

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 10 JANVIER 2023

DINSDAG 10 JANUARI 2023

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 06 et présidée par Mme Laurence Hennuy.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.06 uur en voorgezeten door mevrouw Laurence Hennuy.

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

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

01 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kostprijs van de gerechtelijke procedures sinds het begin van de coronacrisis" (55032141C)**

01 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coût des procédures judiciaires depuis le début de la crise sanitaire" (55032141C)**

01.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik ga door op de discussie die wij vanochtend hadden over de kostprijs van de gerechtelijke procedures tijdens de covidpandemie.

U hebt meermaals toelichting gegeven bij de kosten die de covidpandemie veroorzaakten, maar bij die discussies en conflicten ontstonden juridische procedures ten aanzien van bedrijven. Een daarvan heeft betrekking op het verbreken van de samenwerking met de logistieke partner voor de vaccinverdeling. Er waren echter nog een aantal andere gerechtelijke procedures.

Graag had ik van u het volgende vernomen.

Hoeveel gerechtelijke procedures werden er tot op heden gevoerd sinds het begin van de coronacrisis? Hoeveel zijn er nog hangende? Hoeveel hebben tot een dading geleid?

Hoeveel bedroeg de totale kostprijs van de procedures? Wat is de kostprijs van de nog hangende procedures?

Werd een provisie aangelegd voor de procedures die nog hangende zijn? Welk bedrag werd daarvoor geprovisioneerd?

Hoeveel bedraagt tot nu toe het totaal betwiste bedrag aan facturen? Graag kreeg ik het antwoord uitgesplitst per leverancier en per jaar. Over welke betwiste goederen en diensten per leverancier gaat het? Hoeveel facturen werden betwist?

Welk budget aan facturen werd niet betaald? Welk budget werd provisioneel uitbetaald in de context van juridische geschillen en betwistingen van facturen?

Welke kosten werden gemaakt ten gevolge van dadingen?

Graag had ik ook de facturen van consultants, onder andere van Deloitte, van u ontvangen, waarnaar u trouwens daarnet hebt verwezen inzake het optreden van conflicten.

01.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Depoorter, ik kan u gegevens

geven over de gerechtelijke procedures die gelinkt zijn aan de covidpandemie, betreffende de beroepen tegen de overheidsmaatregelen en de regelgeving in het kader van de bestrijding van de crisis, de beroepen wegens overheidsaansprakelijkheid naar aanleiding van sterfgevallen door de pandemie en beroepen naar aanleiding van overheidsopdrachten ter bestrijding van de crisis.

Op uw vragen 1, 2 en 5: er zijn 48 gerechtelijke procedures, waarvan er 36 hangende zijn. Ik heb geen gegevens over dadingen, er zijn er geen. De kostprijs aan ereloonstaten bedraagt tot nu toe 747.626,77 euro. Voor de toekomstige procedures weet ik dat niet. De kostprijs van de nog hangende geschillen is afhankelijk van een aantal externe factoren, waardoor het onmogelijk is om daarop een bedrag te plakken.

Op vraag 3, voor leverancier BV LIFE gaat het om een betwist bedrag van 8.350.100 euro voor het jaar 2020, voor IC Pharma gaat het om een betwist bedrag van 1.941.132,08 euro voor 2020, voor Medista gaat het om een betwist bedrag van 5.485.974,05 euro voor 2020.

Op vraag 4, voor Medista gaat het over het beheer van de stock geneesmiddelen en vaccins, voor BV LIFE gaat het over niet-conforme mondmaskers, voor IC Pharma gaat het over niet-conforme mondmaskers.

Op de vragen 4b, c, d en e over het aantal betwiste facturen gaat het om 23 facturen waarvan 4 dagvaardingen voor Medista ten belope van 5.485.974,05 euro. Professioneel is datzelfde bedrag ook betaald. Dan is er één factuur van IC Pharma. Zij eisen 1.941.132,08 euro. Die hebben we nog niet betaald. Dan is er een factuur van BV LIFE. De FOD eist een betaalde som van 8.350.100 euro terug.

Op vraag 6, voor de ondersteuning in gerechtelijke dossiers wordt de Belgische Staat bijgestaan door advocatenkantoren. De kostprijs van deze bijstand wordt in het antwoord op vraag 2 vermeld.

Ik zal het schriftelijke antwoord aan het secretariaat bezorgen. Dan kunt u de tabellen die ik heb voorgelezen nalezen.

01.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft mij hetzelfde antwoord als op een schriftelijke vraag op 5 december. Ik veronderstel dat uw antwoord vandaag niet meer klopt. Het was toen om en bij de 750.000 euro. Ondertussen zijn er nog meer gerechtelijke handelingen uitgevoerd en de rekeningen per advocaat lopen zeker op.

Wat mij vooral verwondert is dat er volgens u geen dadingen werden afgesloten. Ik heb gehoord dat er een dading is met de firma Raes en ik vernam daar toch graag de inhoud van, of de ontkenning dat die dading er zou zijn.

01.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb geen gegevens over dadingen. Als u een vraag hebt over een dading met de firma Raes, stel ik voor dat u daar opnieuw een vraag over stelt. Ik zal dan navraag doen.

01.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Dat zal ik zeker doen. Het is toch wel bijzonder dat het mij als parlementslid wel opgevallen zou zijn en u als minister niet. Ik kom terug op onze discussie van deze ochtend: wordt u niet goed geïnformeerd door uw diensten of informeert u het Parlement niet goed?

01.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw, als u mij op 25 november een vraag stelt en die is dezelfde als een schriftelijke vraag, dan geef ik u hetzelfde antwoord als op de schriftelijke vraag.

01.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Het antwoord op de schriftelijke vraag liet maanden op zich wachten, mijnheer de minister. Zo is er nog wel een aantal hangende.

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

02 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inzet van (externe) consultants door de FOD Volksgezondheid in de dienst Crisisbeheer" (55032145C)

02 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recours à des consultants (externes) par le SPF Santé publique pour le service Gestion de crise" (55032145C)

02.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over de inzet van externe consultants door de FOD Volksgezondheid, dienst Crisisbeheer. De covidpandemie stelde de burgers, de bedrijven en de overheid voor drastische ingrepen. De dienst Crisisbeheer van de FOD Volksgezondheid deed en doet hiervoor nog steeds een beroep op externe consultants. In eerdere vragen peilde ik naar de inzet van deze consultants en de hieraan verbonden kosten.

Hoeveel consultants werden door de dienst Crisisbeheer aangeworven van februari 2020 tot vandaag? Kunt u mij een overzicht per maand geven van het aantal vte's? Net als in het antwoord op de vorige vraag zou ik graag het aantal consultants per consultancybureau per maand uitgesplitst zien.

Zou u ook de overzichten van de facturatie van elk van deze consultancybedrijven van februari 2020 tot nu kunnen bezorgen, opgesplitst per maand, met vermelding van de relevante bedragen? Op basis van bovenstaand antwoord zou ik graag de facturaties per consultancybedrijf opgesplitst zien per geleverde dienst (procurement, *legal* ...). Hoeveel consultants maakten de zes laatste maanden de overstap van externe firma's naar de FOD Volksgezondheid? Hoeveel personen die in dienstverband bij de FOD Volksgezondheid waren maakten de overstap naar externe consultancy?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Zestien consultancybedrijven werden ingehuurd voor covidzaken door de dienst Crisisbeheer in de periode van maart 2020 tot vandaag. Een maandoverzicht per vte is niet beschikbaar bij de administratieve dienst.

Wat betreft de zestien covidgerelateerde *consultancies* die in die periode werden ingeschakeld, werd vooral in het begin gebruikgemaakt van verschillende consultants. Daarna werd er meer een beroep gedaan op consultantteams. Ik heb ook een tabel van de bedragen voor de totale periode. De consultant kan dus een paar dagen, weken of maanden gewerkt hebben. Mijn medewerkers zullen de tabel via het secretariaat aan u bezorgen. Die tabel bevat de sommen die aan de respectievelijke consultancybedrijven werden betaald. Het totaalbedrag is 9.600.000 euro.

Ik heb ook verder een opsplitsing gemaakt op basis van de verschillende soorten taken. De coördinatie maakte 7,9 % uit van het totaalbedrag. De strategische ondersteuning maakt 3,5 % uit van de totaalsom. De ondersteuning besloeg 54,6 % van het gehele bedrag. De taskforce COVID-19 was verantwoordelijk voor 17,5 % van het budget. Het procurement maakte 10,9 % uit van het totaalbedrag. Het procesmanagement besloeg 1,2 % van het budget en het projectmanagement 4,4 %. Samen is dat 100 % van de 9.600.000 euro.

Op uw laatste vraag, de jongste zes maanden is er geen consultant overgestapt naar de FOD. Een medewerker van de FOD Volksgezondheid is overgestapt naar een externe consultancyfirma, maar in een ander werkveld. Om die reden stel ik u opnieuw voor dat ik niet de hele tabel voorlees, maar dat ik u de tabel op papier overhandig.

02.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dat is prima, want mijn vraag was een schriftelijke vraag die ik heb heringediend als mondelinge vraag omdat de antwoordtermijn overschreden was, een probleem waar we wel vaker op stuiten.

Het gaat om 9,6 miljoen euro aan belastinggeld, uitbesteed aan consultancy, dat boven op de covidfactuur komt. Ik herhaal nog eens de oproep die wij met onze N-VA-fractie al heel vaak hebben gedaan, namelijk een doorlichting van uw diensten, de FOD Volksgezondheid en het FAGG, die in crisistijd onvoldoende slagkracht hebben getoond om de crisis te beheren en te beheersen. 10 miljoen euro extra, dat is een fors bedrag. Er zal moeten geëvalueerd worden of die 10 miljoen effectief noodzakelijk was, dan wel of die uitgaven voorkomen hadden kunnen worden indien men een betere begeleiding had of indien het organigram beter ingedeeld was.

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

03 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Une patiente palliative privée d'oxygène à cause de règles absurdes" (55032234C)

03 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Een palliatieve patiënte die door absurde

regels geen zuurstofapparaat meer mag gebruiken" (55032234C)

03.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, j'ai gardé la question même si l'histoire s'est dénouée depuis. J'avais introduit cette question au début du mois de décembre. Il s'agit de l'histoire d'une dame qui a aussi été relatée dans la presse locale. Cette dame de 75 ans était sous oxygénothérapie depuis quelques années à cause de diverses pathologies dont elle souffrait. Elle a également eu un cancer du sein entre-temps. Ce cancer s'est aggravé: il est revenu avec des métastases. La situation médicale de la dame a évolué. En effet, le statut palliatif lui a été accordé, après quoi, elle a d'abord été moins bien puis, progressivement, comme cela arrive souvent, l'état de la dame s'est amélioré, celle-ci n'étant plus clouée au lit. Il lui était possible de sortir. Le statut palliatif lui avait octroyé l'avantage de bénéficier du forfait lui permettant par exemple d'acheter un lit médicalisé.

Lorsqu'elle est allée à l'hôpital pour prolonger la convention oxygène de sa pathologie lourde, elle a appris qu'on lui avait retiré ses droits, allant même jusqu'à lui reprendre son oxyconcentrateur portable. Elle bénéficiait aussi d'un euro par jour pour l'électricité. Le statut palliatif lui enlevait également ce droit-là.

Je connais cette dame et nous avons donc contacté la mutuelle qui a confirmé que c'était bien la règle. La dame n'avait plus droit à son oxygène portable. C'est évidemment une situation absurde. La patiente en question avait alerté les médias et écrit à l'INAMI. Celui-ci, quelques jours après l'introduction de ma question, a répondu que la dame pouvait bien bénéficier de son oxygène portable pour sortir de chez elle et que l'erreur se situait au niveau du service de pneumologie. La pneumologue apparemment n'était pas au courant. Cette patiente n'est pas la seule. En effet, à la suite de son alerte dans les médias, elle a été contactée par d'autres patients qui avaient connu le cas avec des personnes de la famille sous statut palliatif et auxquelles on avait retiré le droit à l'oxygène pour une autre convention.

Entre-temps, les nouvelles sont bonnes. La patiente en question a pu récupérer son oxyconcentrateur portable et a pu fêter Noël avec sa famille. Elle a pu sortir un peu de chez elle.

Monsieur le ministre, comment est-il possible de perdre ses droits une fois que le statut palliatif est accordé? Comment une telle situation a-t-elle pu se produire? Êtes-vous au courant qu'il arrive parfois que les différents statuts permettant de bénéficier d'oxygène ne sont pas accordés aux patients comme il se doit? Allez-vous informer les différents services et leur préciser que ce n'est pas parce qu'on a le statut palliatif que l'on perd le droit à l'oxygène portable sous d'autres conditions?

Je vous remercie.

03.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Merckx, depuis de nombreuses années, au sein de l'assurance maladie, il existe deux réglementations différentes qui permettent un remboursement de l'oxygénothérapie à domicile. La première concerne l'oxygénothérapie de courte durée, laquelle peut être prescrite par le médecin généraliste à destination des patients qui répondent aux critères médicaux y afférents. Dans ce cadre, la mutualité à laquelle le patient est affilié peut intervenir uniquement pendant trois mois successifs ou trois périodes distinctes d'un mois par an, à l'exception des patients souffrant de *cluster headache* et de ceux qui se trouvent sous statut palliatif et qui souffrent d'hypoxémie – lesquels entrent en ligne de compte pour une oxygénothérapie illimitée. En raison du covid-19, les patients pour lesquels l'intervention est limitée à trois mois par an peuvent temporairement bénéficier d'une intervention de neuf mois par an.

Ensuite, la réglementation relative à l'oxygénothérapie de longue durée précise que celle-ci peut être uniquement prescrite par un médecin spécialiste en pneumologie travaillant en hôpital et ayant conclu la convention d'oxygénothérapie de longue durée à domicile avec le Comité de l'assurance institué auprès du service des soins de santé de l'INAMI.

La majorité des hôpitaux a conclu une telle convention. Dans le cadre de cette réglementation, la mutualité à laquelle est affilié le patient peut intervenir aussi longtemps que nécessaire, pour peu que toutes les conditions prévues par cette convention soient bien respectées. À cette fin, des examens médicaux spécifiques peuvent être requis.

Les patients à statut palliatif peuvent bénéficier d'un remboursement prévu par la réglementation relative à l'oxygénothérapie de courte durée. Étant donné qu'une oxygénothérapie est souvent nécessaire en fin de vie et que la réglementation en prévoit le remboursement, sans que le patient doive subir les examens prévus

par la convention oxygénothérapie de longue durée et sans procédure trop lourde, la réglementation portant sur l'oxygénothérapie de courte durée n'autorise pas l'usage d'un oxyconcentrateur portable et ne prévoit pas d'intervention de la mutualité dans les frais d'électricité, alors que celle portant sur la longue durée en prévoit une, tout comme le recours – dans certains cas – à un oxyconcentrateur portable.

La patiente dont l'histoire a été relatée dans la *Nouvelle Gazette* du 1^{er} décembre aurait bénéficié, jusqu'il y a peu, du remboursement de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile via la convention. Cette convention n'interdit certainement pas de prendre en charge les patients sous statut palliatif. Les raisons pour lesquelles cette patiente ne peut plus bénéficier de son oxyconcentrateur portable ne sont donc pas claires et ne sont certainement pas liées au fait que cette patiente bénéficie du statut palliatif.

Un patient qui est pris en charge dans le cadre de la convention oxygénothérapie de longue durée et à qui le statut palliatif a été accordé après quelques mois ou quelques années peut donc bien continuer à bénéficier de l'oxygénothérapie de longue durée dans le cadre de cette convention, aussi longtemps que ce patient répond aux conditions que cette convention prévoit.

La convention oxygénothérapie de longue durée n'oblige en outre nullement ces patients qui ont le statut palliatif à passer à la réglementation oxygénothérapie de courte durée. De même, la réglementation pour l'oxygénothérapie de courte durée ne mentionne pas qu'un patient sous statut palliatif peut uniquement bénéficier d'une oxygénothérapie de courte durée. Les informations qui sont à ma disposition ne permettent donc pas de justifier que la patiente dont il est ici question ne puisse plus bénéficier de la convention oxygénothérapie de longue durée.

En ce qui concerne vos questions plus précises, je peux donc répondre que le statut palliatif ne fait perdre aucun droit au patient; la seule règle est que le patient ne peut pas bénéficier de l'oxygénothérapie simultanément dans le cadre des deux réglementations. Par conséquent, le cumul des interventions prévues pour un patient sous statut palliatif avec l'oxygénothérapie de longue durée est possible pour autant que les conditions de celle-ci soient toujours respectées.

D'après les informations dont je dispose, cette patiente a également pris contact avec le service compétent de l'INAMI qui lui a adressé une réponse circonstanciée.

03.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Vous confirmez donc que les deux statuts sont cumulables et que la personne concernée ne devait pas perdre ce droit. Toujours est-il qu'elle a été privée d'oxygène pendant plus de deux mois.

Je peux vous dire que les personnes qui relèvent du statut palliatif, qui écrivent des courriers et qui alertent les médias sont assez rares. On a donc affaire ici à une dame assez exceptionnelle qui s'est battue pour défendre sa cause.

Quoi qu'il en soit, il est important de savoir qu'il ne s'agit pas d'un cas isolé. On a donc tout intérêt à communiquer l'information que vous nous avez donnée aujourd'hui à tous les services de pneumologie qui traitent des patients qui font l'objet d'une convention en matière d'oxygénothérapie de longue durée afin qu'ils sachent que le statut palliatif n'enlève en rien le droit à cette oxygénothérapie. Il ne faut plus que ce genre de situation se reproduise, ce d'autant qu'il est de plus en plus courant que des personnes en soins palliatifs, qui ont une courte espérance de vie, puissent vivre plus longtemps que prévu grâce aux progrès de la médecine.

Monsieur le ministre, pourriez-vous faire en sorte que les services de l'INAMI, par exemple, informent correctement les services de pneumologie?

03.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Merckx, je vais soumettre votre demande à mon administration qui se prononcera sur le bien-fondé de cette communication car je dois vous avouer que je ne connais pas exactement le problème qui s'est posé dans le cas précis auquel vous faites référence.

03.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Je vous remercie, monsieur le ministre.

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

04 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La modification de la loi relative à l'AMU et le projet PIT" (55032248C)

04 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De wijziging van de wet betreffende de DGH en het PIT-project" (55032248C)

04.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): *Monsieur le Ministre, les associations d'infirmiers d'urgence craignent que la mise en place du projet aura comme impact de dégarnir les hôpitaux de leurs infirmiers urgentistes étant donné les salaires plus attractifs dans les casernes.*

Quelles garanties réelles peuvent être données pour assurer une répartition égale des infirmiers entre les casernes et les services d'urgence?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, ma réponse comporte beaucoup de chiffres. La nouvelle étude de Sciensano a permis de redistribuer les causes des décès mal définis.

04.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, il s'agit de la question qui porte sur la modification de la loi relative à l'aide médicale urgente. C'est la question n° 32248.

04.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je pensais qu'il s'agissait de votre question sur la démence.

04.05 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Effectivement, je ne vois pas où est l'autre question, elle ne figure pas dans la liste.

04.06 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, le fait d'inscrire le *Paramedical Intervention Team* (PIT) comme un moyen dans la loi relative à l'aide médicale urgente après 15 ans de projet pilote n'est qu'une étape élémentaire dans la procédure. Nous indiquons de cette manière que le PIT, à l'instar de l'ambulance et du SMUR, est un moyen d'aide médicale urgente, ni plus ni moins.

Nous avons demandé au Conseil national des secours médicaux d'urgence de présenter un plan et une méthodologie de réforme et de refinancement de l'aide médicale urgente. En ce qui concerne le PIT, il est clairement demandé de définir des normes afin de garantir la qualité du service, tout en garantissant le lien et l'équilibre avec les services hospitaliers.

Je crois qu'après 15 ans de projet pilote, il était temps de libérer les moyens budgétaires nécessaires. J'ai lancé la concertation sur la mise en place structurelle d'un moyen de l'aide médicale urgente, et j'invite donc les parties prenantes à s'exprimer et à discuter de la question au sein du Conseil national ou d'autres organes d'avis.

04.07 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il n'est évidemment pas du tout question de remettre en cause l'utilité de ce projet. Par contre, on peut s'interroger sur la manière dont il peut s'intégrer de manière cohérente, sans rentrer en concurrence avec d'autres services.

Apparemment, le Centre national d'expertise hospitalière a aussi organisé un groupe de travail pour essayer de trouver une meilleure manière de garantir une qualité de formation du personnel de ces centres. Nous verrons le résultat de leur groupe de travail.

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

05 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het machtigingsmodel 'e' en het elektronisch voorschrift" (55032297C)

05 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le modèle d'habilitation "e" et la prescription électronique" (55032297C)

05.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag betreft een omzendbrief van het RIZIV aan alle apothekers, waarin het toelichting gaf bij het machtigingsmodel 'e' en het elektronisch voorschrift. Voor het eerste wordt door de adviserend arts een machtigingsmodel opgesteld, bedoeld om farmaceutische specialiteiten terug te betalen die zijn ingeschreven in hoofdstukken IV en VIII van de vergoedbare specialiteiten. Hieraan dient de apotheker een papieren machtiging vast te hechten. Dat is uiteraard niet mogelijk bij elektronische voorschriften. Omdat MyCareNet nog niet over een teller beschikt van het aantal dosissen dat wordt afgeleverd, is een dergelijke registratie dus moeilijk en blijft men vasthouden aan de machtiging.

Conform de omzendbrief moet de apotheker het attest gedurende twee jaar ter inzage houden. Dat is in de digitale context van vandaag evenwel voorbijgestreefd en ook praktisch moeilijk uitvoerbaar. Bent u bereid naar een alternatief te zoeken voor deze oubollige manier van werken?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, er is op dit moment vertraging omwille van een verschil tussen enerzijds de digitalisering van de voorschriften via het elektronisch voorschrift, en anderzijds de afwezigheid van digitalisering voor wat betreft de machtigingen van het type 'e', waarbij MyCareNet op dit moment in geen enkele elektronische teller voorziet.

Onderhandelingen over deze kwestie vonden al herhaaldelijk plaats, met als doelstelling een overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen om samen tot een tijdelijke, pragmatische oplossing te komen voor het terrein. De onlangs verstuurd omzendbrief is zo'n tijdelijke oplossing.

Parallel daaraan werken we momenteel aan een volledige hervorming van hoofdstuk IV. Een eerste presentatie daarvan werd gegeven in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen op 22 november 2021. De technische aanpassingen die vereist zijn voor het beheer van een elektronische teller in het kader van attesten van het type 'e', worden ook meegenomen in de ontwikkeling van dit project. Aangezien het om een langetermijnproject gaat, is het momenteel onmogelijk om een concreet tijdstip voor de inwerkingtreding van de gewenste aanpassingen te geven. We schatten dat dat toch nog ongeveer twee à drie jaar zou kunnen duren.

05.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, twee of drie jaar is wel lang. Het probleem is vooral dat een apotheker wel zicht heeft op het aantal afgeleverde dosissen als hij een vaste patiënt voor zich heeft, iemand die zich bij hem ingeschreven heeft, maar anders niet. De patiënt komt dan met een document dat de apotheker moet bijhouden, maar voor wachtdiensten is het moeilijk te weten wanneer de laatste dosis afgeleverd moet worden. Daar heeft men immers helemaal geen bewijs. Dan rijst de vraag voor wie de gevolgen zijn wanneer er controle is.

