruit kan lopen op de gesprekken die daarover met de bloedinstellingen gaande zijn.

Omdat er nog volop over het dossier wordt overlegd, zou het niet zinvol zijn om bedragen te noemen. Er zijn veel factoren die daarin een rol spelen, zoals het verwachte aantal MSM-donoren, de noodzakelijke processen en de hoogte van de huidige budgetten. Ik kan u wel zeggen dat zowel het FAGG als de FOD hierbij betrokken zijn.

Omwille van wat ik eerder zei, zie ik geen reden waarom de inwerkingtreding van de wetwijziging een probleem zou kunnen stellen.

Ik weet niet zeker of u met uw vraag over het bolwerken doelt op de toestroom van nieuwe donoren. Eerlijk gezegd hopen de bloedinstellingen en ik dat het aantal donoren fors zal toenemen. In alle eerlijkheid, ik heb van de bloedinstellingen geen signalen gekregen dat zij een toestroom verwachten die een ernstige impact op de collectes zou hebben. Ze verwachten maximaal 3.000 bijkomende bloedgiften en 6.000 bijkomende plasmagiften.

U mag niet vergeten dat van MSM-donoren nog altijd gevraagd wordt dat zij vier maanden geen seksueel contact hebben, ook niet met de vaste partner. Het aantal donoren dat aan deze voorwaarden voldoet, is mogelijks beperkter dan de inschatting die ik zonet heb vermeld. Dat kan ik nog toevoegen aan wat daarover in het debat in de commissie is gezegd.

05.08 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt dat u niet inziet waarom die wet niet in werking zou kunnen treden. Vanaf volgende zomer gaat die wijziging in voege. Dat betekent dat mannen die seksuele contacten met mannen hebben na hun laatste seksuele contact geen jaar meer moeten wachten, maar vier maanden. Dat zal heel ingrijpend zijn voor bloedcollectecentra zoals het Rode Kruis. Zij hebben duidelijk aangegeven dat ook de Hoge Gezondheidsraad aanbeveelt om een aantal flankerende maatregelen te nemen.

Dat gaat over extra screening, maar bijvoorbeeld ook over een andere manier om de intakegesprekken af te nemen. Deze zullen op een veel doorgedrevenere manier moeten plaatsgrijpen voor alle donoren. Het gaat verder over het wellicht opschorten van de mobiele collectes. Er wordt vermoed dat er eerder naar vaste collectes moet worden gegaan omdat die gesprekken net zo delicaat zijn. Die moeten voor iedereen veel doorgedrevenere worden uitgevoerd. Dat zal toch wel serieuze implicaties hebben. Daar hangt natuurlijk ook een prijskaartje aan vast.

Hoe zult u dit allemaal inplannen? Daar is nog geen budget voor voorzien in de begroting. Wat men aangeeft nodig te zullen hebben is niet weinig, het gaat om 125 miljoen per jaar. U zegt wel dat dat overdreven is, maar u kunt er ook niets tegenover plaatsen. Wat kost het volgens u dan? U zegt dat het overdreven is, maar u voorziet niets in de begroting. Dat is ook weer niet de juiste manier van werken.

Alle extra donoren zijn heel welkom, maar natuurlijk staat de veiligheid van de patiënt nog altijd voorop. Het gaat mij niet zozeer om de bezorgdheid over het verwerken van extra donoren, maar wel om de flankerende maatregelen die genomen moeten worden en die toch echt verder gaan dan u vermoedt. Ik dring toch aan op goede gesprekken met de verschillende collectecentra, met de bloedbanken. Zij zijn immers verantwoordelijk voor de veiligheid van het bloed en zij zijn daar ook ongerust over.

05.09 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, ik zal het antwoord in het kader van de beleidsnota herlezen. De vragenlijst moet correct gemaakt worden, ook wat betreft het gebruik van de preps inzake hiv-remmers. Dat moet ook worden opgenomen in de vragenlijst.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.26 uur.
La réunion publique de commission est levée à 15 h 26.*