Daarvoor moet wel een oplossing gezocht worden. Wij leven immers in een digitaal tijdperk. De apothekers kunnen perfect achterhalen hoeveel dosissen er afgeleverd zijn, door hen en ook door collega's, maar het bijhouden en tellen van die papieren is compleet achterhaald. Daar zou zo snel mogelijk een oplossing voor moeten komen.

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

06 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La démence, première cause de mortalité en Belgique" (55032245C)

06 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Dementie als belangrijkste doodsoorzaak in België" (55032245C)

06.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, entre 2004 et 2019, le nombre de décès attribués à la maladie d'Alzheimer ou à d'autres formes de démence a progressé de plus de 70 %, selon les dernières statistiques de mortalité de Sciensano. Près d'un décès sur dix dans notre pays est ainsi lié à la démence. En 2004, cette proportion n'était encore que de 5%.

Comme facteur relevé par les experts, le vieillissement de la population explique en grande partie la forte augmentation de la mortalité liée à la démence. Les femmes sont aussi plus touchées. L'analyse par

province montre qu'Anvers et le Hainaut sont les provinces les plus touchées. Cette progression de la proportion est très interpellante.

Au-delà de la phase descriptive réalisée par Sciensano, des analyses des causes sont-elles réalisées? Quels avis ont été formulés pour orienter les politiques de santé publique?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, la nouvelle étude de Sciensano a permis de redistribuer les causes de décès mal définies afin de fournir une meilleure vue sur les causes de décès en Belgique. Entre 2004 et 2019, le nombre de décès attribués aux démences et à la maladie d'Alzheimer est passé de 5 052 à 9 686 – de 3 496 à 6 420 pour les femmes et de 1 556 à 3 266 pour les hommes. Le taux brut de mortalité correspondant est passé de 48,5 à 84,5 pour cent mille personnes – de 64,7 à 110,3 pour les femmes et de 30,5 à 57,9 pour les hommes.

En 2004, les démences et la maladie d'Alzheimer représentaient 5 % des décès – 7 % chez les femmes et 3 % chez les hommes. En 2019, ils représentaient 9 % des décès – 12 % chez les femmes et 6 % chez les hommes.

Afin de prendre en compte les changements de structure par âge de la population belge entre 2004 et 2019, on peut calculer le taux de mortalité dans le cas où la structure par âge de la population serait identique en 2004 et en 2019.

Dans ce cas, le taux de mortalité standardisé par âge augmente de 69,5 pour 100 000 en 2004 à 84,5 pour 100 000 en 2019. Le taux de mortalité standardisé passe de 72 à 87,8 pour les femmes, et de 62 à 76,9 pour les hommes.

En 2019, sans prendre en compte les différences dans la structure par âge des provinces, les provinces les plus touchées étaient la Flandre occidentale avec 102 décès pour 100 000 personnes, puis Anvers avec 100 décès et le Brabant flamand avec 93 décès pour 100 000 personnes. En prenant en compte les différences dans la structure par âge des provinces, le top 3 devient Anvers, avec 98 décès pour 100 000, puis Bruxelles, avec 91 décès, et le Brabant flamand, avec 89 décès. Tels sont les chiffres.

Sciensano continuera à surveiller la situation, y compris celle de la démence.

06.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie.

À ce stade, je peux comprendre que Sciensano suive l'évolution mais je pense que vu les proportions interpellantes des augmentations, il serait intéressant d'avoir une analyse des causes. Cela m'apparaît extrêmement important. Nous savons que nous vivons plus vieux. Nous savons aussi que nous vivons plus vieux mais pas toujours en très bonne santé. Si, en plus, on ajoute un problème de démence qui implique une prise en charge assez lourde pour la personne mais aussi pour la famille, cette tendance est inquiétante. Il faudrait également s'interroger sur les facteurs qui ont aggravé ce phénomène. Y a-t-il un *benchmarking* au niveau européen ou international? Quels sont les facteurs de risque? Je pense évidemment aux perturbateurs endocriniens. Des mesures beaucoup plus restrictives et réglementaires ne devraient-elles pas être prises pour améliorer la santé publique?

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

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het onderzoek van de OESO over het coronabeleid" (55032301C)

07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'étude de l'OCDE à propos de la stratégie de lutte contre le coronavirus" (55032301C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u kondigde aan dat de OESO het beleid en de genomen beslissingen tijdens de covidpandemie onder de loep zal nemen. De N-VA-fractie vraagt al langer een grondig onderzoek en een objectieve analyse en evaluatie van het covidbeleid in de brede zin van het woord. Wij hebben echter een aantal vragen bij de aankondiging die u hebt gedaan.

Hoe belangrijk is het voor u dat er grondig en objectief wordt geëvalueerd?

Zal het onderzoek van de OESO naar het gevoerde covidbeleid worden uitgevoerd voor alle OESO-lidstaten of is België een van de weinige lidstaten die zo'n onderzoek vraagt?

Is er bekend wie binnen de organisatie het onderzoek zal leiden en hoe grondig het zal zijn?

Zal er ook een onderzoek worden gevoerd naar de vele financiële stromen en het aanbestedingsbeleid tijdens de covidcrisis?

Welke einddatum is voorzien voor het te verwachten rapport?

Zullen de verschillende disputen tussen de overheid en een aantal leveranciers ook worden meegenomen in de evaluatie?

Zullen de betrokken organisaties en het Parlement worden gehoord?

Zult u ingaan op de vraag van de N-VA om over te gaan tot een audit van het FAGG en de FOD Volksgezondheid, de diensten waarvoor u verantwoordelijk bent?

Is er in het onderzoek van de OESO ook de opdracht voorzien om de organisatie – het volledige organogram, inclusief externe consultants en vaste ambtenarij – onder de loep te nemen?

In hoeverre wordt ook het wetenschappelijk beleid aan een objectieve evaluatie onderworpen? Door wie zal dat gebeuren?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik ben net zoals u voorstander van een onafhankelijke evaluatie van de aanpak van de pandemie. Dat is ook de reden waarom ik het een heel interessante piste vind dat de OESO ons covidbeleid onderzoekt. Dat gaat dan echt over een grondige evaluatie van hoe ons bestel tijdens de pandemie heeft gefunctioneerd.

De OESO heeft een specifiek raamwerk ontwikkeld dat moet toelaten om de aanpak van covid door een land objectief te evalueren en te vergelijken. Ik denk niet dat de OESO dat al op heel veel landen zal toegepast. Ik hoop dat het er zo veel mogelijk worden. Ik weet dat dat al op Luxemburg is toegepast.

Wie zal dat doen? Er zal een onderzoeksgroep door de OESO worden samengesteld.

Waarover gaat het? De OESO-evaluatie zal de hele aanpak van de pandemie beschouwen en alle nodige elementen meenemen. Hoe werd het crisismanagement georganiseerd? Welke maatregelen inzake preventie maar ook herstelbeleid werden genomen op sanitair, sociaal en economisch niveau? Hoe voorbereid waren we toen? Welke stappen zijn intussen inzake pandemische paraatheid gezet? Dat zijn de belangrijkste vragen.

Ik kan nog niets zeggen over de timing. Ik hoop dat we de resultaten van dat onderzoek voldoende snel hebben om ze te kunnen gebruiken in het beleid dat we ontwikkelen.

Ik denk dat de OESO-evaluatie de volledige aanpak van de pandemie zal en ook moet beschouwen, en alle nodige elementen zal meenemen. Ik zei het al. Hoe werd het crisismanagement georganiseerd? Welke maatregelen zijn genomen op economisch, sociaal en sanitair vlak? Hoe voorbereid waren we?

De FOD Volksgezondheid is momenteel haar transitieproject voor het toekomstige crisisbeheer aan het finaliseren. Het doel van deze oefening is om binnen de FOD Volksgezondheid te kijken welke lessen we kunnen trekken om ons crisisbeheer verder op punt te zetten, waarbij onder meer de geleerde lessen van de COVID-19-pandemie centraal zullen staan. Hierbij zal worden gekeken naar wat gezondheids crisisbeheer voor de FOD betekent, hoe dat kan worden georganiseerd, ook binnen de organisatie, en hoe de samenwerking met partners verloopt. Ook de OESO-evaluatie zal daaraan kunnen bijdragen.

De OESO-evaluatie mag geen eindpunt zijn. België heeft op korte termijn de ambitie om aan diverse internationale evaluaties systematisch deel te nemen. Zo hebben we ons als een van de eerste pilootlanden al kandidaat gesteld om deel te nemen aan een Europese *resilience*-oefening van het WHO European

Observatory on Health Systems and Policies. Alle tot op heden verschenen wetenschappelijke analyses en publicaties vormen een vertrekbasis voor de evaluaties van zowel de OESO als de Wereldgezondheidsorganisatie.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u stelt me niet echt gerust, want het crisisbeleid, de voorbereidheid en de stappen die gezet zijn enzovoort, moeten uiteraard worden onderzocht. Het is echter zeer belangrijk dat men, zoals in Nederland, heel grondig en objectief te werk gaat, waarbij men zowel de kritische stemmen als de stemmen die deelgenomen hebben aan het beleid interviewt en evalueert en men over beide rapporteert. In uw antwoord ontbreekt dat. Het is absoluut noodzakelijk om de fouten grondig te onderzoeken. We moeten achterhalen welke stappen op minder wetenschappelijke basis of op basis van foutieve informatie zijn gezet en wat er door allerlei omstandigheden niet optimaal is verlopen. Het is bijzonder jammer dat u die ambitie in uw antwoord niet uitspreekt.

Er is opnieuw onderzoek verricht naar het vertrouwen in de politiek, dat abnormaal laag is. Als we vertrouwen willen winnen als politici, is het noodzakelijk dat de grootste crisis van de voorbije 50 jaar wordt geanalyseerd en objectief in kaart wordt gebracht. Daarbij moeten alle stemmen – pro's en contra's – worden meegenomen. Dan pas weten we welke lessen we hebben geleerd en wat we in de toekomst zullen uitvoeren.

Ik vrees dat het door u bestelde onderzoek een doekje voor het bloeden is. Nochtans verwacht de burger dat we een grondig onderzoek voeren, in eigen boezem kijken en vooral ervoor zorgen dat zo'n crisis ons niet meer overkomt.

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

08 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het KB over de honoraria voor de bereiding, levering en toediening van covidvaccins" (55032305C)**
- **Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vergoeding voor de toediening van covidvaccins in de eerste lijn" (55032838C)**

08 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "L'arrêté royal sur la rémunération de la vaccination anticovid" (55032305C)**
- **Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La rémunération des prestataires de première ligne pour l'administration de vaccins contre le covid" (55032838C)**

08.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het KB rond de honoraria van de aflevering, toediening en bereiding van de vaccins. Het is ondertussen ongeveer een maand in voege. Er worden op dit moment ook heel wat vaccins gezet in de apotheken en bij de artsen. Ik had graag van u vernomen of er een beperking in de tijd is voorzien voor de afgesproken tarieven die per KB zijn gepubliceerd. Het gaat op dit moment immers enkel over covidvaccinatie.

Hoe zit het met een eventuele campagne in het voorjaar? Ik hoor het hier en daar rommelen en had graag vernomen wat de planning ter zake is.

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Het ontwerp van KB tot vaststelling van de honoraria voor de bereiding, levering en toediening van covidvaccins, dat op 2 december werd goedgekeurd door de ministerraad, was van toepassing tot 31 december 2022. Deze einddatum is vastgelegd gezien de geraamde budgettaire kosten moesten worden opgevangen door de reeds toegekende middelen aan het RIZIV in het kader van de covidprovisie voor 2022. Ondertussen is beslist om ook in 2023 een covidprovisie aan het RIZIV toe te kennen. Een ontwerp van KB is op 19 december goedgekeurd door het Verzekeringscomité van het RIZIV om de maatregel te verlengen tot eind 2023.

Of een nieuwe campagne nodig zal zijn in het voorjaar, zal afhangen van de epidemiologische evolutie. De organisatie van de vaccinatiecampagne behoort tot de bevoegdheden van de gemeenschappen.

We zitten ook nog niet in een gestabiliseerde fase waarin de impact van COVID-19 voorspelbaar is en de

uitgaven ingeschat en structureel verankerd kunnen worden. Voor 2023 wordt daarom een provisie van 100 miljoen euro buiten de begrotingsdoelstelling voorzien om de kosten gekoppeld aan COVID-19 ten laste te nemen. De huidige maatregelen zullen regelmatig worden geëvalueerd, ook op de volumes en de prijzen. Het beleid ten aanzien van covid wordt vanaf 2024 volledig ingekanteld in de reguliere begrotingen. Het is dus in dat kader dat er zal worden nagedacht over een structurele en definitieve vergoedingsbasis voor de vaccinatie in de eerste lijn.

08.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Ik noteer dus tot einde 2023 en dat het na 2024 ingebed zal worden in de toekomst. Dat lijkt me prima zo.

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

09 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De investeringen van Pfizer in Puurs" (55032307C)**

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De investering van Pfizer in de site van Puurs" (55032843C)**

09 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Les investissements de Pfizer à Puurs" (55032307C)**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les investissements de Pfizer dans son site de Puurs" (55032843C)**

09.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag is naar aanleiding van een publicatie op de website van de VRT, waarin Pfizer een investering van 1 miljard euro aankondigt in haar vestiging in Puurs. Die zou worden uitgevoerd over een periode van drie jaar. Pfizer geeft aan dat deze productiesite een cruciale rol heeft gespeeld bij de productie van het coronavaccin, wat wij allemaal hebben meegemaakt en beamen. De investering zou bestaan uit de uitbreiding van de productiecapaciteit, de vergroting van de mogelijkheden voor koelopslag en de uitbreiding van verpakkingsprocessen. Er zouden 250 bijkomende jobs gemoeid zijn met deze investering.

Bent u op de hoogte van deze beslissing? Over welke productie gaat het precies? Zijn er voorafgaande onderhandelingen geweest?

09.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Zoals gezegd door mevrouw Depoorter gaat het over 1,2 miljard aan investeringen op drie jaar tijd in productiecapaciteit, koelopslag en verpakkingsprocessen. Er zouden ongeveer 250 jobs mee worden gecreëerd.

Hebt u enig idee wat voor personeel naar aanleiding van deze investeringen zou worden aangeworven? Gaat het om vaste contracten? Gaat het om arbeiders of bedienden?

Hebt u met Pfizer overleg gehad over de investeringen in Puurs? Kunt u daar enige uitleg bij geven?

Hoeveel belasting betaalt Pfizer in België eigenlijk? Welke belastingvoordelen geniet Pfizer in het kader van de taksmodulatie en in het kader van onderzoek en ontwikkeling?

Werden er bepaalde garanties gevraagd door onze overheden in verband met die investeringen, zowel op het vlak van jobgarantie enzovoort als op het vlak van toegankelijkheid van de medicatie die wordt geproduceerd en opgeslagen, voor ons land maar ook voor andere landen? Werd er eventueel over prijsafspraken gesproken?

09.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, het zijn voor een minister van Volksgezondheid enigszins moeilijke vragen om te beantwoorden in de commissie voor Gezondheid. Het is immers niet aan mij om te oordelen of een persbericht van een bedrijf juist of verkeerd is. Ik heb daarover niet veel te vertellen.

Het is goed dat Pfizer in België investeert. Dat is goed voor onze economische basis, tewerkstellingsbasis

en kennisontwikkeling.

U hebt een reeks vragen die u best aan het bedrijf zelf stelt.

Mevrouw Merckx, u hebt vragen die, indien u ze belangrijk acht, aan de minister van Financiën moeten worden gesteld.

De enige vraag die qua administratieve uitvoering wel bij het RIZIV zit, is de vraag over de taksmodulatie. Indien het bedrijf voldoet aan de voorwaarden die gelden voor de taksmodulatie, geniet het dan ook van die maatregel.

Andere vragen over de fiscale behandeling zou u eigenlijk moeten stellen aan de minister van Financiën.

09.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft een eigenaardig antwoord.

Mijn vraag was gewoon of u op de hoogte bent van het bericht en wat uw mening daarover is. Ik denk dat u daar wel een idee over hebt.

Ons land is een *pharma valley*. Het is heel belangrijk dat het dat ook blijft en dat wij de innovatie aan onze patiënten kunnen blijven garanderen.

Ik weet dat u niet altijd een goede relatie hebt met de bedrijven. Wij moeten echter heel duidelijk stellen dat het dankzij die bedrijven is dat we de vaccinatiecampagne hebben kunnen voeren. Het is dus bijzonder dat u zo ontwijkend antwoordt op de vragen.

Het is absoluut een goede zaak dat er wordt geïnvesteerd in ons land. Het is dus ook een goede zaak dat er jobs bij komen. Het is natuurlijk in Vlaanderen dat de werkzaamheidsgraad al heel hoog is. Ik hoop dus dat een aantal Waalse jobs de grens kunnen oversteken en dat mensen aan de slag kunnen gaan in Puurs. Zo ver is Puurs immers niet.

Mijnheer de minister, het is dus flauw dat het niet mogelijk is om een pluim te gooien naar een groot Amerikaans bedrijf dat in onze samenleving wil investeren.

09.05 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, wat hebt u gevraagd? U hebt geen pluim gevraagd, u hebt gevraagd of het bedrijf de waarheid sprak. Dat is wat u hebt gevraagd.

09.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb gevraagd of u op de hoogte was.

09.07 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, natuurlijk was ik op de hoogte. Wat een tijdverlies zijn dergelijke vragen!

09.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb mijn vraag natuurlijk ook gesteld aan de heer De Croo, die op de foto stond met de mensen van Pfizer op de dag waarop dat werd aangekondigd.

Ik heb mij hier echter ook aangesloten bij de vraag van mevrouw Depoorter. Het is immers belangrijk dat, wanneer de farma-industrie investeert in ons land, er ook gesprekken zijn over de voorwaarden voor die investeringen inzake jobs. Blijkbaar wilt u daarover niets meegeven. Er zijn echter ook heel wat voordelen.

Ik zal over de belastingvoordelen de vraag stellen aan de minister van Financiën. We moeten in gesprek gaan over hoeveel geld er uiteindelijk naar die bedrijven gaat wanneer zij winst maken en hoeveel geld er mag terugvloeien naar de mensen van het land waarin die investeringen zijn gebeurd.

U zegt dat enkel de taksmodulatie tot uw bevoegdheid behoort, maar u wilt wel niet zeggen of ze ervan genieten of niet. Ik vind dat raar. Dat is een precieze vraag die een precies antwoord verdient. Voldoen zij aan de voorwaarden of niet? Hoeveel is het precieze voordeel dat een bedrijf als Pfizer geniet? Kunt u mij dat tenminste zeggen?

La **présidente**: Monsieur le ministre, vous avez un complément de réponse?

09.09 Minister Frank Vandenbroucke: Neen, ik heb gezegd wat ik te zeggen had.

09.10 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Het is jammer dat u daar niet preciezer over kunt zijn. Waarom niet? Is het omdat dat geheim moet blijven of hebt u gewoon geen antwoord en kunt u mij dat op een andere manier geven?

09.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, ik heb geen pasklaar antwoord op die vragen. Ik zeg dat ze daarvan genieten als ze aan de voorwaarden voldoen.

09.12 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Het is toch belangrijk te weten hoeveel geld er precies naar een bepaald bedrijf gaat? Dat is toch iets wat wij mogen weten, dat de belastingbetaler mag weten?

09.13 Minister **Frank Vandenbroucke**: Als u dat wenst, zal ik nagaan of ik dat kan bekendmaken.

09.14 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Dat zou ik inderdaad graag weten.

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

10 **Samengevoegde vragen van**

- **Nathalie Muylle** aan **Frank Vandenbroucke** (**VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid**) over "**De terugbetaling van Fampyra**" (55032319C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (**VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid**) over "**De terugbetaling van het MS-geneesmiddel Fampyra**" (55032863C)

10 **Questions jointes de**

- **Nathalie Muylle** à **Frank Vandenbroucke** (**VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes**) sur "**Le remboursement du Fampyra**" (55032319C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (**VPM Affaires sociales et Santé publique**) sur "**Le remboursement du médicament Fampyra dans le traitement de la sclérose en plaques**" (55032863C)

10.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, voor de behandeling van MS kunnen bepaalde patiënten die het medicijn Fampyra nemen een terugbetaling krijgen, maar voor nieuwe patiënten die met dit middel willen starten geldt deze terugbetaling niet. Dit heeft echt het aura van een besparingsmaatregel. Het is mogelijk dat dit een eerste stap is in een strategie om de terugbetaling voor alle MS-patiënten die dit middel nemen terug te schroeven.

Ik moet ook vaststellen dat veel medicatie die MS-patiënten voor secundaire gevolgen van de ziekte moeten nemen niet wordt terugbetaald. De kosten voor de behandeling lopen hierdoor sterk op en worden niet in de maximumfactuur van de ziekenkas opgenomen.

Mijnheer de minister, waarom werd er beslist om de terugbetaling van Fampyra niet toe te kennen voor MS-patiënten die met het middel willen beginnen? Wenst u op termijn de terugbetaling voor patiënten die het middel al nemen terug te schroeven? Overweegt u om de geneesmiddelen die de secundaire gevolgen van MS tegengaan in de maximumfactuur op te nemen?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, Fampyra wordt sinds 2015 tijdelijk vergoed onder een overeenkomst, artikel 111 en volgende.

In 2021 is er een procedure geweest voor de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen of CTG om de terugbetaling te evalueren. Tijdens de betrokken CTG-procedure werden alle door de firma aangeleverde data geanalyseerd en werden de bevindingen uitgebreid bediscussieerd. De CTG had twijfels over de toegevoegde waarde van deze behandeling. In vergelijking met een placebo werd immers vastgesteld dat er slechts beperkte verschillen waren tussen de respons op Fampyra en die op een placebo. Die verschillen waren duidelijk kleiner dan wat als klinisch relevant wordt beschouwd. Tevens bleven de gevolgen bij een stopzetting van de Fampyrabehandeling op een dubbel blinde manier, dus zonder dat de patiënt wist of de Fampyrabehandeling werd vervangen door een placebo, duidelijk onder de drempel van wat als klinisch relevant wordt beschouwd. Ten slotte werd het effect van Fampyra vooral onderzocht in een omgeving waarin weinig kinesitherapie werd gebruikt. De waarde van Fampyra in combinatie met kinesitherapie, zoals in België de gangbare praktijk is, is dus niet bewezen.

De CTG was van mening dat de gevraagde kostprijs van Fampyra niet overeenstemt met de therapeutische waarde. Hoewel Fampyra al sinds 2015 tijdelijk werd vergoed, werden de therapeutische onzekerheden nog altijd onvoldoende beantwoord. Aangezien de prijsdaling die in deze procedure door de firma werd aangeboden duidelijk te ver van het voorstel van de CTG verwijderd bleef, werd er geen akkoord bereikt. De CTG stelde daarom in het definitieve voorstel een stopzetting voor van de terugbetaling voor nieuwe patiënten. Er werd dus wel voorzien in continuïteit voor de patiënten die al met Fampyra behandeld worden en daar gunstige effecten van ondervinden.

Ik heb dat advies van de CTG gevolgd. Hoewel ik begrijp dat patiënten, zorgverstrekkers en de firma zelf liever een andere beslissing hadden gezien, vraag ik ook om begrip te hebben voor het feit dat het geneesmiddelenbudget beperkt is en we de beschikbare middelen bij voorkeur besteden aan geneesmiddelen waarvan de kosten voor de ziekteverzekering in verhouding staan met de therapeutische waarde. Het is immers onze taak om met die beschikbare middelen zoveel mogelijk gezondheidswinst te genereren op populatieniveau. Dat gaat soms gepaard met moeilijke beslissingen, maar die worden altijd voorafgegaan door een grondige analyse en overweging van alle beschikbare elementen.

In de maximumfactuur telt het persoonlijke aandeel voor terugbetaalde geneesmiddelen en magistrale bereidingen mee. Een terugbetaling betekent dat er een positieve beslissing is genomen op basis van de verhouding tussen enerzijds de therapeutische waarde en anderzijds de kostprijs voor de ziekteverzekering. Voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen is er ofwel geen evaluatie geweest, ofwel was de uitkomst een negatieve beslissing.

Geneesmiddelen met baclofen als actief bestanddeel, de specialiteiten Sirdalud en Sativex, zijn terugbetaalbaar voor MS-patiënten. Voor Sativex is dit zo wanneer de patiënt voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden. Ze worden ook in rekening genomen voor de maximumfactuur.

Ik wil erop wijzen dat er voor patiënten met multiple sclerose in een gevorderd stadium een conventie bestaat voor globale tenlasteneming. Dat is voor een tegemoetkoming in de bijkomende kosten voor voeding, materiaal en verplaatsing van de patiënt.

10.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen uiteraard niet tegenspreken, maar er is iets in uw antwoord wat mij verwondert. Er is in ons land geen terugbetaling. Als ik kijk naar de andere landen, dan zie ik daarbij Luxemburg, Duitsland, Catalonië, Slovenië, Griekenland, Ierland, Spanje, Frankrijk, Polen, Portugal. Dat zijn toch allemaal landen rondom ons die het EMA volgen en die wel terugbetaling voorzien voor dit medicijn.

Ik pleit er niet voor dat elk medicijn dat op de markt komt terugbetaald wordt, maar als wij willen garanderen dat onze patiënten van innovatie kunnen genieten en toegang hebben tot geneesmiddelen die net iets buiten die eerste comfortzone liggen maar toch bewezen efficiënt zijn, dan moeten wij er zeker voor zorgen dat in de onderhandelingen wordt meegenomen dat er toegang is tot die medicijnen.

U zegt dat het niet bewezen is dat de patiënten geholpen zijn in combinatie met kinesitherapie, omdat het effect vooral onderzocht werd buiten de omgeving van kinesitherapie. Misschien is het echter net de bedoeling dat daar ook een kinesitherapeutische therapie aan gekoppeld wordt.

Ik vind het antwoord nogal kortzichtig. Mij lijkt het heel belangrijk dat patiënten met MS, toch een zeer ingrijpende ziekte, toegang hebben tot medicatie die hen kan helpen en dat wij niet steeds aan dat laatste wagonnetje bengelen.

Afspraken met de firma's zijn belangrijk. Die moeten transparant maar vooral ook resultaatgericht zijn. Daarom pleit ik nogmaals voor een systeem dat de N-VA-fractie reeds heel vaak naar voren heeft gebracht, namelijk *pay for performance*. Wanneer u daarmee zou werken, met objectieve criteria en limieten of resultaten die zouden moeten behaald worden, dan zou u veel meer patiënten toegang kunnen geven tot veel meer medicatie.

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

La **présidente**: La question n° 55032333C de M. Patrick Prévot est reportée.

11 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Un test antigénique 3 en 1" (55032334C)

11 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Een drie-in-één-antigeentest" (55032334C)

11.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la présidente, monsieur le ministre, permettez-moi tout d'abord de vous présenter mes meilleurs vœux.

À l'heure où le covid-19 regagne du terrain, un nouveau test développé par les laboratoires français AAZ serait actuellement disponible dans certains hôpitaux et pharmacies en France. Grâce à un seul prélèvement, ce test – baptisé COV-GRIP – permettrait de dépister le covid-19, la grippe et la bronchiolite en un temps record de trois minutes.

Ce test pourrait représenter une petite révolution dans le monde médical, en particulier pour la pédiatrie. En effet, il est beaucoup moins invasif qu'un test PCR puisqu'il prend la forme d'un petit tube à placer dans la narine. Il permet également aux soignants de gagner du temps quant au diagnostic à poser et donc au traitement à prescrire, les symptômes de ces trois virus pouvant, dans de très nombreux cas, se rapprocher.

Il apparaît également que ce genre de test pourrait non seulement aider le monde médical à obtenir des chiffres plus précis en ce qui concerne la recrudescence de ces virus et ainsi assurer un suivi plus efficace d'éventuelles épidémies, mais aussi éviter la prise d'antibiotiques inutiles et jouer un rôle majeur dans la lutte contre l'antibiorésistance.

En conséquence, monsieur le ministre, avez-vous déjà eu des échos concernant ce test français et d'éventuels premiers résultats obtenus?

Ce type de test est-il également en phase d'évaluation en Belgique ou le sera-t-il à l'avenir? Dans l'affirmative, où et quand? Dans la négative, pourquoi?

De manière plus générale, quel est votre avis sur ce type de test? Pourrait-il être élaboré et remboursé en Belgique? En France, il apparaît que si le patient est vacciné, la partie covid-19 est remboursée et la Haute Autorité de Santé doit se prononcer d'ici la fin du mois de janvier sur un éventuel remboursement intégral du test à partir de février.

D'après vous, ce test peut-il avoir une incidence sur la gestion d'épidémies telles que celle du covid-19, de la grippe ou de la bronchiolite?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame, premièrement, nous n'avons pas encore de données sur ce test spécifique, mais nous avons des réunions régulières avec les autorités compétentes françaises. Elles nous informeront.

Deuxièmement, c'est le fabricant qui décide dans quels établissements de santé se déroulent les études de performances cliniques. Une fois que ces études sont terminées, et que le test a reçu la certification CE, il peut être vendu et utilisé librement dans toute l'Union européenne.

Troisièmement, il existe déjà des tests antigéniques rapides marqués CE qui détectent à la fois la grippe, le SARS-CoV-2 et le VRS. De tels tests PCR multiplex (mPCR) sont certainement intéressants, bien qu'il faille accorder une attention suffisante à la spécificité du test, plus particulièrement dans le cas où plusieurs virus seraient détectés ensemble sur la même bandelette.

Quatrièmement, outre son importance pour le traitement d'un patient individuel, un test alternatif pourrait également être utile au niveau de la population pour gérer les épidémies. Le Risk Assessment Group a déjà discuté des avantages d'un test PCR multiplex pour plusieurs virus respiratoires simultanément dans son avis du 6 septembre 2021. Cet avis ne recommande pas un test dit *Point-of-Care* chez le généraliste.

En ce qui concerne le suivi de la circulation des virus dans la population, le diagnostic différentiel entre les virus est maintenant déjà effectué par des réseaux de surveillance sentinelle, par un test PCR. L'utilisation d'un test fiable par chaque prestataire de soins de santé pourrait renforcer cette collecte de données si des données supplémentaires sont nécessaires pendant une épidémie grave. Cependant, la fiabilité du test est

essentielle pour cela.

Dans le cadre de la surveillance par échantillonnage des virus respiratoires aigus, les écouvillons nasaux sont déjà systématiquement prélevés sur toutes les personnes enregistrées présentant certains symptômes. Ces écouvillons sont testés par le Centre national de référence pour Influenza (CNR) au moyen d'un test PCR standardisé pour une quinzaine de virus respiratoires, dont le VRS, la grippe et le SARS-CoV-2.

Un test fiable pourrait éventuellement également jouer un rôle dans le déploiement optimal de mesures d'isolement et de quarantaine, des mesures préventives, y compris certaines vaccinations, et la fourniture de traitements spécifiques et leur remboursement. Voilà quelques réflexions en réponse à votre question.

11.03 **Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse et pour l'ouverture d'esprit qui en émane. J'entends que vous tenez des réunions régulières avec les autorités françaises et que vous suivez également des travaux de validation courts. Je vous en remercie car je crois qu'il faut vraiment voir ces tests multiplex comme porteurs d'espoir, indépendamment de leur fiabilité qui doit pouvoir encore être davantage examinée. Il est important qu'ils puissent être validés et distribués encore cet hiver, dans une période où l'on sait que l'on cumule de multiples virus respiratoires, en particulier ceux que j'ai cités: le covid mais aussi la grippe, la bronchiolite et d'autres, sachant que ces virus encombrant nos hôpitaux. Cela fera d'ailleurs l'objet d'un autre débat en commission.

Vous nous dites qu'aujourd'hui, il y a déjà un diagnostic différentiel possible en fonction des différentes épidémies. C'est vrai mais je pense qu'il est toujours intéressant de pouvoir se doter d'une nouvelle corde à notre arc et de faire bénéficier l'ensemble de l'Union européenne de ces tests selon les mêmes critères de validation et de fiabilité bien évidemment. Nous suivrons cela de près.

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

12 **Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La rémunération des heures de garde des médecins généralistes" (55032335C)**

12 **Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De vergoeding van de huisartsenwachtdiensten" (55032335C)**

12.01 **Sophie Rohonyi (DéFI):** *Monsieur le Ministre, alors que nous savons que la revalorisation des professions médicales est la seule solution face à la pénurie de soignants, trop peu d'étudiants souhaitent se diriger vers la médecine générale, et ce pour plusieurs raisons, parmi lesquelles la surcharge de travail, la surcharge administrative, mais aussi les horaires impossibles avec des gardes obligatoires.*

L'Absym dénonce également la faible rémunération liée à ces gardes.

Ils soulignent que si le filtre appliqué par la centrale d'appels implique que le nombre de patients qui sollicitent une visite à domicile ou un rendez-vous au poste de garde est beaucoup moins important qu'avant - ce qui en soi n'est pas une mauvaise chose - cette situation a comme effet pervers que les honoraires perçus durant ces gardes deviennent symboliques.

Face à ce constat, l'Absym propose ainsi que l'honoraire de disponibilité soit porté à 50 euros par heure de garde, auquel devrait venir s'ajouter le montant des consultations et visites à domicile.

Dans le journal Le Soir, vous avez réagi à leur demande en évoquant une meilleure méthode de rémunération qui devrait être trouvée suite aux discussions au sein de la Médicomut, en étroite collaboration avec les activités du groupe de réflexion qui se penche sur le New Deal, mais également des "partenariats entre les postes de gardes".

En conséquence, Monsieur le Ministre:

Pouvez-vous nous en dire plus quant à ces discussions au sein de la Médicomut? Quand auront-elles lieu et avec qui? Quelle meilleure méthode de rémunération préconisez-vous?

Que répondez-vous de la demande de l'Absym?

Avez-vous la suivre et pourquoi?

Pouvez-vous nous en dire plus quant aux "partenariats entre les postes de garde"?

12.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Rohonyi, la plate-forme d'accompagnement de garde, présidée par Frank Lippens, examine le financement des frais de fonctionnement des accords de collaboration fonctionnelle. Les syndicats de médecins, les cercles de médecins généralistes et les postes de garde sont associés à ces discussions. Un état de la situation intermédiaire sera prochainement présenté à la médico-mut. L'une des conclusions est que la discussion sur le financement des accords de collaboration doit aller de pair avec une révision du système de rémunération des généralistes dans un poste de garde.

Aujourd'hui encore, le financement se fait en grande partie à la prestation. Il arrive que le généraliste ne reçoive pas de patients à certaines heures ou seulement en nombre très limité. On pourrait passer à des horaires de disponibilité plus élevés, comme le propose l'Absym. Cette suggestion me semble bonne. Cependant, la plate-forme d'accompagnement de garde n'est pas compétente en cette matière, ce débat devant être mené par la médico-mut. Bien entendu, ce point peut être inclus dans les négociations d'un prochain accord médico-mut.

Je vous rappelle ensuite qu'un arrêté royal émanant du SPF Santé publique et portant sur l'agrément des structures de coopération des postes de garde des médecins généralistes a déjà été publié.

Enfin, je vous soumettrai la réflexion suivante. Vous dites que, grâce à un meilleur tri, les postes de garde voient moins de patients qu'auparavant. C'est une bonne chose en soi. Toutefois, permettez-moi d'ajouter que ce n'est pas la règle générale. J'entends aussi de nombreux postes de garde qui se plaignent d'un afflux de patients sans précédent. Les expériences en la matière diffèrent donc grandement.

12.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, pardonnez-moi: j'ai été quelque peu surprise, parce que je m'attendais à une réponse plus riche. En effet, vous avez simplement répété ce qui a transpiré dans les médias, à savoir que les discussions se poursuivent et que les postes de garde et les médecins généralistes en font partie – or c'est la moindre des choses. Toutefois, je m'interroge sur la place de l'Absym dans cette discussion. On a beau dire que les médecins généralistes en font partie intégrante, ce n'est pas le cas de toutes les fédérations. Des sélections sont en effet parfois opérées en amont, sans que nous sachions selon quels critères.

Je reste donc perplexe à ce sujet. En revanche, j'entends votre ouverture d'esprit quant à une des pistes avancées par l'Absym, à savoir les horaires de disponibilité, et je vous en remercie. Cela dit, j'aurais aussi souhaité vous entendre au sujet du principe même d'une meilleure rémunération de la garde.

Vous aviez laissé entendre dans la presse que vous n'écartiez pas ce principe-là, mais on se pose toujours la question des modalités. Comment veiller à ce que la garde soit mieux rémunérée? Au Luxembourg, par exemple, nous observons des disparités selon la charge de travail de ces médecins de garde, et je pense que nous devons également travailler à une objectivation de la situation.

En tout état de cause, notre objectif doit demeurer le même, au bénéfice de tous les médecins, à savoir que ces médecins généralistes qui font des gardes doivent pouvoir être mieux rémunérés. Sans cela, on ne parviendra pas à revaloriser une profession qui en a tant besoin et on fera en sorte d'écartier des jeunes susceptibles de se lancer dans l'aventure médicale. Dans le même temps, on fatiguera encore plus les médecins qui sont aujourd'hui sur le pont. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 55032345C, n° 55032346C, n° 55032350C et n° 55032352C de Mme Nawal Farih ainsi que les questions jointes n° 55032348C de Mme Nawal Farih et n° 55032876C de Mme Frieda Gijbels, sont reportées.

13 Questions jointes de

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "La situation des hôpitaux et le port du masque" (55032353C)

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Le port du masque obligatoire pour le personnel soignant" (55032458C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le port du masque dans les hôpitaux" (55032829C)

13 Samengevoegde vragen van

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De situatie in de ziekenhuizen en het dragen van een mondmasker" (55032353C)

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De mondmaskerplicht bij het zorgpersoneel" (55032458C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het dragen van mondmaskers in de ziekenhuizen" (55032829C)

La **présidente**: M. Prévot n'est pas présent.

13.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, docent verpleegkunde Bart Crab wil af van de mondmaskerplicht in de zorg. Dat maakte hij duidelijk in een tweet: "Hoog tijd voor de afschaffing van de mondmaskerplicht in de ziekenhuizen en WZC's. Voor dementerende ouderen is een vriendelijk gezicht erg belangrijk. Stop met beschermen tot oneindig! De ultieme veiligheid is de dood, nietwaar? Wat met de autonomie van de zorgvrager?"

De docent trekt het nut van mondmaskers in de zorg zeker niet in twijfel, maar vraagt zich af of ze nog systematisch en overall moeten worden gedragen. Vooral bij oudere mensen, maar ook bij kinderen, zijn gelaatsuitdrukkingen uitermate belangrijk om een boodschap over te brengen of om een vertrouwensband te scheppen. Bovendien heeft de mondmaskerplicht volgens hem ook een negatieve invloed op de jobtevredenheid van de verpleegkundigen. "Het doet pijn aan je oren en bestaande huidaandoeningen worden er erger door", aldus de docent.

Begrijpt u de argumenten van fysieke ongemakken, gevoel van ontmenselijking en negatieve invloed op de jobtevredenheid die docent verpleegkunde Bart Crab aanvoert?

Hoelang zal de mondmaskerplicht in de zorg nog duren? Aan de hand van welke indicatoren zal de mondmaskerplicht in de zorg opgeheven worden en zal er opnieuw worden overgeschakeld naar het normale regime van voor corona?

Naast de verplichte vaccinatie in de zorg is nu ook de mondmaskerplicht een van de redenen waarom mensen uit de zorg stappen of niet in de zorg stappen. Hebt u zicht op hoeveel mensen er om die redenen uit gestapt zijn?

13.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het dragen van een mondmasker is een efficiënte manier om de verspreiding van ziektekiemen te beperken. Het gaat dan niet alleen over SARS-CoV-2, maar bijvoorbeeld ook over influenza.

Het medisch personeel is dan ook opgeleid om persoonlijke beschermingsmiddelen op een correcte manier te gebruiken en zij weten ook dat het zeker in het griepseizoen of bij een hoge circulatie van andere pathogenen ten zeerste aan te bevelen is om mondmaskers te dragen, vooral bij contacten met verzwakte of vatbare personen.

Sinds de covidcrisis is daarin wel wat verandering gekomen omdat er ook een algemene verplichting geldt, bijvoorbeeld in ziekenhuizen, om mondmaskers te dragen. Die verplichting werd nogmaals bevestigd in de interministeriële conferentie van 18 mei, waarvan ik het verslag overigens niet kan terugvinden.

Op welke elementen baseert men zich om de mondmaskerdracht al dan niet te verplichten? Denkt u dat ziekenhuizen en de experts ter plaatse zelf kunnen beoordelen op welke afdelingen of in welke omstandigheden het dragen van mondmaskers zinvol is of niet? In welke omstandigheden wordt een

dergelijke verplichting opgeheven?

13.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Om te beginnen is er de vraag of ik begrijp dat wanneer mensen in de zorg worden verplicht om een mondkapje te dragen, dat voor hen een ongemak kan zijn. Ik hoor daar heel verschillende dingen over. Vorige week was ik in een ziekenhuis waar men het geen enkel probleem vond, want ook in ruimtes waar het niet verplicht was, droegen mensen een mondkapje. Ik hoor echter ook andere dingen van mensen op het terrein, die er graag verlost van zouden zijn omdat het toch wel vervelend is het te moeten dragen.

In het algemeen kunnen we zeker aanvaarden dat mensen het vervelend vinden. Ik wil zeker ook het argument aanvaarden dat bij communicatie het kunnen zien van het volledige aangezicht beter is.

Voor de kerstvakantie heb ik informeel aan onze adviesorganen gevraagd of we het huidige beleid inzake mondkapjes in zorginstellingen verder zouden zetten. Ik heb dat expliciet gevraagd omdat ik de verschillende reacties hoor, ook van mensen die het vervelend vinden. Het antwoord op de informele vraag was het voorstel om het zo te houden.

Eigenlijk kan men stellen dat in de huidige situatie de viruscirculatie weliswaar daalt en dat ziekenhuisindicatoren voor COVID-19 verbeteren. We komen echter net uit de kerstvakantie, dus dat is niet zo eenvoudig te beoordelen. Volgens de klassieke terminologie zitten we nog op beheersniveau 2. Men mag daarbij niet vergeten dat er ook zeer veel circulatie is van het griepvirus en RSV. In combinatie daarmee zorgt dat voor een belangrijke druk op het zorgsysteem. Daarom blijft de Risk Assessment Group de mondkapjeplicht in de zorgsector aanbevelen.

De Risk Management Group heeft een gedetailleerd en wetenschappelijk onderbouwd advies gevraagd aan het Strategic Scientific Committee met betrekking tot de mondkapjeplicht in de zorg en de modaliteiten. Er werd een grondiger advies gevraagd aan het Strategic Scientific Committee omdat ik de vraag op informele basis had gesteld. Men had daarop aangegeven dat grondiger te willen bekijken. Ik verwacht dat advies en op basis daarvan zal de Risk Management Group een voorstel doen dat we kunnen voorleggen aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De laatste raad die ik daarover heb gekregen van de experts was om het huidige bestel voorlopig in stand te houden. In de ziekenhuizen is dat trouwens een verplichting.

Anderzijds hoop ik toch een strategisch advies te krijgen dat misschien een beetje meer vooruitblik over hoe we verder om moeten gaan met de mondkapjeplicht.

Ik weet niet of er mensen uit de zorg stappen wegens de mondkapjeplicht. Ik denk eerlijk gezegd dat er veel mensen in de zorg, zelfs als ze het vervelend vinden, wel beseffen dat dit een beveiliging is voor zichzelf en patiënten wanneer er griep, RSV of covid rondgaat.

Op het vlak van de vaccinaties vind ik een verplichting momenteel niet aan de orde, zoals ik al eerder heb gezegd. Ik blijf dus bij mijn eerdere antwoord. Dat kan dus ook geen reden zijn om uit de zorg te stappen.

13.04 **Dominiék Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, het is misschien een ongelukkige periode waarin ik mijn vraag stel, want u hebt gelijk dat het mondkapje beschermt tegen virale infecties. Op mijn vraag op basis van welke indicatoren de mondkapjeplicht zal worden opgeheven, hebt u geantwoord dat u dat grondiger zult bekijken. Ik zal mijn vragen dus herhalen over enkele weken of maanden, tenzij u zelf met een antwoord komt, via de pers waarschijnlijk.

Ik blijf mij echter afvragen waarom het handje van de zorgverstrekkers nog steeds moet worden vastgehouden. Zijn zij niet capabel genoeg om zelf te beslissen wanneer het mondkapje moet worden gedragen en wanneer niet? Moet u dat beslissen en moet u dat dan via een mondkapjeplicht opleggen? Ik heb daar mijn twijfels en vragen over, maar ik hoor in uw antwoord dat de mondkapjeplicht nog niet direct zal worden opgeheven en dat er eigenlijk niet echt specifieke indicatoren zijn om daarover te beslissen.

13.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, wij zitten nu in een periode met een hoge circulatie van allerlei pathogenen. Het is dus sowieso een gevoelige periode en het blijft natuurlijk belangrijk dat patiënten goed worden beschermd, zeker zij die een zwakkere gezondheid hebben, maar uiteindelijk mogen wij niet vergeten dat het om zorgprofessionals gaat die gewoon zijn om met infecties om te gaan en dat er in de ziekenhuizen ook infectiepreventiespecialisten aanwezig zijn die best kunnen beoordelen wanneer een

mondmasker aangewezen is en wanneer niet.

Wij zijn in de covidperiode gewoon geweest dat er heel wat van bovenaf werd opgelegd, maar er moet over worden gewaakt dat de regie op tijd weer in handen van de artsen en zorgverstrekkers komt, omdat zij het terrein waarop zij werken het best kennen en ook heel goed weten hoe zij hun patiënten het best kunnen verzorgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Fagentherapie" (55032357C)**

14 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La phagothérapie" (55032357C)**

14.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, de toename van de antibioticaresistentie is een gekend probleem. In het nationaal actieplan tegen antimicrobiële resistentie zou er ook speciale aandacht zijn voor de fagentherapie en de toepassing ervan.

Hoeveel behandelingen werden reeds met fagentherapie begeleid in België? Zijn we daarin uniek of hinken we eerder achterop in de wereld?

Welke academische centra in België behandelen patiënten in de derde lijn? Zijn er ook behandelingen in de eerste en tweede lijn?

Zijn die behandelingen effectief? Zijn deze veilig? Wie produceert deze behandelingen?

Hoe worden ze gefinancierd?

Wie zorgt voor de nodige expertise en monitoring van deze behandelingen in België?

Wat is het standpunt van het Geneesmiddelenagentschap?

Welke toekomstperspectieven biedt de behandeling volgens u?

Wat dient ervoor gefaciliteerd of opgestart te worden vanuit de overheid, voor het individu, voor outbreaks in het ziekenhuismilieu, voor de opstart van onderzoek, voor samenwerking met de private sector?

14.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, wij hebben geen exacte cijfers, maar op basis van de beschikbare informatie waren er sinds 2015 iets minder dan 100 behandelingen met bacteriofagen in België. België is eerder een voortrekker in dit domein op Europees niveau.

Ondertussen wordt de bacteriofaagtherapie toegepast in de meeste academische centra. Het betreft steeds toepassingen bij ernstige infecties waar antibioticatherapie faalde. Vanuit de instellingen die de behandeling toepassen, wordt gemeld dat er successen behaald werden in deze situaties en dat er geen noemenswaardige bijwerkingen waren.

Een belangrijk probleem is dat er nog een gebrek is aan objectieve klinische data om de doeltreffendheid en veiligheid van bacteriofaagtherapie te kunnen aantonen. Het opzetten van een gerandomiseerde klinische studie is bijzonder moeilijk voor een gepersonaliseerde behandeling, vermits de te gebruiken bacteriofaag geselecteerd wordt uit een bibliotheek op basis van de specifieke infectie van de patiënt.

De grote meerderheid van de bacteriofagen die gebruikt worden in België, wordt aangemaakt als grondstof door het Militair Hospitaal, met kwaliteitscontrole door Sciensano. De fagen worden dan verwerkt als magistrale bereiding in het ziekenhuis waar ze gebruikt worden.

Aangezien geneesmiddelen op basis van bacteriofagen momenteel vervaardigd worden als magistrale bereiding en niet op de lijst van vergoedbare producten zijn vermeld, worden de kosten momenteel gedragen door de producent en het behandelende ziekenhuis. In de toekomst is het mogelijk om de piste van een specifieke nomenclatuurcode voor de therapie te onderzoeken. Dat zou verlopen via de Medische

Directie en de Directie Farmaceutisch Beleid van het RIZIV.

Hoewel we ervan uitgaan dat de academische centra die deze therapie toepassen de nodige expertise hebben, is er wel nood aan een betere monitoring en inzichten in de evidentie hierover. Het FAGG analyseert momenteel hoe het gebruik van bacteriofaagtherapie in België beter in kaart kan worden gebracht.

Voor de toekomst denken we dat de bacteriofaagtherapie een rol zal blijven spelen bij ernstige infecties waarbij antibioticatherapie faalde. Vanuit de overheid kunnen we bijdragen aan kwaliteitsgaranties voor de bacteriofagen. Met het oog daarop heeft het FAGG het Europees directoraat voor de kwaliteit van geneesmiddelen en de gezondheidszorg, het EDQM, verzocht om een tekst te ontwikkelen voor de kwaliteitscontrole van bacteriofagen. De eerste versie van deze tekst wordt nog voor het jaareinde verwacht (het is een antwoord van eind vorig jaar).

Daarnaast kan de overheid, waar nodig, ook bijdragen aan richtlijnen voor het klinisch gebruik van bacteriofagen. De cartografie die het FAGG wenst te maken zal een beter idee geven over waar verdere richtlijnen nodig zijn.

14.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. De strijd tegen antimicrobiële resistentie is heel belangrijk. Daarover zult u het met mij eens zijn. Dat zou weleens de volgende wereldwijde uitdaging voor onze gezondheidszorg kunnen zijn. Het is belangrijk dat antibiotica op de juiste manier en voor de juiste indicaties worden gebruikt, maar het is ook nodig dat alternatieve therapieën zoals de bacteriofaagtherapie grondig worden bekeken. De eerste behandelingen met bacteriofagen geven immers aan dat dat een heel hoopgevende en levensreddende behandeling kan zijn.

De financiering wordt vooral gedragen door het Militair Hospitaal en de ziekenhuizen die het product gebruiken. Ik denk dat het onderzoeken van de piste van de nomenclatuur en de verdere ontwikkeling van deze therapie toch als een prioriteit mogen worden gezien.

Ik begrijp dat er nood is aan verdere objectieve klinische data. Ik kijk daarnaar uit. Ik veronderstel dat men bezig is om dat beter in kaart te brengen. Ik hoop dat daarop volop zal worden ingezet zodra er meer evidentie is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De hulpverleners-ambulanciers" (55032384C)

15 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Les secouristes-ambulanciers" (55032384C)

15.01 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in 2022 stelde ik u al een vraag over de vijfjaarlijkse evaluatie voor de hulpverleners en ambulanciers.

Wanneer de betrokkenen bij die evaluatie niet slagen, worden ze onmiddellijk op non-actief geplaatst en kunnen ze niet werken tot ze slagen bij de herkansing.

De ambulancediensten vinden nauwelijks voldoende personeel om de ambulances te bemannen. Vrijwilligers haken af. De omstandigheden waarin ambulanciers moeten werken zijn niet evident. Wij krijgen om de haverklap berichten van ambulanciers die worden aangevallen door agressieve patiënten of door mensen uit de omgeving. Het zware werk moeten zij doen tegen een heel lage verloning. Een vrijwilliger krijgt bijvoorbeeld slechts 50 euro voor een hele nacht werken. De opleiding is bovendien onvoldoende.

Kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg is belangrijk. Daar staan uiteraard een goede opleiding, een billijke vergoeding en voldoende personeel tegenover.

Ik heb dus nog een aantal vragen over het thema.

In uw antwoord in 2022 verwees u naar een portfolio voor elke zorgverstreker, waaruit blijkt dat hij beschikt over de nodige bekwaamheid en ervaring. De regels voor het portfolio moesten nog nader worden bepaald. Hoever staat het daarmee voor de hulpverleners-ambulanciers? Werden de hulpverleners-ambulanciers betrokken bij het proces? Indien ja, op welke manier werden zij betrokken?

U zetelt in de werkgroep die het concept voor de erkenningsnormen bekijkt. Wat staat er in het opgestelde concept? Is het al door de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening bekeken of goedgekeurd?

Wie zetelt in de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening? Ik bedoel daarmee geen namen maar wel sectoren en beroepen. Welke percentages daarvan zijn hulpverleners en ambulanciers?

Zijn de verslagen van de Nationale Raad openbaar?

Zal de huidige vijfjaarlijkse evaluatie worden aangepast? In welke zin wordt ze aangepast? Wordt de aanpassing in overleg met de sector bekeken?

Zullen de aanpassingen zorgen voor het aantrekkelijker maken van het beroep? Verwacht u daarmee de trend te kunnen keren, zodat de ambulancediensten voldoende personeel kunnen vinden? Momenteel kunnen heel veel ambulancediensten hun wagens niet meer 24/7 bemannen.

Komen er ook aanpassingen aan de opleiding voor hulpverleners-ambulanciers? In vergelijking met het buitenland zien wij dat Nederland beschikt over een soort rijsschool voor ambulanciers, waar de leerlingen ook het prioritair rijden onder de knie krijgen. Hier is dat niet het geval en hebben de ambulanciers een gewoon rijbewijs.

Hoe ziet u de toekomstige verhoudingen tussen hulpverleners-ambulanciers en uw PIT-verhaal?

Wat verwacht u van de vrijwillige hulpverlener-ambulance? Volgens mensen uit de sector is het vrijwilligers-principe uitdovend. Laat u het verder uitdoven of komen er maatregelen om opnieuw meer vrijwilligers te kunnen aantrekken?

Mijnheer de minister, dat zijn een heleboel vragen. Ik hoop dat ik ook een heleboel antwoorden krijg.

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Sneppe, ik heb aan mijn administratie gevraagd om binnen de wet op de gezondheidszorgberoepen een apart hoofdstuk op te nemen over de prehospitaalberoepen. Vandaag vinden wij namelijk de ambulanciers van het niet-dringende vervoer terug onder de paramedici en de hulpverlener-ambulanciers onder de verpleegkundigen. Die spreidstand maakt het moeilijk om tussen die twee toch wel gelijklopende beroepen bruggen te slaan, betreffende niet alleen de opleiding, maar ook de beroepsuitoefening. Dat we ambulanciers van niet-dringend vervoer bij paramedici en hulpverlener-ambulanciers bij verpleegkundigen terugvinden, is wel een moeilijkheid.

Voorzitter: Thierry Warmoes.

Président: Thierry Warmoes.

De werkgroep Erkenningsnormen Ziekenwagendiensten 112 bestond uit 32 mensen, die allemaal lid of plaatsvervangend lid zijn van de Nationale Raad. Twaalf onder hen zijn binnen eCad, het elektronisch kadaster der gezondheidszorgberoepen, opgenomen als hulpverlener-ambulance. De werkgroep heeft een conceptnota *Erkenningsnormen* opgeleverd. Die nota omvat organisatorische aspecten en kwaliteitsaspecten waaraan een ziekenwagendienst zal moeten voldoen. De conceptnota wordt nu door de juridische dienst van de FOD Volksgezondheid vertaald in regelgeving, waarna ze zal worden voorgelegd aan de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening.

De samenstelling van de Nationale Raad is bepaald door het koninklijk besluit van 5 juli 1994 en werd dan nog eens gewijzigd bij koninklijk besluit van 4 juli 2004. De raad is samengesteld uit een voorzitter, aangeduid door de minister, een secretaris, aangeduid onder de statutaire ambtenaren van de FOD, vier huisartsen, vier urgentieartsen, vier verantwoordelijken van ziekenhuizen met een erkende spoedgevallendienst, vier urgentieverpleegkundigen, vier hulpverlener-ambulanciers, twee vertegenwoordigers van de noodcentrales 112, twee vertegenwoordigers van de hulpdiensten van het Rode Kruis en twee officiële geneesheren van Defensie. De voorzitter en ondervoorzitters van de Provinciale

Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening nemen deel aan de raad met raadgevende stem.

Het huishoudelijk reglement van de Nationale Raad bepaalt dat de zittingen niet openbaar zijn en dat enkel de adviezen met meerderheid van stemmen mogen worden uitgebracht. Die adviezen vindt u terug op de website van de Nationale Raad.

De vijfjaarlijkse evaluatie van de hulpverlener-ambulancier staat ingeschreven binnen het koninklijk besluit van 13 februari 1998 over de opleidings- en vervolmakingscentra voor hulpverlener-ambulanceiers. Een wijziging aan dit koninklijk besluit is in de maak. De vijfjaarlijkse evaluatie blijft daarin opgenomen. De aanpassingen hebben vooral de bedoeling om de regels te laten sporen met de evoluerende maatschappij en kunde binnen de sector. Scholen die mee zijn met hun tijd kunnen een positieve invloed hebben op de aantrekkelijkheid van het beroep. Ik meen zo te hebben geantwoord op uw zesde vraag.

Uw zevende vraag is of de opleidingen zullen wijzigen. De deelstaten zijn de beroepskwalificaties van ambulancier en hulpverlener-ambulancier aan het bepalen. Dat is de eerste stap in het opmaken van een scholingstraject. Het is de bedoeling dat de deelstaten binnen enkele jaren ook deze opleidingstrajecten zullen overnemen van het federale niveau. Tenslotte is de organisatie van onderwijs allang geen federale bevoegdheid meer, maar zijn de scholen voor hulpverlener-ambulanceiers verweesd binnen mijn departement achtergebleven.

Wat uw achtste vraag betreft, zowel op de ziekenwagens als in het PIT zal een hulpverlener-ambulancier actief zijn. Op een ziekenwagen wordt hij bijgestaan door een tweede ambulancier, op een PIT door een PIT-verpleegkundige.

Ten slotte, wat betreft uw negende vraag, waarop ik met de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening inzet, is het correct financieren en programmeren van middelen opdat elke burger kan genieten van een kwaliteitsvolle dringende geneeskundige hulpverlening. Vrijwilligers zijn welkom binnen dit systeem, maar als er onvoldoende vrijwilligers worden gevonden, moet de financiering toelaten dat er op die momenten van schaarste met beroepspersoneel wordt gewerkt.

15.03 **Dominiek Sneye** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden die ik nog zal moeten nalezen.

Als ik vanuit de sector hoor dat zij hun wagens nu al niet meer 24/7 kunnen bemannen, dan ben ik bezorgd dat uw hervorming – met uw PIT-verhaal, waarvan u weet dat ik er niet echt een voorstander van ben – het probleem alleen maar kan verergeren.

U zegt dat als er onvoldoende vrijwilligers worden gevonden, het budget moet worden opgetrokken of we ervoor moeten zorgen dat we het kunnen managen met beroepsmensen, maar er is ook een tekort aan beroepsmensen. Dat is dus allemaal alleen maar mooi in theorie.

Ik ben blij dat u hervormingen wilt doorvoeren en dat u in een klein bedrag voor die sector hebt voorzien, maar ik denk dat het te weinig zal zijn. Er is daarin immers veel te lang niet geïnvesteerd, terwijl het een heel belangrijke sector is. Stel u voor dat u de 112 nodig hebt en dat er geen ambulances beschikbaar zijn omdat er niet genoeg personeel is. Ik zou niet graag de patiënt zijn die dat tegenkomt.

Ik wil u aansporen om dringend werk te maken van ernstige hervormingen en een herfinanciering van die sector, zodat we in de toekomst niet met een ramp worden geconfronteerd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De discriminatie bij de terugbetaling van prestaties van kinesitherapeuten" (55032403C)**

16 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Les discriminations dans le cadre du remboursement des prestations de kinésithérapeutes" (55032403C)**

16.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, zoals u weet zijn de kinesitherapeuten al lange tijd

vragende partij voor een betere omkadering. Gelet op hun rol in het zorglandschap vallen die goede omkadering en een betere waardering van de kinesitherapeuten en van wat zij doen, zeker te verdedigen. Met een tijdige en correcte bewegingstherapie kunnen bepaalde chirurgische ingrepen of infiltraties immers voorkomen worden.

U hebt eerder al aangegeven dat er betere voorwaarden moeten komen voor kinesitherapeuten. Zoals u weet, onderschrijven velen van hen ondertussen het nationale akkoord niet meer.

In de ziekenhuizen blijkt het tegenwoordig bijzonder moeilijk te zijn nog kinesitherapeuten aan te trekken, daar de voorwaarde is dat zij de conventietarieven hanteren. Wanneer zij de conventietarieven niet kunnen of willen hanteren, boeten de patiënten daarvoor, doordat zij een lagere terugbetaling krijgen. Het is dan ook in het belang van de volksgezondheid dat er een einde wordt gemaakt aan de discriminatie in de terugbetaling.

Mijn vraag is heel eenvoudig. Wanneer zult u de artikelen 85 en 86 van de kwaliteitswet, die deze discriminatie opheffen, in werking doen treden?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: (...). *(Zonder microfoon)*

Ik wil u als context het volgende meegeven, mevrouw Gijbels. Naar aanleiding van de begrotingsopmaak voor 2022 had ik er eigenlijk wel begrip voor dat de vertegenwoordigers van de kinesitherapie van oordeel waren dat zij er een beetje bekaaid afkwamen bij de verdeling van de middelen. Ik meen dat wij dit in de begroting voor 2023 toch wel gecorrigeerd hebben. Terecht overigens, en Axxon komt de verdienste toe dit op de agenda te hebben gehouden.

Ik meen dat wij in 2023 toch een zekere inhaalbeweging mogelijk maken wat het budget voor kinesitherapie betreft. Die bevat een belangrijke stijging, die toelaat dat de honoraria voor heel wat prestaties van kinesitherapeuten op 1 januari aangepast werden, soms met 10 %, als dekking van de inflatie, en soms met meer dan 10 %. Dan is er nog wat vooruitgang boven op de inflatie. Kortom, ik meen dat er toch een belangrijke verbetering optreedt voor de kinesitherapie dankzij de begroting voor 2023. Dat wil niet zeggen dat alle verzuchtingen beantwoord zijn, of dat alle problemen opgelost zijn. Dat hoort u mij niet zeggen.

Met betrekking tot de 25 %-regel, ik vind dat geen discriminatie. Wat is daar discriminerend aan? Men kiest om de conventietarieven niet te volgen – dat is een persoonlijke keuze – waardoor de patiënt minder wordt vergoed. Dat is niet alleen in de kinesitherapie zo, maar ook in een aantal andere sectoren. De bedoeling is echt dat de middelen van de gezondheidszorg worden geconcentreerd bij mensen die de conventietarieven willen volgen. Ik vind dat geen verkeerd principe en ben niet van plan dat te veranderen.

16.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, dat is heel duidelijk. Ik vind die verschillen in terugbetaling naargelang de conventiestatus toch een spijtige en pijnlijke zaak. Zij leggen echt een oneerlijke druk op kinesitherapeuten en andere zorgverstrekkers die onder hetzelfde principe vallen, want zij moeten hun patiënten bij de onderhandelingen in de waagschaal leggen.

16.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat is daar nu oneerlijk aan? Het volstaat dat men kiest voor de conventie en de patiënt heeft dat nadeel niet. Kies dan voor de conventie in plaats van meer te willen verdienen.

16.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Automatisch moet men zijn patiënten mee in de waagschaal leggen, want men weet dat men ten opzichte van zijn patiënten moet verantwoorden waarom men bijvoorbeeld kiest om zich niet te conventioneren, wat een perfect verdedigbare keuze kan zijn.

Er zijn ook andere voordelen verbonden aan een conventie. Als er een goede conventie is, is er ook geen probleem met deconventionering, dus ik begrijp niet goed waarom die artikelen, die uiteindelijk ook zijn goedgekeurd in het Parlement, nog altijd niet in werking zijn getreden. U geeft nu heel duidelijk aan dat u de beslissing van het Parlement gewoon naast u neer wilt leggen.

Als er een onderhandeling gebeurt, zouden volgens mij de enige betrokken partijen de overheid en de kinesisten of de andere zorgverstrekkers moeten zijn. De patiënten zouden daar eigenlijk volledig buiten moeten staan.

Een andere zaak is het correct vergoeden van bijvoorbeeld huisbezoeken. U had het ook over andere zaken die nog moeten verbeteren. Het financiële kader is wel lichtjes verbeterd, maar er zijn nog heel veel zaken die moeten worden aangescherpt.

Er is pas een heel mooie campagne opgestart door de FOD en het RIZIV: *Lage rugpijn? Blijf er niet mee zitten. Geen scan zonder plan.* Daarmee wordt opgeroepen om zeker naar de kinesist te gaan om lage rugpijn te verhelpen, omdat een scan weinig additionele informatie biedt en weinig nieuwe perspectieven geeft voor een behandeling. Ik vraag daarbij om hen correct te vergoeden en de ongelijke terugbetaling voor niet-geconventioneerde kinesisten niet in stand te houden. Ik vind dat echt oneerlijk.

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

17 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De 'akkefietjes' in vaccinatiencentra" (55032388C)

17 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Les "détails" auxquels sont confrontés les centres de vaccination" (55032388C)

17.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, er moesten dringend prikken gezet worden, maar niemand wist of de nieuwe lading covidvaccins nog bruikbaar was. Deze situatie deed zich voor in een Antwerps vaccinatiencentrum. Blijkbaar is dit geen alleenstaand feit en gebeurde het ook reeds in andere centra.

Het is algemeen geweten dat covidvaccins op zeer koude temperatuur bewaard moeten worden. Daarom is het belangrijk dat er steeds een certificaat bij zit dat dit gedurende het hele traject gewaarborgd is. Zo'n certificaat is ook noodzakelijk voor de rechtszekerheid van de persoon die het vaccin toedient. Nu blijkt dat dit niet in de taakomschrijving van het nieuwe logistieke bedrijf vermeld werd en dat het contract zal moeten worden aangepast.

Hoeveel van dergelijke akkefietjes werden er gemeld? Hoeveel vaccins gingen er verloren door dergelijke akkefietjes? Zal het contract met de firma Movianto herzien worden? Zal dat tot een meerkost leiden? Wat werd ondertussen nog aangepast, ingevoegd of geschrapt in het contract? Is het contract nog te vergelijken met het initieel onderhandelde contract? Leiden dergelijke aanpassingen tot concurrentievervalsing?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, deze vraag had eigenlijk moeten samengevoegd worden met de vraag van mevrouw Depoorter, omdat mijn antwoord voor een stuk net hetzelfde is. Zij sprak ook reeds over de transitie van Medista naar Movianto. Ik ga niet herhalen wat ik reeds heb geantwoord aan mevrouw Depoorter.

Er zijn inderdaad een aantal heel kleine overgangsproblemen geweest bij de nieuwe distributeur. Die zijn opgelost.

Wij weten niet hoeveel verloren vaccins er precies zijn op het niveau van de FOD. Dat zou u eerder moeten vragen aan de deelstaten.

Er is op dit moment geen sprake van een herziening van het contract met de firma. Sommige praktische details in de logistiek en de IT-module moeten worden verduidelijkt en verfijnd, maar dat is eigenlijk heel normaal bij de uitvoering van zo'n overheidsopdracht. Wij zijn niet van plan om het contract aan te passen.

Met betrekking tot concurrentievervalsing, dat zie ik niet goed, want wij zullen het contract ook niet aanpassen.

17.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, waarschijnlijk was mijn vraag te laat ingediend om ze nog te koppelen aan de andere vragen. Ik heb het mij ook afgevraagd, maar goed. Ik zal dus het antwoord dat u gegeven hebt op de vraag van mevrouw Depoorter herbeluisteren.

U zegt dat het contract gefinetuned zal worden. Er zal dus niets veranderd worden en er zullen praktische zaken beter afgesproken worden. Dat zal volgens u niet meer kosten dan initieel afgesproken, heb ik dat

goed begrepen?

17.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb dat allemaal beantwoord in het antwoord op de vraag van mevrouw Depoorter. Ik zal dat niet allemaal herhalen.

17.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Oké, dan zal ik dat nakijken.

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

18 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De sensibilisering met betrekking tot meniscectomieën" (55032404C)**

18 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La sensibilisation en ce qui concerne la chirurgie du ménisque" (55032404C)**

18.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in 2019 werd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de DGEC, een sensibiliseringscampagne opgestart om het aantal arthroscopische meniscectomieën bij 50-plussers terug te dringen. In 2018 werd er 9,4 miljoen uitgegeven voor iets meer dan 34.000 verstrekkingen. Bij 50-plussers, die 60 % van de ingrepen uitmaken, wordt aangeraden om niet meer chirurgisch in te grijpen, maar om mobilisatieoefeningen te doen, gewicht te verliezen en orale medicatie in te nemen.

Wat is het resultaat van de campagne na vier jaar?

Werd het aantal arthroscopische meniscectomieën inderdaad teruggedrongen en met hoeveel?

Wat is de reactie van het terrein? Zijn zij mee met de aanbevelingen?

Wordt er in feedback voorzien voor de chirurgen in verband met hun behandelingsprotocollen?

Hoeveel meniscectomieën werden er in 2020 en 2021 nog uitgevoerd bij 50-plussers?

Werd er ook een informatiecampagne opgestart voor het publiek? Indien niet, bent u dat dan van plan?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik heb een antwoord met tabellen en dergelijke. Ik zal u zoveel mogelijk van het antwoord geven, maar ik zal het u misschien ook overmaken, zodat u de tabellen ook kunt bestuderen.

De sensibiliseringscampagne van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle in 2019 en 2020 had tot doel het aantal meniscectomieën bij 50-plussers terug te dringen. Er werd overlegd met de kniechirurgen in de schoot van de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV. De Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie (BVOT) wijdde een sessie van een symposium aan dit onderwerp in het najaar van 2020. Ook formuleerde de Belgian Knee Society (BKS) een richtlijn in verband met de behandeling van degeneratief mediaal meniscusletsel in februari 2021. Het besef van de noodzaak om het aantal meniscectomieën bij 50-plussers terug te dringen is wel degelijk aanwezig bij kniechirurgen. Er wordt nog steeds regelmatig overlegd met de BVOT en de BKS. Het meest recente overleg gebeurde in oktober 2022.

Ondanks die inspanningen merken we in de cijfers nog geen daling van het percentage meniscectomieën bij 50-plussers. Ik zal u dus een gedetailleerde tabel bezorgen met de evolutie van het aantal verrichte alleenstaande meniscectomieën en de meniscectomieën in associatie met een heelkundige behandeling van de kruisband of kruisbanden in de periode 2016-2021, alsook het percentage ingrepen verricht bij patiënten ouder dan 50 jaar.

Ik geef u de belangrijkste conclusies mee.

Voor de periode 2016-2021 is er een terugval in het aantal verrichte alleenstaande meniscectomieën. Het aantal gevallen in 2020 ligt beduidend lager door de impact van COVID-19 en het daaraan verbonden uitstel van niet-dringende zorg. In 2020 werden er 21.356 alleenstaande meniscectomieën bij de hele bevolking

verricht. Dit aantal lag de jaren daarvoor ruimschoots boven de 32.000. Het percentage ingrepen bij 50-plussers is evenwel niet substantieel gedaald, wat bij uitstel van niet-dringende zorg en zelfs ondoelmatige zorg toch te verwachten zou zijn. Het percentage alleenstaande meniscectomieën bij 50-plussers bedroeg in 2020 57,4 %, wat 1 tot 2 procentpunt lager is dan de vorige jaren. De cijfers voor 2021 omvatten nog onvolledige gegevens die boekhoudkundig nog niet volledig zijn verwerkt, onder meer door de maximale facturatietermijn tot twee jaar na de datum van prestatie.

We kunnen ondanks de inspanningen dus niet spreken van een trendbreuk. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft daarom in samenwerking met het KCE en Cebam, op basis van een recente wetswijziging op 30 mei 2022, een voorstel voor een indicator ingediend bij de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie volgens de modaliteiten van artikel 73, § 3, van de GUV-wet.

De voorgestelde indicator beoogt het ondoelmatig gebruik van meniscectomieën bij patiënten ouder dan 50 jaar te verminderen en de zorgverstrekkers ertoe aan te zetten de indicatiestelling van deze ingreep af te stemmen op de klinische richtlijnen. Voor deze voorgestelde indicator wordt alleen rekening gehouden met de alleenstaande meniscectomieën, gelet op het relatief beperkte aantal meniscectomieën in associatie met de behandeling van de kruisband of kruisbanden die tevens voor een andere indicatie plaatsvinden, vaak na trauma.

De indicator van manifeste afwijking van goede medische praktijken luidt als volgt: "De verstrekking van de nomenclatuurcode 276636-276640, opgenomen in artikel 14k van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekking inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag per kalenderjaar slechts voor 45 % van het totaal aantal verstrekkingen per zorgverlener bij patiënten ouder dan 50 jaar worden geattesteerd.

Op 6 december 2022 keurde de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie deze indicator goed. De procedure voor de publicatie van de indicator in het *Belgisch Staatsblad* werd intussen opgestart. Deze procedure past binnen het belang van *accountability* in de zorg – verantwoorde zorg – dat is opgenomen in het regeerakkoord. Er werden daarbij inspanningen geleverd om de EBM-besluitvorming te bevorderen en de therapietrouw te versterken.

Met deze goedgekeurde en meetbare indicator zullen de zorgverleners concreter worden geïnformeerd en gesensibiliseerd voor meer *appropriate care*. De indicator vormt de verantwoordingsdrempel en bij afwijking daarvan kan de DGEC dat gemakkelijker vaststellen. De bewijslast bij afwijking ligt voortaan ook bij de zorgverlener zelf. Indien na een bepaalde periode wordt vastgesteld dat de indicatoren niet gerespecteerd worden, kunnen de betrokken zorgverleners worden aangeschreven en gewaarschuwd voor de mogelijke gevolgen. Eventuele sancties kunnen worden ingesteld indien de afwijking van deze verantwoordingsdrempel onvoldoende is gemotiveerd.

De dienst heeft geen informatiecampagne voor het publiek opgestart, maar naast de sensibiliseringscampagne bij de orthopedisten in september 2019 en juli 2020 werd er in juli 2020 ook een sensibiliseringscampagne verricht bij de huisartsen om hen te wijzen op de internationale klinische richtlijnen. Zodra de indicator is gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* volgt een informatiecampagne ten aanzien van de betrokken zorgverleners, de pers en het publiek door onder meer publicatie op de website van het RIZIV.

18.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Het is inderdaad een beetje teleurstellend te horen dat er geen echt substantiële daling van het percentage ingrepen is en dat er nog geen effect van die campagne merkbaar is.

Ik kan mij voorstellen dat het niet gemakkelijk is de zorgverstrekkers ervan te overtuigen bepaalde dingen opeens anders te doen of bepaalde behandelingen anders aan te pakken. Ik meen dat zo'n campagne altijd tweeledig moet zijn. Zij moet niet alleen gericht zijn op de specialisten maar ook op het grote publiek, want dat publiek is ook vaak gewoon dat bij een bepaalde klacht een bepaalde operatie hoort. Ik meen dat daar toch op mag worden ingezet.

Een andere zaak die ik even wil aanhalen, is die van de kinesitherapeuten. Wij hebben het er net over gehad. De aanbeveling is om mobilisatieoefeningen te doen, eerder dan ingrepen. Ik wil dus voorstellen dat het budget dan verschuift naar de kinesitherapeuten, aangezien zij dan een deel van die behandelingen op zich zullen moeten nemen. Ik veronderstel dat dat een stuk goedkoper zou uitkomen.

Kortom, mijnheer de minister, het gaat inderdaad om doelmatige zorg. Die zou volgens mij een prioriteit moeten zijn. Helaas worden wat dat betreft niet zulke grote vorderingen gemaakt als op andere vlakken, waar u zelf alle touwtjes in handen neemt.

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

19 **Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De op kinderen gerichte marketing van ongezonde voeding" (55032413C)**

19 **Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La commercialisation de produits alimentaires malsains ciblant les enfants" (55032413C)**

19.01 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag kwam ook aan bod bij de bespreking van de beleidsnota. De vraag was toen ook reeds ingediend. Ik heb ze behouden, omdat ik bij de bespreking geen antwoord heb gekregen op mijn vragen.

Eind vorig jaar kwamen de federaties van voedingsbedrijven (Fevia), de distributie (Comeos) en de Unie van Belgische Adverteerders (UBA) met een verklaring waarin ze het belang erkennen van verantwoorde marketing naar kinderen toe. De sector zou de criteria verstrengen voor producten waarvoor bedrijven wel nog reclame mogen maken op basis van hun voedingswaarde. Concreet mogen bedrijven geen reclame meer richten op kinderen voor ijsjes, chips, frisdrank, suiker en producten op basis van suiker. Zodra het doelpubliek voor minstens 30 % bestaat uit kinderen jonger dan 13 jaar beschouwt de sector het als een kinderprogramma en kan dergelijke reclame niet langer. Dergelijk zelfregulerend initiatief kunnen wij alleen maar aanmoedigen. Het toont aan dat de sector zich meer en meer bewust wordt van de rol die hij speelt.

In augustus 2022 kwam de Hoge Gezondheidsraad met een advies, dat concrete aanbevelingen bevat om de blootstelling aan reclame voor ongezonde voeding te doen dalen bij kinderen en jongeren. In het advies wordt krachtige en alomvattende overheidsregulering aanbevolen, die zowel de blootstelling van kinderen aan de marketing van ongezond voedsel als de macht van de marketing aanpakt.

Wat is uw mening over het vrijwillige initiatief van de sector? Is dit initiatief adequaat? Op welke manier heeft het invloed op uw doelstelling om marketing over ongezonde voeding gericht aan kinderen te verminderen? Welke aanbevelingen uit het rapport van de Hoge Gezondheidsraad zult u overnemen? Welke niet? Waarom? Hoe past de nutriscore binnen dit verhaal?

*Voorzitster: Laurence Hennuy.
Présidente: Laurence Hennuy.*

19.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Claes, ik denk dat wij daarover reeds gediscussieerd hebben. Ik ben dus niet zeker in welke mate ik dingen ga herhalen die ik reeds gezegd heb. Ik denk dat wij dit reeds hebben besproken, tenzij ik verstrooid ben.

Ik sla een aantal algemene beschouwingen over met betrekking tot het belang van gezonde voeding, de rol van levensstijl, het feit dat wij sinds 2006 een voedings- en gezondheidsplan hebben om voedingsgewoontes te verbeteren en om de lichaamsbeweging van de bevolking te verhogen. Een van de strategische assen van dat voedingsplan is gericht op marketing van levensmiddelen voor kinderen en de bevolking in het algemeen.

Marketing voor levensmiddelen die rijk zijn aan suiker, zout en vet is alomtegenwoordig in onze samenleving. Dat beïnvloedt ons eetgedrag, vooral dat van jongeren, zoals sterk naar voren komt uit wetenschappelijk onderzoek. Dat vraagstuk houdt de wetenschappelijke wereld ook bezig. Natuurlijk speelt mee dat de marketingmogelijkheden in de voorbije periode ook sterk zijn toegenomen door de komst van een groot aantal digitale kanalen, de toegang tot het internet, een groeiend aantal smartphones, sociale netwerken, enzovoort. Het is wel opmerkelijk dat de reclamepraktijken van bedrijven die vooral gericht zijn op kinderen bijna systematisch de consumptie aanmoedigen van gezoete frisdranken, snoep of snacks en het frequenteren van fastfoodrestaurants. Er werd geconstateerd dat tieners de voorkeur geven aan advertenties met beroemdheden boven advertenties zonder beroemdheden. Daar wordt dan ook massaal op

ingezet in de marketing van junkfood en van beroemde influencers op sociale netwerken.

Wat de wetgeving betreft, verwijs ik met name naar artikel 9.4 van de richtlijn 2018/1808, dat de lidstaten uitnodigt om het gebruik van coregulering en de bevordering van zelfregulering aan te moedigen door middel van gedragscodes betreffende communicatie met ongepaste audiovisuele commercials bij of opgenomen in kinderfilms, programma's met betrekking tot voedingsmiddelen of dranken die voedingsstoffen of stoffen met een nutritioneel of fysiologisch effect bevatten, waaronder vetten, transvetzuren, zout of natrium en suikers, waarvan de aanwezigheid in overmatige hoeveelheden in de algehele voeding niet wordt aanbevolen. Die codes zijn bedoeld om de blootstelling van kinderen aan audiovisuele commerciële communicatie met betrekking tot onze voedingsmiddelen en dranken effectief te verminderen. Zij willen er ook voor zorgen dat die audiovisuele commerciële uitingen de positieve kant van de voedingsaspecten van die voedingsmiddelen en dranken niet benadrukken.

Aan de Nederlandstalige kant werd de Belgian Pledge als code gebruikt bij de omzetting van de richtlijn. Aan de Franstalige kant is de richtlijn ook omgezet, maar de Hoge Raad voor de Audiovisuele Sector, le Conseil supérieur de l'audiovisuel, bestudeert het formaat van de gedragscode die het wenst voor de dienstverleners, onder andere RTBF, in het kader van lopende gesprekken met verschillende stakeholders.

Niks belet de betrokken autoriteiten om verder te gaan dan de maatregelen waarin werd voorzien in de Europese richtlijn en om bindende maatregelen te overwegen. Ik verwijs naar een heel interessante presentatie op een studiedag van de Hoge Gezondheidsraad en de FOD. Uit onderzoek blijkt immers dat de zelfregulering op dit moment niet ver genoeg gaat. Met name beschermt ze onze kinderen en jongeren niet voldoende. Ik heb de voedingssector gevraagd om kritisch te kijken naar de zelfregulatie en een voorstel uit te werken dat rekening houdt met het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Ze hebben reeds enkele wijzigingen aangekondigd. Zodra het doelpubliek voor minstens 30 % bestaat uit kinderen jonger dan 13 jaar, beschouwt de sector het als een kinderprogramma en stoppen zij met reclame. Ik wil hun een kans geven om samen met ons een ernstig kader te creëren op basis van zelfregulatie om kinderen en jongeren te beschermen, maar dan moet het wel gaan om serieuze voorstellen. Wat betreft het optrekken van de grens van 12 naar 13 jaar, zoals door de sector in de media aangekondigd, zult u het met mij eens zijn dat dat een klein beetje cosmetisch is en onvoldoende.

Wat ik wel een goede stap vooruit vind in wat Fevia heeft gezegd, is dat het de regels aan alle leden wil opleggen. Dat is echt belangrijk, want op die manier krijgt men een omvattende benadering die de hele sector meeneemt. Belangrijk is wel hoe men dat zal controleren, daar ben ik benieuwd naar. Een kader met afspraken is één ding, maar men moet het natuurlijk ook kunnen handhaven. Als we daar niet ver genoeg in kunnen gaan of als dat niet geloofwaardig is, moeten we verdere formele stappen zetten.

Op federaal niveau hebben we nog andere dingen om over na te denken, maar u hoort dat ik wat voorzichtig ben omdat het overleg daarover nog loopt. Dat betreft bijvoorbeeld het verbieden van voedselreclame voor ongezonde voeding in openbare ruimtes, zoals bijvoorbeeld de burgemeester van Londen besloot over reclame in de metro. Het verbeteren van voedselomgevingen draagt ook gunstig bij aan het verminderen van blootstelling aan marketing voor jongeren en de algemene bevolking. Een voorbeeld is het verbieden van ongezond voedsel aan kassa's in supermarkten, zoals in het Verenigd Koninkrijk. Dat zijn zaken die we zullen bekijken met de vraag of we dit soort dingen ook opportuun vinden voor België.

Ziedaar een aantal antwoorden op uw vragen. Eigenlijk is dit nog in volle evolutie.

19.03 Mieke Claes (N-VA): We delen dezelfde doelstellingen. Ik ben daar al vaak op teruggekomen. De steeds dramatischer wordende cijfers rond overgewicht en obesitas, zeker bij jongeren, moeten dringend een halt worden toegevoerd.

U haalt opnieuw het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan aan, waar we ook nog steeds op aan het wachten zijn. Dat plan zet sterk in op deze problematiek, volgens u. Ik ben benieuwd. U geeft ook aan dat de zelfregulering niet ver genoeg gaat. Er moet een voorstel komen dat rekening houdt met de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. Zij hebben een heel aantal aanbevelingen gedaan, waar zeker zinvolle aanbevelingen tussen zitten, maar de slinger mag ook niet doorslaan. Het moet een en-en-enverhaal zijn. Enerzijds moeten bepaalde adviezen van de Hoge Gezondheidsraad opgenomen worden, anderzijds moet worden ingezet op reclamegeletterdheid bij kinderen en jongeren. Daar hebben we het al eerder over gehad. De ouderlijke verantwoordelijkheid blijft ook nog steeds belangrijk. We hebben alle pijlers nodig in dit verhaal om hier stappen te kunnen zetten in de goede richting.

Hoeveel tijd zullen we geven alvorens deze initiatieven verder geëvalueerd worden? Het is niet de bedoeling dat we over enkele jaren zien dat er nog steeds zeer weinig stappen in de goede richting gezet zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De begeleiding van de patiënt bij een bariatrische ingreep" (55032414C)

20 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "L'accompagnement des patients lors d'une intervention de chirurgie bariatrique" (55032414C)

20.01 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, vandaag kampt ongeveer de helft van de Belgische bevolking met overgewicht. Eén volwassene op de zeven lijdt aan obesitas. Tegelijkertijd neemt het aantal bariatrische ingrepen de voorbije jaren sterk toe. Volgens de recentst beschikbare cijfers had in 2017 reeds een op de honderd Belgen een dergelijke ingreep ondergaan.

Een deskundige, voldoende intensieve begeleiding voor en na de ingreep is belangrijk voor de effectiviteit en het succes van de ingreep, aangezien een levenslange aanpassing van de levensstijl noodzakelijk is. Het gewichtsverlies is immers snel zichtbaar bij de patiënt, maar het werk voor de patiënt is dan natuurlijk verre van gedaan. Bovendien vormt de ingreep niet noodzakelijk een oplossing voor alle problemen, denk maar aan onderliggende psychologische aandoeningen. Ook zijn er neveneffecten, die tijdig opgespoord moeten worden. Meer dan eens hebben de patiënten te maken met bijvoorbeeld vitaminetekort. Met andere woorden, multidisciplinariteit is de boodschap.

Het aantal bariatrische ingrepen en de pre- en postoperatieve begeleiding verschillen sterk tussen de ziekenhuizen. Wanneer het aantal operaties per centrum te laag is, daalt de kans dat er voldoende expertise in het domein van bariatrie aanwezig is, wat een negatief effect heeft op de betrokkenheid van de patiënt.

In 2020 kwam het Federaal Kenniscentrum met een rapport over de organisatie en de financiering van de zorg voor en na die ingreep.

Volgens verschillende experts werd er weinig tot niets gedaan met de aanbevelingen uit het rapport van het Federaal Kenniscentrum. Waarom? Zult u daarmee in de toekomst wel nog iets doen?

Hoe staat u tegenover een conventie bariatrische chirurgie, waarbij een forfaitair bedrag onder andere een minimumaantal raadplegingen met een psycholoog en diëtist dekt?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Claes, het zijn interessante beschouwingen en vragen. In het kader van het meerjarentraject en van onze doelstelling om meer doelmatige zorg te bieden, zijn er zeven transversale projecten opgestart bij het RIZIV. Een van die projecten betreft obesitas bij kinderen. Daarbij werd eerst een globaal zorgtraject voor obesitas bij kinderen uitgewerkt, dat alle aspecten van de zorg behelst. De leemtes in het zorglandschap werden gedefinieerd en de scope ligt in een eerste fase op het wegwerken van de prangendste leemtes.

In het kader daarvan wordt in eerste instantie werk gemaakt van de omkadering en de behandeling van de patiënten en hun familie via pediatrie multidisciplinaire obesitascentra op het tweede zorgniveau. Daarnaast wordt tevens voorzien in een uitbreiding van de diëtetiekverstrekingen, zowel op het eerste als het tweede niveau. Een duidelijke communicatie tussen de niveaus en de ondersteuning van het eerste niveau maakt daarvan ook deel uit. Een eventuele aanpassing voor de bariatrische heelkunde bij kinderen zal pas in een latere fase aan bod komen.

Het is zeker een waardevolle aanbeveling van het KCE om de zorg voor bariatrische chirurgie met een forfaitair bedrag te financieren voor alle pre- en postoperatieve zorg, met uitsluiting van de medische interventies. Dat past zeker binnen *appropriate care*, maar om een dergelijke conventie uit te werken, is het aangewezen om dat te kaderen in een globaal zorgtraject voor obesitas bij volwassenen. In de toekomst zal hiervan verder werk worden gemaakt. Nu geef ik de prioriteit aan het uitwerken van het zorgtraject voor obesitas bij kinderen.

We kunnen hieruit ongetwijfeld relevante ervaringen uit puren, die we in de volgende stap ook kunnen gebruiken bij volwassenen.

20.03 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, dank u. Uw korte antwoord stelt mij redelijk teleur. Ik denk dat het probleem al lang bekend is. Als men met patiënten in verschillende hoeken van het land spreekt hoort men heel wat onrustwekkende verhalen en er moet dus dringend iets gebeuren aan de situatie. Het rapport van het KCE ligt al sinds 2020 op tafel. Daarin worden duidelijke oplossingen naar voren geschoven. Het is heel jammer dat daarmee nog niets is gedaan.

Het zorgtraject voor kinderen is zeer belangrijk, maar hoeveel jaar zullen we nog wachten tot er iets voor volwassenen wordt gedaan? Ik vind dat zeer jammer. Ik hoop dat u het dossier nader bekijkt en meer spoed zet achter een oplossing.

20.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb een algemene bedenking, die geldt voor veel discussies, ook met andere leden. U zou eens in mijn stoel moeten zitten om de volgende vaststelling te maken. Ik moet al zo hard duwen om de zeven transversale projecten te laten vooruitgaan. Daarmee gaat heel veel overleg gepaard. Uw fractie vraagt altijd overleg en terecht, maar dat gaat dus niet snel vooruit. Ik luister goed naar wat u zegt, maar als ik nu aan het RIZIV vraag om dat er ook nog eens bij te nemen, dan is dat gewoon te veel.

Er zit echt een limiet op wat er met een administratie gerealiseerd kan worden, zeker als men al het overleg dat daartoe tot stand gebracht moet worden tot een goed einde moet brengen. Dat speelt een beetje mee in mijn keuze van prioriteiten. Daar mag u kritisch op reageren of teleurgesteld over zijn, wat uw rol is. Soms moet ik ook mezelf waarschuwen dat er een toch enige limiet staat op wat ik aan mijn administraties en de hele overlegstructuur kan vragen.

20.05 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, dat begrijp ik natuurlijk. Ik snap dat een zorgtraject er niet van vandaag op morgen kan komen. Een algemeen afsprakenkader, een van de opgelijste aanbevelingen, kan wel al helpen. Daarmee kan de overheid al een bepaalde richting aangeven om de patiënt beter te beschermen; het zorgtraject hoeft dan morgen nog niet te zijn uitgewerkt.

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

21 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De terugbetaling van een factuur voor een covidtest" (55032419C)

21 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le remboursement d'une facture pour un test covid" (55032419C)

21.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dit is eerder een eenvoudige vraag die niet veel geld en tijd vraagt.

Intussen is de kwestie niet meer zo recent, maar ik werd erop gewezen dat een probleem zich had voorgedaan bij de terugbetaling van een covidtest. De persoon in kwestie had begin november, na een hoogrisicocontact en na doorverwijzing door de huisarts, een PCR-test laten afnemen. De patiënt had daarvoor een CTP-code ontvangen, zoals de teststrategie op dat moment voorschreef. Het is zo dat dergelijke covidtesten, zoals u weet, op dat ogenblik gratis waren voor burgers, waardoor de kosten normaal gezien rechtstreeks aan het testcentrum werden terugbetaald.

In dit geval heeft het laboratorium echter rechtstreeks een factuur bezorgd aan de persoon in kwestie, zonder daarbij documenten te bezorgen voor de terugbetalingsaanvraag bij het ziekenfonds. Zelfs na een verzoek aan het labo tot rechtzetting van de situatie, ontving de persoon een betalingsherinnering zonder bijkomende documenten of informatie. U zult het met mij eens zijn dat dat ingaat tegen de principes van toegankelijke en transparante gezondheidszorg en dat dat de rechten van de patiënt schendt.

Ik heb daarom de volgende vragen voor u.

Wat is uw reactie op deze situatie? Zijn er volgens u meerdere gevallen waarbij de kosten van de PCR-test rechtstreeks aan de patiënt gefactureerd werden? Indien nee, hoe verloopt de controle van deze terugbetalingen en hoe kunt u garanderen dat het niet fout loopt? Indien ja, waaraan zijn die problemen volgens u te wijten en wat zult u doen om dat recht te zetten?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Pisman, u hebt een punt.

De testen worden inderdaad volledig terugbetaald indien ze werden uitgevoerd binnen de testrichtlijnen die geldig waren op het moment van de test en indien er een voorschrift of CTP-code beschikbaar was.

Hoewel dat uiteraard het meest eenvoudige was, is het niet verplicht geweest de derde-betalersregeling toe te passen. Dat wil zeggen dat het labo rechtstreeks aan het ziekenfonds van de patiënt factureert. Dat zou problemen hebben gegeven, omdat de verzekeraar van de patiënt niet altijd direct kon worden nagekeken op het moment van de staalafname. Het is dus zeker mogelijk dat de geteste persoon het bedrag heeft betaald aan het labo of testcentrum en dat het achteraf werd gefactureerd.

Op basis van de bewijsstukken, zijnde de factuur met betalingsbewijs of testresultaat en het voorschrift of de CTP-code, kan terugbetaling worden gevraagd aan het ziekenfonds. De procedure daarvoor staat vermeld op de website van het RIZIV. De ziekenfondsen werden op de hoogte gebracht via omzendbrieven. De persoon in kwestie kan zich dus best wenden tot zijn ziekenfonds met de nodige bewijsstukken en er om terugbetaling vragen.

Het is enigszins vervelend een dergelijk antwoord te moeten geven, maar de regel kon niet honderd procent algemeen worden verplicht op het moment van de lancering. Er zullen dus dergelijke gevallen zijn. De betrokkene heeft echter wel recht op volledige terugbetaling.

21.03 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, wij hopen met u dat niet veel mensen hebben moeten betalen en niet op de hoogte waren van dat feit. In alle media stond immers heel duidelijk dat mensen niet moesten betalen. Nochtans had de betrokkene zelfs een rappel gekregen van het labo waarin stond dat hij moest betalen.

21.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan mij inbeelden dat op die manier daarover misverstanden ontstaan.

21.05 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik zal de betrokkene uw antwoord mededelen.

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

22 Questions jointes de

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "La médecine rurale de garde" (55032421C)**
- **Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "La médecine rurale de garde de la province de Luxembourg" (55032723C)**
- **Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Les postes médicaux de garde en milieu rural" (55032727C)**

22 Samengevoegde vragen van

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De huisartsenwachtposten op het platteland" (55032421C)**
- **Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De huisartsenwachtposten op het platteland in de provincie Luxemburg" (55032723C)**
- **Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De huisartsenwachtposten op het platteland" (55032727C)**

22.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le Ministre, les praticiens de première ligne de la province de Luxembourg tirent la sonnette d'alarme.*

La raison de leur inquiétude: la réforme des postes de garde prévue par votre prédécesseure Madame de Block, qui devrait être opérationnelle en 2024, et qui prévoit notamment une réduction du nombre de postes médicaux, passant ainsi de 7 à 3 postes présents dans la province de Luxembourg.

Ce faisant, il ne resterait ainsi plus que les postes d'Arlon, Marche et Dinant pour couvrir les 4.833 km carrés de la province.

Cette réforme contient les prémises d'une véritable catastrophe:

- Que ce soit pour les malades habitant dans les milieux ruraux, puisqu'un nombre de kilomètres beaucoup plus important devra être parcouru afin de se faire soigner, ce qui peut gravement mettre en danger la santé des patients déjà fortement fragilisés ou en situation urgente.*

- Mais également pour le financement des postes de garde qui sera désormais réalisé au prorata du nombre d'habitants, alors que ce chiffre est forcément beaucoup moins important en milieu rural que dans les milieux urbains à forte densité de population.*

Le risque est donc d'aggraver les disparités existant entre les différents postes de garde du pays. Les ASBL Postes de Garde Luxembourg-Dinant et MGLux dénoncent d'ailleurs une différence de traitement par l'INAMI, qui se montrerait beaucoup plus sévère avec la province de Luxembourg.

En conséquence, Monsieur le Ministre:

- Pourriez-vous nous en dire plus concernant ces disparités de traitement dénoncées par la première ligne de la province de Luxembourg? Le confirmez-vous? Dans l'affirmative, comment l'expliquez-vous?*

- Pensez-vous que cette réforme soit opportune à l'heure où la médecine générale n'est plus attractive pour les jeunes, en particulier en milieu rural?*

- En ce qui concerne la nouvelle méthode de financement prévue, pouvez-vous aujourd'hui garantir aux postes de garde ruraux qu'ils ne seront pas à coup sûr déficitaires?*

- Sachant que dans le cas d'un AVC, le facteur temps revêt une importance vitale, des recherches ont-elles à tout le moins été réalisées concernant le temps supplémentaire qui sera nécessaire pour se rendre dans un poste médical de garde en milieu rural, et sur les conséquences que cela pourra avoir sur la santé des malades? Dans l'affirmative, quels en sont les résultats?*

22.02 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Monsieur le Ministre, la presse en province de Luxembourg vient de relayer une information concernant la réforme des postes médicaux de garde en 2024. Telle que décrite, la situation est alarmante.*

Seuls les PMG d'Arlon, de Marche et de Dinant seraient maintenus alors que 50000 patients par an font appel aux 7 postes de garde Luxembourg-Dinant et qu'il existe à Marche et à Arlon des hôpitaux qui pourraient organiser un accueil non urgent du même type.

Les gardes en nuitée de semaines sont actuellement couvertes pour la zone sud (Gaume) et la zone d'Arlon, dans le poste médical de garde de Tintigny. La suppression de ce poste, par exemple, serait une aberration en termes de couverture du territoire.

Cela signifierait tant des distances que des temps de déplacement bien trop importants pour la patientèle et les médecins, alors même que les PMG avaient pour but de regrouper les forces vives, dans un contexte de pénurie médicales tant en nombre qu'en habitude de pratiques de la jeune génération, moins disposée à assurer un grand nombre de gardes. Cela toucherait en outre les emplois qui s'y rapportent, 30 emplois sur 50.

La qualité des soins doit tenir compte des spécificités du milieu rural.

Il est impensable de mener une politique de soins de santé en adéquation avec les objectifs de

développement durables des Nations Unies (UN SDGs) auxquels la Belgique a souscrit et la volonté accrue des autorités européennes de développer une Europe de la santé... tout en réduisant à peau de chagrin les services offerts à la population.

Monsieur le ministre, cette information est-elle correcte? Quelle est votre position à ce sujet? Comment comptez-vous permettre aux patients de se soigner en zone rurale? Quelles actions pouvez-vous mettre en place afin de rassurer les personnes, si c'est le cas, menacées dans leur emploi?

Je vous remercie de vos réponses.

22.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, en 2017, votre prédécesseure, Maggie De Block, présentait les axes principaux d'un plan de réforme des postes de garde de médecine générale qui devrait être opérationnel en 2024.

Cependant, cette réforme comporte quelques lacunes qui pourraient mettre en péril tout le système de garde mis en place dans la province de Luxembourg et l'arrondissement de Dinant qui, en 2012 ont créé une ASBL reprenant 7 postes médicaux de garde et qui ont utilisé pour la première fois en Belgique le numéro d'urgence 1733.

Si la réforme voit le jour dans cette forme, elle réduirait au nombre de 3 les postes médicaux aujourd'hui au nombre de 7. Une réelle catastrophe pour le milieu rural qui n'aurait plus que 3 médecins de garde pour couvrir une zone de 4 833 km², 1/3 du territoire wallon! Cela signifie également que 30 personnes sur 50 perdront également leur emploi.

Monsieur le ministre, où en est cette réforme? Prendra-t-elle en compte le cas spécifique de la province de Luxembourg? Comment comptez-vous attirer de jeunes médecins si cette réforme reste en état?

Je vous remercie dès à présent pour votre réponse.

22.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Chers collègues, en réponse à vos questions, je veux tout d'abord nier que le plan de réforme des postes de garde de médecine générale introduit par mon prédécesseur, Maggie De Block, aura pour conséquence que des postes de garde devront fermer. Tous les postes de garde de médecine générale individuelle pourront rester ouverts et ceci tous les week-ends et jours fériés de 08 h 00 à 23 h 00. Les postes de garde pourront également, sur base volontaire, être ouverts en début de soirée de 18 h 00 à 23 h 00 pendant la semaine. Par contre, l'intention est de faire collaborer pendant la nuit profonde, entre 23 h 00 et 08 h 00, ces postes dans le cadre de la coopération fonctionnelle. C'est l'idée.

Le nombre total de postes de garde pour la province de Luxembourg sera donc toujours de sept postes de garde mais un certain nombre de ces postes de garde seront ouverts en *full time*, donc y compris la nuit profonde, et les autres seront ouverts en *part time*, soit sans la nuit profonde.

Le nombre de postes de garde médicale en *full time* est défini sur la base de deux éléments: le nombre d'habitants et la superficie couverte par l'ensemble des sept postes de garde. La coopération fonctionnelle aura en plus à sa disposition un nombre de véhicules pour couvrir le territoire. Ce nombre de véhicules est également défini sur la base de deux éléments: le nombre d'habitants et la superficie couverte par l'ensemble des sept postes de garde.

Les discussions sur la méthode de financement des coopérations fonctionnelles sont en cours dans "la plateforme accompagnement garde" sous la présidence de Frank Lippens, avec notamment les représentants des médecins généralistes et les postes de garde. La question de savoir si les paramètres tiennent suffisamment compte de la réalité rurale est bien sur la table. C'est un débat compliqué à vrai dire. Il y a pas mal d'inquiétudes dans le chef des médecins, ce que je comprends; mais je ne veux pas complètement revenir sur ce que Maggie De Block avait en tête. Je crois qu'il y a des arguments pour le faire mais cela requiert beaucoup de concertation.

Il y aura une liberté de gérer les budgets mais aussi une responsabilité de bonne gestion. L'objectif n'est pas du tout de faire des économies. La réorganisation des postes de garde de médecine générale vise à mieux aider les patients dans leurs besoins de soins et à améliorer la vie sociale des médecins généralistes. L'objectif est notamment de soutenir les médecins qui font la garde en diminuant le nombre de gardes et d'organiser la garde avec plus de sécurité au niveau de l'accueil dans les postes, par exemple en prévoyant

des véhicules avec chauffeurs pour les consultations à domicile.

La distinction entre les patients qui doivent se rendre vers les urgences et ceux qui peuvent se rendre vers un médecin généraliste se fait par les opérateurs 1733/112. Dans le cas d'un accident vasculaire cérébral, les opérateurs enverront bien sûr une ambulance et un SMUR vers le patient. Ils ne lui diront pas de se rendre à un poste de garde de médecine générale.

Tout ceci est en évolution. C'est un débat fort compliqué. C'est une nouvelle pratique, qu'il faut installer. Je crois que je peux quand même vous rassurer sur une série de vos préoccupations en ce qui concerne votre région.

22.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse qui se veut rassurante. Personnellement, je ne suis pas de la province de Luxembourg, mais je pense que c'est un enjeu fondamental, parce que tous les patients, peu importe leur région, doivent pouvoir bénéficier de soins quelle que soit l'heure. Je pense que c'est un vrai enjeu de santé publique qui nous occupe et qui doit pouvoir préoccuper l'ensemble des députés de cette Assemblée.

Vous nous dites que tous les postes de garde pourront rester ouverts. C'est une bonne chose, bien évidemment; mais reste à savoir dans quelles conditions pratiques, dans quelles conditions financières. Les modalités restent à définir. Je reste un peu sur ma faim à ce sujet.

Je ne peux donc que vous encourager à tenir compte des besoins médicaux, en particulier en milieu rural, qui ne s'expriment pas uniquement en fonction de la population, mais aussi des particularités de cette province de Luxembourg, en particulier, des grandes distances que doivent aujourd'hui parcourir les patients pour se faire soigner. J'ose sincèrement espérer que ce critère pourra être pris en compte comme il le mérite.

22.06 Benoît Piedboeuf (MR): Monsieur le ministre, c'est une bonne nouvelle évidemment, parce que les sept postes médicaux de garde dans la province de Luxembourg accueillent 50 000 patients par an. Celui qui me préoccupait le plus est celui qui est installé dans ma commune, avec une mise à disposition gratuite de bâtiments. Il couvre tout le sud, donc toute la Gaume et toute la région d'Arlon, notamment pour les nuits. Maintenant, les cercles de médecine générale de la province de Luxembourg, les trois cercles, vont fusionner et installer leur siège à cet endroit-là. Un service était rendu. Les informations qui avaient circulé disant que ce serait Arlon, Marche et un poste extérieur à la province paraissaient totalement injustifiées. Vous confirmez bien, avec raison, que cela correspond à un besoin, que cela permet de répondre aux besoins des médecins et que cela rend un service à la population. Je suis donc très content de la réponse que vous nous faites. Elle balaye toutes les rumeurs qui avaient couru jusque maintenant et qui faisaient paniquer beaucoup de gens. Merci beaucoup!

22.07 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Je relaye aussi une question de personnes concernées dans la région. J'entends bien votre réponse, mais je pense aussi que dans la manière de financer, il faudra également prendre en compte le critère de la ruralité. Avoir un système de financement lié au nombre d'habitants n'a pas de sens dans des zones très étendues avec assez peu de personnes à soigner. Il faudra adapter les critères de financement, pour les fixer peut-être plus par poste de garde réputé nécessaire et non pas par habitant. Cela pourrait aussi être intéressant. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

23 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het zorgtraject alcohol" (55032423C)

23 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le trajet de soins en alcoologie" (55032423C)

23.01 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, bij de bespreking van de beleidsnota ging het hier ook kort over, maar ik heb toen geen antwoord gekregen op mijn vraag, vandaar dat ik ze hier herneem.

De federale regering wil een zorgtraject alcohol uitwerken en implementeren, specifiek voor jongeren en jongvolwassenen. Het gaat daarbij om jongeren die op de spoeddiensten belanden door alcoholintoxicatie of

naar aanleiding van een ongeluk onder invloed. Ook de ouders worden betrokken bij dit zorgtraject.

Wij zijn uiteraard voorstander van een dergelijke maatregel. U hebt bijzondere aandacht voor jongeren die op de spoed belanden door alcoholgebruik. Dat is helemaal terecht. Op jonge leeftijd verantwoordelijk leren omgaan met alcohol is belangrijk om problemen op latere leeftijd te vermijden.

Recent bleek echter uit een bevraging door Sciensano, in opdracht van de Vlaamse overheid, dat mannen tussen 55 en 74 jaar het meest drinken. In die groep drinkt een op de vijf meer dan 10 glazen alcohol per week. Uit de bevraging blijkt dat niet jongeren, maar wel 55-plussers het vaakst problematisch drinkgedrag vertonen. Dat kwam eind vorig jaar nog uitvoerig in de media. Ik wil zeker niet één bepaalde groep met de vinger wijzen. Problematisch drinkgedrag komt voor in alle categorieën van de bevolking en bij nagenoeg alle leeftijdsgroepen. Dat veroorzaakt heel wat leed, niet alleen voor de drinker, maar ook voor zijn of haar directe omgeving. Dergelijke zorgtrajecten lijken volgens ons dus veel potentieel te hebben.

Waarom beperkt u dit zorgtraject tot jongeren en jongvolwassenen? Denkt u na over een eventuele uitbreiding naar volwassenen, zeker gezien de laatste cijfers daaromtrent? Mogelijk krijg ik hetzelfde antwoord als op mijn vraag met betrekking tot de bariatric, maar ik begrijp dat alles niet op één dag kan. Welke impact hebben de bevindingen van de studie van Sciensano op uw plannen? Worden op basis daarvan nog wijzigingen doorgevoerd?

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Claes, we hebben al een project *tools en zorgpad alcohol* geïmplementeerd in 15 algemene ziekenhuizen. Dat zijn projecten gericht op volwassenen. De uitbreiding van die bestaande projecten staat ook in het actieplan *Alcohol*, dus dat zetten we verder.

Daarnaast hebben jongeren volgens mij specifieke aandacht nodig. Wij mogen inderdaad absoluut niet stigmatiseren of een niet-representatief beeld creëren. Dat werd overigens ook goed uitgelegd in een recente uitzending van *Terzake*. Veel mensen die problemen veroorzaken in ziekenhuizen en die problemen hebben met zichzelf vanwege alcoholgebruik zijn oudere mensen, maar we weten dat als jonge mensen alcohol beginnen te gebruiken, er een risico van problematisch gebruik ontstaat.

Daarom wilde ik zeer gericht iets doen voor jongeren, met de beperkte middelen die we kunnen inzetten. Hierbij willen we onrechtstreeks ook de omgeving van de jongeren betrekken en bewustmaken van het risico bij schadelijk alcoholgebruik. Iets richten op jongeren vertrekt ook van de realiteit dat men met jongeren niet helemaal hetzelfde doet als met volwassenen. We willen dus een zorgpad ontwikkelen voor jongeren waarbij een problematisch gebruik van alcohol is vastgesteld.

Bovendien moeten we ook de gezondheidswerkers meer sensibiliseren. We moeten de huisartsen in de mate van het mogelijke nog meer bewust maken van de aanwezigheid van problemen rond alcohol. U verwees ook naar een recent Sciensano-onderzoek. We mogen niet zeggen dat we verrast zijn door de resultaten van dat onderzoek. We weten dat we een zeer geïntegreerde benadering moeten hanteren, waarbij we verschillende kwetsbare groepen voor ogen moeten houden, waarbij moet worden gezorgd voor preventie, behandeling en nazorg, alsook repressie. De alcoholstrategie die we willen uitrollen beantwoordt daaraan. Daar is nog werk aan.

We hebben een aantal beslissingen genomen met betrekking tot een alcoholstrategie. We moeten die nu uitvoeren. Hopelijk kunnen we met het zorgpad voor jongeren toch echt iets bijdragen aan het curatieve aspect, specifiek gericht op jongeren.

23.03 **Mieke Claes** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, wij weten dat er nog veel werk aan de winkel is. Wij mogen zeker niet stigmatiseren. U spreekt ook over het project *tools en zorgpad alcohol* en zegt dat u werkt aan een uitbreiding. Dat is broodnodig, er wordt nog steeds te weinig ingezet op die herkenning, ook in ziekenhuizen. Zorgmedewerkers zijn van zeer goede wil, maar hebben vaak niet de tijd om daarmee intensief bezig te zijn. Vaak worden signalen niet gezien of niet tijdig gezien. Daarop kunnen wij nog meer inzetten.

Ik kijk uit naar de evolutie en ik hoop dat, als er op termijn een evaluatie gemaakt wordt van het zorgtraject bij jongeren, wij daaruit lessen kunnen trekken of ideeën kunnen overnemen voor volwassenen.

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

24 Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De kwaliteit van zaadcellen" (55032427C)

24 Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La qualité des spermatozoïdes" (55032427C)

24.01 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de minister, uit Israëliisch onderzoek blijkt dat de kwaliteit van mannelijke zaadcellen wereldwijd tussen 1973 en 2018 drastisch is gedaald. Dat schijnt de komende decennia voor vruchtbaarheidsproblemen te zorgen. Naast het aantal zaadcellen vormt ook de zaadconcentratie een reden tot bezorgdheid. In 1973 lag de gemiddelde concentratie nog op 101 miljoen zaadcellen per milliliter, in 2018 ging het om 49 miljoen zaadcellen per milliliter.

De Wereldgezondheidsorganisatie beschouwt een concentratie tussen 15 en 100 miljoen zaadcellen per milliliter als normaal, maar wanneer dat cijfer onder de grens van 40 miljoen zakt, kunnen er vruchtbaarheidsproblemen ontstaan. Die grens is in zicht. Sinds 1972 neemt die concentratie immers jaarlijks af. "Als deze trend zich doorzet, zal de gemiddelde man in 2050 geen kinderen meer kunnen krijgen zonder hulp", schreef uroloog Piet Hoebek van de UGent op Twitter. Hij merkt ook op dat het probleem vooral voortkomt uit de vele hormoonverstoorders waarmee mensen in contact komen.

Op 20 juni 2022 werd het allereerste nationaal actieplan hormoonverstoorders, het zogenaamde NAPED, door de Belgische ministers van Volksgezondheid en Leefmilieu aangenomen. De uitwerking ervan is het resultaat van een nauwe samenwerking tussen de federale Staat, de gewesten en de gemeenschappen, die binnen hun respectieve bevoegdheden bij de implementatie ervan betrokken zijn. De uitvoering ervan zou ondertussen gestart moeten zijn.

Zijn er in ons land studies die de resultaten van die Israëliische studie bevestigen? Welke maatregelen omvat het NAPED om tegemoet te komen aan de verminderde zaadkwaliteit?

Of is er naar aanleiding van dit nieuws verder onderzoek nodig en eventueel een bijsturing van het NAPED?

24.02 Minister Frank Vandenbroucke: De FOD Volksgezondheid vertrekt vanuit de visie *one world, one health*. Verzoeken om informatie over chemische stoffen en de gevolgen ervan voor de gezondheid en het milieu, zijn heel erg welkom en worden ook in overweging genomen. De bevoegde autoriteiten ontwikkelen nu verschillende initiatieven om de blootstelling van de Belgische bevolking aan chemische stoffen, en met name aan hormoonverstoorders, te verminderen. Wij menen dat enkel een gezamenlijk plan de trend kan keren ten goede inzake de kwaliteit van zaadcellen.

Ik antwoord op uw eerste vraag. Mijn diensten binnen de FOD Volksgezondheid hebben de resultaten bestudeerd van de wetenschappelijke studie die u vermeldde. Tussen 1973 en 2018 is wereldwijd een afname met 51 % van de spermakwaliteit vastgesteld. De procentuele afname per jaar is sinds de jaren 2000 verdubbeld. Deze resultaten zijn in overeenstemming met vele andere wetenschappelijke studies die de geleidelijke afname van de vruchtbaarheid van mannen, waarvan de kwaliteit van het sperma een biomarker is, in vele landen aantonen. Hetzelfde onderzoeksteam had tussen 1973 en 2011 in bepaalde westerse landen, waaronder in Europa, al een daling van de spermakwaliteit met 50 % tot 60 % gemeten.

In België toonde de in 1996 gepubliceerde studie van K. Van Waelegheem eveneens een afname van de spermakwaliteit aan bij gezonde mannen tussen 20 en 40 jaar. Deze nieuwe studie, gepubliceerd in november 2022, bevestigde de in Europa verkregen resultaten voor de continenten Afrika en Azië.

Ik antwoord op uw tweede vraag. Blootstelling aan hormoonverstoorders kan een afname van de mannelijke vruchtbaarheid veroorzaken. Zo hebben mijn diensten binnen de FOD Volksgezondheid bijgedragen tot de uitwerking van een nationaal actieplan voor hormoonverstoorders, in samenwerking met de bevoegde administraties op federaal, gewestelijk en communautair niveau. Dat actieplan is in juni 2022 aangenomen door alle voor milieu en gezondheid bevoegde ministers. Een van de doelstellingen is de vermindering van de blootstelling van de Belgische bevolking aan hormoonverstoorders en bijgevolg een beperking van de gevolgen van die blootstelling voor de gezondheid.

Op uw derde vraag, voor het NAPED, het nationaal actieplan, zijn na de betreffende raadplegingen drie prioriteiten vastgesteld. Ten eerste gaat het om preventieacties, het bewust maken van de bevolking, maar

ook de opleiding van gezondheidswerkers. Ten tweede, regelgevende acties op nationaal of Europees niveau: een wijziging van de wetgeving, communicatie, de ontwikkeling van een economisch instrument, de betere traceerbaarheid, enzovoort. Ten derde, acties in verband met wetenschappelijk onderzoek, wetenschappelijke bijeenkomsten, de financiering van wetenschappelijke studies, menselijke biomonitoring, enzovoort.

De uitvoering van de in het NAPED opgenomen acties zal worden gecontroleerd door de NAPED-taskforce volgens het in elke actiefiche aangegeven tijdschema. In het hele NAPED is ook voorzien in overleg met twee toezichtcomités, een wetenschappelijk toezichtcomité en een stakeholderstoezichtcomité.

24.03 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord en voor de bijkomende cijfers. Die cijfers stellen mij niet gerust, blijkbaar bevestigen de resultaten elkaar voortdurend. Ik hoop inderdaad dat er binnen het NAPED specifieke acties in die richting zullen komen. U stelt terecht dat het om een algemeen probleem gaat, wat betekent dat we moeten werken aan *one world, one health*.

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

25 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het wettelijk bindende pandemieverdrag van de WHO" (55032431C)

25 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le traité juridiquement contraignant de l'OMS sur les pandémies" (55032431C)

25.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de lidstaten van de Wereldgezondheidsorganisatie zijn overeengekomen om een pandemieverdrag op te stellen dat wettelijk bindend is.

Welke boodschap neemt u mee namens België?

Wat mag of moet de inhoud van dat verdrag volgens u zijn?

Zult u het ontwerpverdrag aan de Kamer presenteren, zodat er ook een debat daarover kan worden gevoerd?

Hoe zult u garanderen dat de Wereldgezondheidsorganisatie zich niet in ons beleid mengt?

25.02 Minister Frank Vandenbroucke: België steunt de totstandkoming van dat verdrag absoluut. Zoals met alle internationale verdragen, zal het zowel bindende als niet-bindende bepalingen bevatten. Onze boodschap is dat het verdrag de internationale samenwerking om toekomstige pandemieën te voorkomen faciliteert en ervoor zorgt dat we beter voorbereid zijn wanneer een nieuwe pandemie opduikt. Alle landen moeten beter in staat zijn om na een uitbraak de meest geschikte responsstrategie te volgen.

Bijzondere Belgische aandachtspunten die we vertaald willen zien in de uiteindelijke verdragstekst, zijn de versterking van gezondheidssystemen wereldwijd en het werken naar universele gezondheidsdekking, een billijke verdeling van medische tegenmaatregelen en het belang van aandacht voor de interactie tussen mens, dier en het bredere leefmilieu bij het voorkomen van, het voorbereiden op en eventueel het bestrijden van een pandemie, met *one health* als inspiratie.

U vraagt om het verdrag te bespreken in de Kamer. Als dat de wens is van de Kamer, ben ik daar zeker toe bereid. U vraagt wanneer de ontwerp teksten ter beschikking zullen zijn. Het betreft daarbij een procedure waarbij de individuele landen niet onderhandelen. We onderhandelen via de Europese Unie. Dat neemt niet weg dat het heel boeiend kan zijn om dat hier te bespreken.

U vraagt hoe ik zal garanderen dat de WHO zich niet in ons beleid mengt. Dat is een wat bijzondere vraag. De Wereldgezondheidsorganisatie is in 1948 opgericht als een gespecialiseerd agentschap van de Verenigde Naties.

De WHO heeft als doel alle volkeren ter wereld het hoogst mogelijke gezondheidsniveau te helpen bereiken. In artikel 2 van het oprichtingsverdrag wordt duidelijk vermeld dat de Wereldgezondheidsorganisatie

lidstaten wel kan bijstaan, maar dat dat alleen kan gebeuren op vraag van – in het Engels *upon request* – de desbetreffende lidstaat. Het oprichtingsverdrag voorziet ook in de mogelijkheid van het aannemen van verdragen door de Wereldgezondheidsassemblee, waarin alle lidstaten vertegenwoordigd zijn. De onderhandelingen voor het pandemieverdrag zijn een lidstaatgedreven proces, waarbij de WHO een ondersteunende rol speelt. Het zijn de verdragspartijen die bepalen welke verbintenissen er worden gehaald en of er wordt voorzien in een evaluatiesysteem dat toetst of het verdrag wordt geïmplementeerd.

De Wereldgezondheidsorganisatie moet daarbij niet gezien worden als een organisatie die bindende bepalingen kan opleggen aan landen. De sterkte is veeleer dat ze op basis van wetenschappelijke bevindingen normen en standaarden voorstelt waaraan lidstaten het eigen gezondheidsbeleid kunnen toetsen en desgewenst aanpassen, maar altijd naargelang van de nationale context. Ik denk dat u erop kunt vertrouwen dat we erover zullen waken dat het nieuwe instrument niet ingaat tegen onze Grondwet of de burgerlijke vrijheden die daarin worden gegarandeerd.

25.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben tevreden over uw welwillendheid om over de ontwerptekst in de Kamer te debatteren. Ik hoop dat ik daarvoor steun krijg van onze collega's hier. Ik veronderstel dat iedereen wel bereid is om dat eens te bekijken en daarover van gedachten te wisselen.

U zult begrijpen dat het vertrouwen in de Wereldgezondheidsorganisatie op het vlak van epidemieën en pandemieën niet bijzonder groot is. Ze is tekortgeschoten, zeker in het begin van de pandemie, zoals verschillende experts opmerkten. Ook de huidige, lakse houding ten opzichte van China bevestigt het feit dat ze nooit heeft uitgeblonken in transparantie, niet in het begin van de covidcrisis en ook niet nu met die nieuwe uitbraak. Als niet alle neuzen in dezelfde richting wijzen en niet iedereen bereid is om met andere landen relevante informatie te delen, dan plaats ik vraagtekens bij de zin van zo'n pandemieverdrag.

Ik hoop dan wel dat het meer zal betekenen dan enkel windowdressing, als we er nood aan hebben. Ik begrijp dat een dergelijk verdrag niet tegen onze wetgeving zal kunnen ingaan. Hoe dan ook hoop ik dat we er ons in de Kamer over kunnen buigen.

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

26 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De vertegenwoordiger van One Health in de WHO" (55032438C)

26 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le représentant de One Health à l'OMS" (55032438C)

26.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, vorig jaar reeds werkte voormalig minister Maggie De Block in de WHO aan een rapport waarin beschreven werd welke lessen de wereld moest trekken uit de coronapandemie. Ze stelde dat het met de fouten gemaakt in dit land best meeviel. Is het niet heel vreemd dat een voormalig minister, betrokken partij in de aanpak van de coronacrisis dus, zichzelf in een werkgroep van de WHO evalueert?

Ondertussen werd Maggie De Block, zoals we lezen in de pers, gevraagd door Hans Kluge om de Technical Advisory Group 'One Health' voor te zitten. Dat adviesorgaan heeft tot doel tot oplossingen te komen voor de problematieken inzake *one health*. Men benadert gezondheid vanuit een integrale visie, *one health* dus, waarbij de interactie tussen gezondheid, mens, dier en omgeving voorop staat.

Hans Kluge, directeur van de Europese tak van de WHO, stelt: "Maggie heeft een uniek profiel. Ze weet hoe belangrijk het is om een performant gezondheidsbeleid te voeren en heeft als arts zowel de terreinkennis als de politieke ervaring om banden te smeden en internationale samenwerking te versterken. Ik kijk dan ook uit naar een boeiende samenwerking."

Niet iedereen is even gelukkig met de uitspraken van Hans Kluge. Laurent Zanella, journalist van *Le Journal du médecin*, denkt daar anders over. Hij plaatst vraagtekens bij de keuze voor Maggie De Block en zegt dat Maggie De Block tijdens haar ministerschap het concept *one health* allesbehalve heeft toegepast.

Mijnheer de minister, op grond van welke criteria heeft de WHO de keuze voor Maggie De Block

gemotiveerd?

Hans Kluge zelf werd door Maggie De Block en Didier Reynders in 2019 voorgedragen als regionaal directeur van de WHO. Gaat dit eerder om een wederdienst? Hoe moeten wij dat zien?

Een belangrijke les die Maggie De Block trok voor België bij de evaluatie van de coronacrisis was dat ons land institutioneel ingewikkeld is, met tientallen Overlegcomités en IMC's. Welke stappen werden er ondertussen gezet om efficiënter en sneller te werk te kunnen gaan? Welke voorstellen tot institutionele hervorming hebt u reeds gedaan om de gezondheidszorg efficiënter te maken?

26.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, de WHO selecteert zelf de leden van haar Technical Advisory Groups en houdt daarbij rekening met een aantal niet-exclusieve criteria zoals relevante technische deskundigheid, ervaring met internationaal en nationaal beleid, communicatieve vaardigheden en het vermogen om constructief samen te werken met mensen met verschillende culturele achtergronden en oriëntaties. Bij de selectie van de leden van de Technical Advisory Groups wordt ook rekening gehouden met de behoefte aan uiteenlopende perspectieven uit verschillende regio's, vooral uit landen met lage en middellage inkomens, en ook met genderevenwicht.

De kandidatuur van dokter Hans Kluge werd gesteund door de Belgische ministers van Volksgezondheid en Buitenlandse Zaken op grond van zijn ervaring en expertise. Ook veel andere landen steunden dokter Kluge in zijn verkiezing. De steun voor zijn verkiezing impliceerde geen tegenprestatie. De verkiezing was een transparant en democratisch proces, met eerlijke concurrentie tussen verschillende waardevolle kandidaten. Ik heb nooit enige aanduiding gehad van het feit dat de heer Kluge niet aan de hoge verwachtingen beantwoordde.

De FOD Volksgezondheid is momenteel zijn transitieproject voor het toekomstige crisisbeheer aan het finaliseren. Het doel van deze oefening is om binnen de FOD Volksgezondheid te kijken welke lessen we kunnen trekken om ons crisisbeheer verder op punt te zetten, waarbij de geleerde lessen van de COVID-19-pandemie centraal zullen staan. Daarbij zal worden gekeken naar wat de gezondheids crisis voor de FOD betekent, hoe dat kan worden georganiseerd, inclusief op institutioneel vlak, en hoe de samenwerking met de deelstaten en andere partners best verloopt.

De Country Cooperation Strategy die België in 2016 met de WHO heeft afgesloten, werd in 2021 en 2022 tussentijds geëvalueerd en geactualiseerd. Deze tussentijdse actualisering en evaluatie werd gezamenlijk uitgevoerd door de WHO en ons land, met medewerking van onze federale en gefedereerde gezondheidsautoriteiten. Naar aanleiding van deze evaluatie hebben wij besloten om deze samenwerkingsstrategie tot eind 2024 te verlengen.

Uit de tussentijdse evaluatie bleek dat de voornaamste ambities werden gerealiseerd, waardoor we nieuwe initiatieven kunnen ontwikkelen. Een van de voornaamste nieuwe initiatieven was een doorlichting van de gezondheidsstatus en het preventiebeleid in ons land. Dat rapport wordt normaliter een dezer dagen gepubliceerd.

Deze samenwerkingsstrategie biedt een algemeen kader om de samenwerking te structureren, waaronder meerdere financieringsovereenkomsten vallen. Zo is er een jaarlijkse verplichte bijdrage aan de WHO en een bijkomende vrijwillige financiering die vanuit het budget van Ontwikkelingssamenwerking wordt betaald. Ook is er een beperkte financiële bijdrage vanuit de FOD Volksgezondheid van 200.000 euro per jaar.

België heeft op korte termijn de ambitie om systematisch deel te nemen aan diverse internationale evaluaties. Zo heeft België zich al kandidaat gesteld om deel te nemen aan een EU-brede *resilience*oefening door het WHO European Observatory. Een OESO-evaluatie van hoe ons systeem gefunctioneerd heeft tijdens de pandemie is in voorbereiding. De voorbereiding op een reactie op noodsituaties op gezondheidsgebied is daarnaast een van de prioriteiten binnen de Country Cooperation Strategy tussen de WHO en België.

Concreet realiseerde de WHO in 2017 een *joint external evaluation*, dus een externe evaluatie, van de implementatie van het internationale gezondheidsreglement in ons land. Dit internationale gezondheidsreglement is tot op heden het enige wettelijk bindend internationaal instrument dat internationale samenwerking rond gezondheids crisissen regelt. De aanbevelingen uit dit rapport blijven relevant voor het versterken van onze *preparedness*.

België was destijds een van de eerste landen wereldwijd die een dergelijke evaluatie lieten uitvoeren door de WHO. Preventie en beheer van gezondheids crisissen is natuurlijk ook in het Europese en globale kader te bekijken. De grote verwezenlijkingen op deze niveaus omvatten een reeks initiatieven op het niveau van de EU, de oprichting van HERA, de aanpassingen van mandaten van het EMA en het ECDC, de aanpassing van de verordening inzake ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreiging en ook het opstarten van onderhandelingen voor een internationaal instrument voor pandemieën, de *pandemic treaty*.

26.03 **Dominiek Snelpe** (VB): Mijnheer de minister, ik hoor u graag zeggen dat de WHO zelf haar adviseurs selecteert. Dat is natuurlijk juist het probleem. Dat is eigen aan supranationale instellingen zoals de WHO, maar ook de Europese Commissie en dergelijke. De benoeming van hun adviseurs is helemaal niet transparant. Het lijkt wel een soort vogelpik. Zij beslissen dan, maar op welke basis beslissen zij wie deze postjes mag bekleden?

Vaak fungeren die supranationale instellingen, zoals de Europese instellingen en de WHO, als recyclagecentra voor politici die het op nationaal vlak niet erg goed hebben gedaan. Daarom deel ik de bezorgdheid van mijn collega over de impact van het pandemieplan van de WHO. We mogen zeer kritisch en bezorgd zijn over de mogelijkheid dat de WHO, die totaal ondemocratisch is samengesteld, veel zeggenschap over de nationale staten zal krijgen. We moeten daar in dit Parlement zeer goed over debatteren, zoals mijn collega vroeg.

Ik trek de aanstelling van Hans Kluge zeker niet in twijfel, daar wil ik formeel over zijn, maar ik kan me niet van de indruk ontdoen dat het principe 'voor wat hoort wat' hier toch iets mee te maken heeft.

Ik heb niet echt een antwoord gekregen over wat er ondertussen werd ondernomen en over de voorstellen tot institutionele hervorming. U verdringt die vraag door te verwijzen naar wat er op Europees en mondiaal vlak al is gedaan. De vraag naar de initiatieven die u als minister van Volksgezondheid kunt nemen voor de institutionele hervormingen hebt u niet beantwoord. Ik weet dat u zult verwijzen naar uw twee collega's die daarvoor bevoegd zijn, maar als er iets persoonsgebonden materie is, dan is het wel volksgezondheid. Als we iets op het vlak van institutionele hervormingen willen doen, zal dat zeker op vlak van gezondheidszorg moeten zijn. Voor mijn partij mag het zelfs een stuk verder gaan en mag de volledige sociale zekerheid worden aangepakt. We zouden al blij zijn mocht er iets bewegen, maar u verdringt op dat vlak de vis een beetje. U doet daar ook niets. U laat het initiatief aan uw twee collega's, die helemaal niets doen, terwijl u vanuit uw hoedanigheid perfect al wat voorbereidend werk kunt doen of uw collega's kunt aansporen om die institutionele hervormingen ernstig te nemen en concreet aan te pakken.

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

27 **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het patiëntendossier" (55032444C)**

27 **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le dossier du patient" (55032444C)**

27.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, de laatste jaren is de markt voor apotheken enorm veranderd. Vandaag bestaan er grosso modo vier categorieën apothekers: de zelfstandige apothekers, de coöperatieve groepen, de ketens, met veeleer commerciële aandeelhouders, en de internetapotheken.

COVID-19 heeft apothekers de kans gegeven een rol op te eisen in de eerstelijnszorg. Uit een enquête van Test Aankoop blijkt dat twee op de drie van de ondervraagde Belgen van mening zijn dat de apotheker toegang zou moeten krijgen tot het volledige medische patiëntendossier. Digitalisering kan immers de complementariteit in de eerste lijn alsook de interoperabiliteit tussen apothekers en artsen versterken.

Wat is uw visie hierop? Als u zou openstaan voor een verdere uitbreiding van die inzage, aan welke types apothekers zou u die toegang dan verlenen?

Vandaag is het beperkte Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD) nog niet toegankelijk voor alle type apothekers. Bent u van plan om die toegang uit te breiden naar alle types apothekers?

27.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Caluwé, de toegang van een gezondheidszorgbeoefenaar tot gedeelde medische informatie is enkel mogelijk indien er *informed consent* van de patiënt bestaat voor het delen van de informatie en indien er een therapeutische relatie bestaat tussen de patiënt en de gezondheidszorgbeoefenaar.

Bovendien wordt de toegang getoetst aan een toegangsmatrix, die de relatie legt tussen het type van gezondheidszorgbeoefenaar, het type informatie en de periode waarin die informatie mag worden geconsulteerd. Meer specifiek gaat het om apothekers die hun beroep in België uitoefenen en van wie de apotheek in België is geregistreerd.

Momenteel lopen gesprekken met onder meer de apothekersorganisaties om de regels van de toegangsmatrix beter af te stemmen op de noden van de patiënt, de apotheker en alle actoren die betrokken zijn bij een behandeling met een geneesmiddel, dit om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te garanderen.

Het gaat daarbij om informatie over het voorschrift en de aflevering, zowel door individuele gezondheidsberoepsbeoefenaars als door ziekenhuizen. Om deze informatie te ontsluiten, ook voor de patiënt, is een project VIDIS lopende bij het RIZIV. VIDIS staat voor Virtual Integrated Drug Information System.

Gelet op uw vraag over types apothekers, of eerder apotheken, is het wel belangrijk te benadrukken dat als een apotheker toegang krijgt tot een dossier, dit steeds gebeurt met het oog op de therapeutische relatie die hij of zij als zorgverstrekker heeft met de patiënt. De gezondheidswetgeving is in dat geval dus van toepassing. Ik denk bijvoorbeeld aan de plicht de privacy van de patiënt te waarborgen, de wet op de patiëntenrechten. Gegevens waar men kennis van krijgt, kunnen enkel aangewend worden met het oog op de verstrekte zorg en mogen door de zorgverstrekker niet aan derden doorgegeven worden of gebruikt worden voor andere doeleinden, zoals gerichte reclame enzovoort. Het type werkgever doet er mijns inziens dus niet toe.

FarmaFlux wordt niet beheerd door de overheid. Het zijn de open officina's als APB, OPHACO, VAN en AUP die zelf het initiatief genomen hebben tot oprichting van FarmaFlux. Deze vzw heeft een systeem ontwikkeld voor gegevensuitwisseling van en naar apotheken inzake de afgeleverde geneesmiddelen aan specifieke patiënten. De taak van FarmaFlux vzw is daarbij tweeledig. FarmaFlux waakt over de kwaliteit en de juistheid van de gegevens die de apothekers willen uitwisselen voor zij in de centrale databank van het gedeelde farmaceutische dossier terecht komen. Daarnaast kijkt deze vzw strikt toe op het veilige gebruik van de via het GFD gedeelde patiëntengegevens daar FarmaFlux de wettelijke verantwoordelijkheid draagt voor de privacybescherming van de patiënten.

De bedoeling van het GFD is inzicht geven in de medicatiehistoriek van de patiënt en gegevens verwerken inzake voortgezette farmaceutische zorg, om op die manier de apotheker maximaal te ondersteunen bij het uitvoeren van zijn zorgtaak.

We zijn samen met het RIZIV en eHealthplatform in bespreking met de farmasector om te onderzoeken in hoeverre het GFD kan worden geïntegreerd in VIDIS, zodat gezondheidszorgbeoefenaars en de patiënt via een applicatie een geïntegreerd zicht hebben op het gehele medicatieproces, dus het voorschrijven, verstrekken, effectief genomen medicatie, advies en journaal. Enkel officina-apothekers hebben toegang tot deze databank, mits de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Medicatiegegevens mogen ook enkel geraadpleegd worden in de apotheek waar de patiënt zijn geneesmiddelen komt afhalen. Het delen van het farmaceutisch dossier is geen verplichting en de patiënt mag op elk ogenblik zijn geïnformeerde toestemming herroepen.

Elke Belgische apotheek kan zich aansluiten op het systeem dat FarmaFlux aanbiedt, dus elke zelfstandige apotheek – ook Newpharma – met een sterk uitgebouwde dienst van onlineverkoop van geneesmiddelen, apotheken uit coöperatieve groepen zoals Multipharma en andere ketenapotheken zoals Lloydspharma en Medi-Market. Farmaline daarentegen is een website van een Nederlandse apotheek. Deze Nederlandse apotheek valt niet onder de bevoegdheid van de Belgische autoriteiten.

27.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Uiteraard is privacy belangrijk en uiteraard moet een patiënt sowieso zijn toestemming geven aan wie welke info kan raadplegen. Ik wil u bedanken voor uw antwoord, want ik

was mij er niet van bewust dat Newpharma bijvoorbeeld wel toegang kan hebben tot de data en dat de reden dat Farmaline dat niet heeft te maken heeft met het feit dat het over een buitenlandse website gaat. Ik begrijp uiteraard dat daar een groot verschil is.

Het is natuurlijk wel een realiteit dat heel veel mensen niet weten dat het een buitenlandse website is. Ze heeft namelijk '.be' in haar URL. Ik heb ook het gevoel dat hun marktaandeel enorm aan het groeien is. Ik vind het dan ook belangrijk dat ze zich op een gelijk speelveld begeven en zich aan dezelfde regels onderwerpen als de 'echte' Belgische apotheken. We moeten dan ook durven zoeken naar oplossingen om hun ook dezelfde middelen te geven om deze taken te kunnen uitvoeren. Misschien moeten we toch eens kijken wat we daarvoor kunnen doen. We mogen dat niet zomaar negeren alsof het niet zou bestaan.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 55032464C de Mme Nawal Farih est reportée. Les questions jointes n° 55032477C de M. Patrick Prévot et n° 55032483C de M. Roberto D'Amico sont reportées. La question n° 55032478C de M. Patrick Prévot est reportée.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

28 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De nieuwe bedrijfsstructuur en werkwijze voor de distributie van covidvaccins" (55032488C)**

28 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La nouvelle structure d'entreprise et la nouvelle méthodologie de distribution des vaccins anticovid" (55032488C)**

28.01 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, ik wil eerst even reageren op de woorden van de heer De Caluwé. Mijnheer De Caluwé, ik stel vast dat Open Vld voor onlineapotheken uit het buitenland pleit. Dat is wel heel bijzonder.

28.02 **Robby De Caluwé (Open Vld):** Mevrouw de voorzitter, het is niet de bedoeling dat hier een debat wordt gevoerd. Dat is niet het doel van de mondelinge vragen. Wanneer ik echter bij naam word genoemd en de zaken anders worden voorgesteld dan wat ik heb verklaard, dan moet ik wel reageren.

Mevrouw Depoorter, ik heb er zeker niet voor gepleit om buitenlandse apothekers hier welk voordeel dan ook te geven. Ik heb gewoon vastgesteld dat het een gegeven is. U kunt dat negeren en doen alsof het niet bestaat en alsof niemand daar zijn medicijnen aankoopt. Dat is een optie. Ik meen echter dat we vooral moeten onderzoeken op welke manier wij die apotheken volgens gelijke regels kunnen behandelen. Zij zullen dan echter ook dezelfde rechten moeten krijgen als de Belgische apotheken.

28.03 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer De Caluwé, het is gewoon een vaststelling. Open Vld gaat voor onlinefarma.

Mijnheer de minister, mijn vraag betreft het verschil in bedrijfscultuur tussen de logistieke spelers en hun werkwijze.

Bij de distributie van de covidvaccins – daar zijn we alweer – werkte de vorige leverancier, Medista, met eigen personeel. Movianto zal met zelfstandige werknemers of eigenlijk onderaannemers werken, die op individuele basis voor Movianto zullen werken en de producten zullen distribueren.

Vanaf januari 2023 zal de eerste lijn de covidcampagne overnemen. Dat is nu dus het geval. Dat betekent dat er nu in plaats van aan de vaccinatiecentra en de ziekenhuizen zal worden geleverd aan ruim tweeduizend apotheken in Vlaanderen en een zeshonderdtal apotheken in Brussel en Wallonië. Vanaf 15 januari 2023 kan de huisapotheker de covidvaccins bestellen bij Movianto, ze voorbereiden en zelf toedienen of aan de huisarts leveren.

In welke mate is die manier van leveren meegerekend? Wij hebben daarnet al vastgesteld dat deze werkwijze een meerkost met zich meebrengt. Hoe is dat opgenomen in het lastenboek? Ik kan het er zelf

niet in terugvinden. Gaat het al dan niet om extra diensten?

Ik heb bijvoorbeeld zelf meegemaakt dat een vaccinatiecentrum plots zonder vaccins zat. Er werd dan gebeld naar Medista, dat de vaccins vlug leverde, dus op heel korte termijn. Is daarin ook voorzien bij Movianto of moet er echt op veel langere termijn worden besteld?

Die zelfstandige koeriers worden wellicht door Movianto vergoed. Draagt de overheid daar enige verantwoordelijkheid voor bij het afrekenen?

Werd er in het lastenboek rekening gehouden met interne transfers tussen vaccinatiepunten? U weet dat een aantal eerstelijnszones heeft geopteerd om met vaccinatiepunten te werken.

Er zijn geruchten dat er akkefietjes zijn, we hadden het er daarnet over. Er zouden vaccins afgeleverd zijn aan het onthaal van de vaccinatiecentra, dus niet bij de farmaceutische expert. U hebt daarnet gezegd dat de evaluatie goed is, maar uit de deelstaten hoor ik andere geruchten. Graag bevestiging daarvan.

Hebt u signalen van tijdsdruk ontvangen van de zelfstandige medewerkers bij Movianto?

28.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, wat betreft uw eerste vraag, er zijn geen meerkosten, de prijzen komen overeen met de prijzen van het aanbod van Movianto, ongeacht of het werk door intern of extern personeel wordt uitgevoerd.

Wat betreft uw tweede vraag, er zijn geen nieuwe logistieke taken die van Movianto gevraagd worden die niet in het lastenboek opgenomen waren. Er is een addendum toegevoegd voor de verhuis van de vorige logistieke partner naar de huidige logistieke partner. Daarin was op deze manier voorzien in het lastenboek via een herzieningsclausule. Het lastenboek voorziet in dringende leveringen waarvoor Movianto een prijs aangeboden heeft. De prijzen komen overeen met de prijzen van het aanbod van Movianto, ongeacht of het werk door intern of extern personeel wordt uitgevoerd. In transfers tussen vaccinatiepunten was voorzien in het lastenboek, waarvoor Movianto een prijs aangeboden heeft.

Wat betreft uw derde vraag, soms vond de levering van vaccins niet aan de juiste persoon plaats. Dat werd echter opgelost. Volgens de informatie die de FOD heeft ontvangen, zijn de vaccins finaal telkens bij de farmaceutische expert terechtgekomen.

Wat betreft uw vierde vraag, ik heb geen informatie over tijdsdruk bij interne of externe medewerkers van Movianto.

28.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord, dat in lijn ligt met uw antwoord op mijn vorige vraag.

U zegt geen informatie te hebben over de tijdsdruk die de zelfstandige medewerkers al dan niet ervaren. Dat is toch een aandachtspunt. U herinnert zich ongetwijfeld het verhaal van bpost. Opnieuw gaat de regering in zee met een organisatie die met zelfstandige onderaannemers werkt. Ik zou mij er toch van vergewissen dat alles correct verloopt. U weet dat koeriers, in dit geval mensen die medicijnen leveren, soms onder zeer grote druk staan. Ik raad u dus aan om de werkomstandigheden goed te controleren, zodat u niet in een tweede bpostverhaal terecht komt.

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

29 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het logboek met conformiteitsproblemen bij covidvaccins" (55032490C)**

29 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le journal de bord des problèmes de conformité des vaccins anticovid" (55032490C)**

29.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over het logboek. Wanneer er zich conformiteitsproblemen voordoen, moet dat binnen de 24 uur in dat logboek worden vermeld. Ik neem aan dat dat meegenomen is in het lastenboek, waarnaar u daarnet al verwees?

Ik verneem graag van u of die bepaling, de conformiteitsregistratie, meegenomen is in het lastenboek, specifiek: het bijhouden van een logboek. Houdt de distributeur zich aan de voorwaarden daarvan?

Kan ik dat logboek inkijken? Kunt u dat logboek überhaupt inkijken?

29.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ten eerste, in het lastenboek wordt aangegeven dat een WDA-vergunning (*wholesale distributor authorisation*) voor de opslag en de distributie van geneesmiddelen voor menselijk gebruik, en een GDP-certificaat (*good distribution practice*) noodzakelijk zijn. Bijgevolg zijn alle verplichtingen die daaruit voortvloeien, zoals het loggen van non-conformiteiten en problemen inbegrepen in het lastenboek.

Het lastenboek bevat ook een kwaliteitsovereenkomst. In deze overeenkomst wordt een doeltreffend beheersysteem voor afwijkingen gevraagd zodat passende corrigerende en preventieve maatregelen kunnen worden genomen om non-conformiteiten te corrigeren en te voorkomen.

Ten tweede, het opvolgen van de contractuele en GDP-verplichtingen wordt gecontroleerd door de FOD Volksgezondheid door middel van een audit ter plaatse bij de opdrachtnemer en door de bevoegde autoriteit, namelijk het FAGG, door middel van inspecties.

Ten derde, Movianto is niet verplicht zijn kwaliteitsdocumentatie met derden te delen. De documentatie moet wel ter beschikking gehouden worden om ze te kunnen inkijken gedurende een audit.

29.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u bevestigt dus dat in het lastenboek meegenomen is dat een non-conformiteit binnen de 24 uur moet worden meegedeeld, dat de controle gebeurt door uw organisaties, namelijk de FOD Volksgezondheid en het FAGG.

U geeft opnieuw blijk van heel weinig transparantie. Het inkijken van het logboek lijkt mij een van de controlerende taken van een parlementslid. Ik houd het hierbij voor mijn repliek, maar ik vermoed, mijnheer de minister, dat wij hier nog op terug zullen komen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

30 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De conformiteit en bruikbaarheid van spierverslappers aan het begin van de covidpandemie" (55032491C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De kostprijs en vervaldatum van de API's aangekocht tijdens de covidpandemie" (55032504C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het kostenplaatje en het verdere gebruik van drie API's" (55032744C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De strategische stock en de verwerking van spierverslapper Atracurium" (55032747C)

30 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "La conformité et l'efficacité des myorelaxants au début de la pandémie de coronavirus" (55032491C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Le prix et la date de péremption des substances actives achetées durant la pandémie de coronavirus" (55032504C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Le coût des trois IPA et leur utilisation" (55032744C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Le stock stratégique et le traitement du myorelaxant Atracurium" (55032747C)

30.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, wij hebben al een paar keer gesproken over de spierverslappers. Het gaat dan over atracurium, rocuronium en midazolam en de API's of farmaceutische grondstoffen die u inkocht. U gaf mij aan dat u daarop stabiliteitstesten hebt uitgevoerd. U hebt ook intraveneuze toedieningen laten maken van deze spierverslappers. U hebt mij de data meegegeven waarop de onderzoeken werden uitgevoerd, waarvoor dank.

Ik heb echter nog steeds geen prijs van u ontvangen met betrekking tot de omvorming van de API's naar de intraveneuze toediening. U haalt hier telkens het bedrijfsgeheim aan. U haalt aan dat die intraveneuze toedieningen, doordat ze getest worden op stabiliteit, nog steeds gebruikt kunnen worden, terwijl ze eigenlijk al lang vervallen zijn. Ik heb daarover echter nog steeds grote twijfels, mijnheer de minister.

De aankoopprijs van de API's heb ik inderdaad ontvangen. U verklaarde dat ze niet vernietigd zouden worden, dat het reeds lang vervallen rocuronium opgehaald zou worden en opnieuw getest zou worden. Werd dit ondertussen opnieuw getest? Is daar nog steeds een bruikbaarheid voorzien? Het gaat dan over de die laatste 26 kilogram, die klaarstond voor vernietiging maar toch naar Movianto ging. Wat is er gebeurd met die 26 kilogram API rocuronium? Werd deze hoeveelheid dan toch naar Movianto gestuurd om een hertest te ondergaan?

Graag vernam ik ook van u of de FOD Volksgezondheid over een licentie beschikt die hem toestaat om als groothandelaar te fungeren en die middelen op de markt te brengen? Concreter, beschikt de FOD Volksgezondheid over een WDA, een groothandelsvergunning?

Wat is de volledige kostprijs van die drie API's die omgevormd zijn tot spuiten? Graag vernam ik van u de kostprijs van de herbewerking, de testing, de hertesting en dergelijke meer.

Deze injectables beschikken naar mijn informatie niet over een registratiedossier. Is dat juist?

Wie is de *marketing authorisation holder*? Heeft de FOD daar een vergunning voor? Mag een instantie als de FOD niet-geregistreerde producten op de markt brengen? In hoeverre gaf het FAGG daar toestemming voor?

Atracurium is ondertussen uitgeklaard. U gaf aan dat het niet werd verwerkt, maar dat er wel atracurium werd verkocht.

Mijnheer de minister, die middelen mogen pas worden gebruikt wanneer er geen geregistreerde spierverslappers op de markt zijn. Op dit moment is de markt zeker niet verzadigd, er zijn zeker geen tekorten. De facto kunnen die geneesmiddelen niet gebruikt worden. U geeft elke keer aan dat deze geneesmiddelen niet aan de lijst van niet-conforme geneesmiddelen moeten worden toegevoegd, maar hoe schat u de kans in dat ooit dergelijke spierverslappers nog toegediend zullen worden aan een patiënt, wanneer wij kunnen bevestigen dat er geen tekort is aan API, dat er geen tekorten zijn op de markt en dat de protocollen voor het gebruik van spierverslappers en het intuberen van patiënten met covid volledig gewijzigd zijn?

30.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De totale aankoopprijs van midazolam API, atracurium API en rocuronium API was 2.097.652,69 euro.

Ik geef u de gegevens voor atracurium. Er werd 59 kilo aangekocht, met als lotnummer en vervaldatum: 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 en 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 en vervaldatum 28 februari 2025.

Een aantal kg rocuronium API en midazolam API werd omgevormd tot inspuitbare ampullen. Het resterende gewicht werd behouden als API. Er staat geen API klaar voor de huidige vernietigingsfase, aangezien de

FOD Volksgezondheid de mogelijkheid wil onderzoeken om de houdbaarheid te verlengen met bijkomende testen. Het FAGG liet de FOD echter weten dat dat volgens de farmaceutische wetgeving niet mogelijk was. Daarom zal het vervallen API deel uitmaken van een toekomstige vernietigingsfase.

Zoals eerder al gecommuniceerd, werd het API atracurium niet naar inspuitsbare *vials* omgezet. Echter, in de strategische stock waren er nog atracurium-*vials* aanwezig die als vergunde verpakkingen werden aangekocht. Het vervallen aantal atracurium-*vials* van deze vergunde verpakkingen werd tijdens de commissie van 6 december gecommuniceerd, aangezien er toen naar andere spierverlappers werd gevraagd.

De rocuronium-*vials*, die werden gefabriceerd door UCB en Cenexi, en de midazolam, voorgevulde spuiten die door Catalent werden gefabriceerd, zijn conform bevonden volgens de analyses. Er werden tot op heden geen dosissen naar de ziekenhuizen verdeeld, als gevolg van de wettelijke beperkingen die het gebruik van deze *vials* verhinderen indien een gelijkwaardig of alternatief geneesmiddel beschikbaar is, zelfs als dat uit het buitenland komt.

De toekomst van deze producten werd geëvalueerd in samenspraak met het FAGG. Ondertussen werd in overleg met het FAGG beslist dat deze gefabriceerde *vial*-spuiten niet meer kunnen worden gebruikt. Deze zullen dan ook deel uitmaken van een toekomstige vernietigingsfase.

Zoals hierboven reeds werd vermeld, werd het API atracurium niet tot *vial* omgezet.

Sciensano en de Dienst voor Geneesmiddelenonderzoek, de DGO, het analyselaboratorium van de Algemene Pharmaceutische Bond, voerden de analyses uit. Het ging om analyses voor het volgende: *appearance*, *identification essay*, onzuiverheden, pH en steriliteit. De testen werden uitgevoerd op de volgende *timepoints*: T0, 12 mei 2020, *full control*; T1, 12 juni 2020, *partial control*; T2, 12 juli 2020, *cancelled*; T3, 12 augustus 2020, *partial control*; T4, 12 september 2020, *partial control*; T5, 12 oktober 2020, *partial control*; T6, 12 november 2020, *partial control*; , 12 februari 2021, *partial control*; T12, 12 mei 2021, *full control*; T18, 12 november 2021, *partial control*; T24, 12 mei 2022, *full control*. De attesten werden steeds enkele weken na het *timepoint* gefinaliseerd en goedgekeurd.

Ik bezorgde u al de attesten voor *timepoint* 24 voor rocuronium en midazolam en de resultaten van de voorgaande *testpoints* voor rocuronium tijdens de commissie van 13 december. De 25,75 kilo rocuronium API-batch L00046686 stond aanvankelijk niet gepland om vernietigd te worden omdat de FOD de mogelijkheid wilde onderzoeken om de houdbaarheid te verlengen met bijkomende testen. Het FAGG liet de FOD echter weten dat dit volgens de geneesmiddelenwetgeving niet mogelijk was. Daarom zal de vervallen API-batch deel uitmaken van de toekomstige vernietigingsfase. Op dit ogenblik werd het vervallen rocuronium-API nog niet getransfereerd naar Movianto. De verhuis zal echter wel in de nabije toekomst uitgevoerd worden. Een hertest zal niet uitgevoerd worden aangezien het FAGG al liet weten dat verlenging van de houdbaarheid volgens de farmaceutische wetgeving niet mogelijk is.

De FOD VVVL werkt sinds meer dan een jaar hard aan een kwaliteitssysteem om een *wholesale distributor authorisation* of WDA, een distributievergunning, te kunnen bekomen. Hierdoor zal de FOD VVVL de volgende activiteiten kunnen ondernemen. Aankoop, de verworven geneesmiddelen of een deel ervan zijn afkomstig uit andere landen van de Europese Economische Ruimte dan België; opslag, de geneesmiddelen, of een deel ervan, worden opgeslagen door andere bedrijven met een vergunning; bevoorradings, distributie van geneesmiddelen naar de EER; uitvoer, distributie van geneesmiddelen naar derde landen. Deze activiteiten betreffen de volgende geneesmiddelen: geneesmiddelen met een vergunning voor het in de handel brengen in een EER-land of EER-landen, geneesmiddelen zonder vergunning voor het in de handel brengen in de EER en bestemd voor de EER-markt, geneesmiddelen zonder vergunning voor het in de handel brengen in de EER en bestemd voor uitvoer.

Een eerste inspectie vond plaats op 25 april 2022, naar aanleiding waarvan een *corrective and preventive action plan* of CAPA-plan werd uitgeschreven en uitgevoerd. Eind januari 2023 is een herinspectie door het FAGG gepland voor een finale analyse van het kwaliteitsmanagementsysteem van de FOD, met als bedoeling om de vergunning toe te kunnen kennen. Inmiddels is het FAGG op de hoogte van al onze activiteiten op het gebied van inkoop, opslag, levering en export van onze voorraad.

De totale kostprijs van deze drie API's bedraagt 3.842.485,79 euro. Hierbij zijn de aankoop, bewerking, fabricage van de *vials* en spuiten, de analyse door Sciensano en de APB, transport van de stalen,

productiekosten en deels de stockage inbegrepen. Alle analyses die Sciensano heeft uitgevoerd, gebeurden in het kader van het samenwerkingscontract FAGG-Sciensano. Dat contract voorziet een budget voor de analyses die Sciensano op verzoek van het FAGG jaarlijks uitvoert. Alle analyses van rocuronium, atracurium en midazolam konden worden uitgevoerd met het budget waarin dit contract voorziet. Er hoefde voor deze analyses niet extra betaald te worden. Er werden dan ook geen facturen voor ontvangen.

De prijs die in het bovenstaande totaal werd meegerekend, is gebaseerd op een gemiddelde prijs per staal. De stockage van deze API's en voorgevulde spuiten bij Medista werd niet meegenomen in het bovenstaande totaal. De stockage maakt namelijk deel uit van de raamovereenkomst tussen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en Medista voor de aanleg en het beheer van de strategische voorraad van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, met uitzondering van medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek, waarvoor niet alle kosten worden uitgesplitst per type geneesmiddel, bijvoorbeeld de archiveringskosten van documentatie, management- en administratiekosten, kwaliteitsmanagement- en operationele managementkosten en de verzekering. De maandelijkse kostprijs enkel voor de opslag van deze producten, exclusief vaste kosten, werd wel bepaald en bedraagt 4.369,90 euro. Stockagekosten die betaald werden aan Catalent konden wel volledig bij het totaal worden gerekend.

Gefabriceerde rocuronium-*vials* en gefabriceerde midazolaminspuitingen beschikken niet over een registratiedossier noch een *marketing authorisation*. Aangezien de gefabriceerde rocuronium-*vials* en gefabriceerde midazolaminspuitingen niet beschikken over een *marketing authorisation*, is er in dit geval geen *marketing authorisation holder*.

Gezien de noodsituatie tijdens de covidcrisis en om de kritieke onbeschikbaarheid van deze geneesmiddelen te verlichten en de behandeling van Belgische patiënten te garanderen, werd de beslissing van de fabricage van de rocuronium-*vials* en met midazolam voorgevulde spuiten in 2020 genomen, na overleg tussen het FAGG en verschillende farmaceutische firma's, waarna de fabricage werd uitgevoerd en opgevolgd onder het toezicht van het FAGG.

De betrokken geneesmiddelen zijn niet op de markt gebracht in de gebruikelijke betekenis van het in de handel brengen door een VAB-houder, maar ze waren en zijn bedoeld voor gecontroleerde distributie aan en aflevering door de ziekenhuisapotheken. De FOD nam de bevoegdheid voor het beheer van de strategische stock van geneesmiddelen aangekocht in het kader van de covidcrisis pas over vanaf het tweede kwartaal van 2021, na overdracht van het beheer door het FAGG.

Zoals hierboven reeds vermeld werd het API atracurium niet tot *vial* omgezet. In de brief die werd uitgestuurd door het FAGG staat geschreven dat de fabricage van alle API's nog niet afgerond was. Er werd initieel wel voorzien om ook het atracurium-API om te zetten tot *vial*, maar door een beter zicht op het verloop van de pandemie en de geschatte behoefte werd uiteindelijk beslist om de atracurium-*vials* niet te fabriceren.

30.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, *on avance*, we gaan vooruit. Na een halfjaar komt eindelijk de aap uit de mouw.

Ik heb u gezegd dat uw rapportering aan de regering, waarin u aangaf dat 4,3 miljoen euro aan geneesmiddelen vervallen of niet conform was, niet klopt.

30.04 Minister Frank Vandenbroucke: Neen, mevrouw Depoorter.

30.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Ze klopt niet, want de wetgeving is niet gewijzigd tussen april en nu. U wist in april perfect dat u geen registratiedossier had voor deze spierverslappers, dat u geen groothandelaarsvergunning had voor deze spierverslappers, dat ze niet meer konden worden gebruikt, dus dat ze de facto niet conform waren.

U hebt uw collega's in de regering niet correct geïnformeerd. U had daar 3 miljoen euro moeten bijdoen en dan zat u bijna aan 8 miljoen, bijna het dubbele. Opnieuw hebt u uw collega's niet goed geïnformeerd.

30.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, wat u hier voortdurend doet, is heel vermoeiend. U neemt heel veel tijd met al deze verhalen. U wordt door Medista voortdurend over van alles geïnformeerd. Een maand geleden was ik natuurlijk op een ander punt in de beoordeling dan vandaag. Mijn antwoord van een maand geleden was helemaal correct.

30.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Is de wet veranderd tussen een maand geleden en nu?

30.08 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb u een maand geleden, op 5 december, een perfect correct antwoord gegeven. Ik gaf u een correct antwoord over de stand van zaken. We zijn nu weer een beetje verder en er zijn verdere beoordelingen gemaakt. Opnieuw geef ik u een correct antwoord. Dit zijn volstrekt correcte antwoorden.

Wat u echter doet, is voortdurend heen en weer springen in de tijd om hier heel veel verwarring te veroorzaken, u haspelt alles door elkaar en begint dan te beweren dat er allerlei vervalsingen gebeuren en valse informatie wordt verstrekt. Het is vermoeiend, maar goed, het is uw hobby en ik zal blijven antwoorden op al uw vragen, hoe vermoeiend dat ook is.

Wat u voortdurend doet, is heen en weer springen in de tijd. Ik heb de regering op 5 december correct geïnformeerd op basis van de stand van zaken. Ik doe dat vandaag opnieuw. De vraag naar wat de beoordeling van een product is en waar we staan in de procedure rond een product, evolueert in de tijd.

Natuurlijk is dat zo, maar u doet rustig voort. Het is een onwaarschijnlijk tijdverlies voor de commissie, maar doe maar. Ik zal op al uw vragen antwoorden.

30.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, wat voor u tijdverlies is, is voor mij een bewijs van het feit dat u onprofessioneel omgaat met het beheer van belastingmiddelen. Ik herinner u eraan dat ik apotheker ben – u vergeet dat af en toe – en dat ik mijn informatie dus haal bij mijn collega-apothekers, ziekenhuisapothekers, industrieapothekers, professoren. Aan hen heb ik de vraag over de API's herhaaldelijk gesteld. Vanuit de universiteit heeft men mij letterlijk geantwoord dat, als de FOD op die manier omgaat met spierverslappers, die zeer zware medicijnen zijn, hij zich boven de wet stelt, want de FOD, net zoals uw nieuwe vaccinleverancier, heeft geen WDA of groothandelaarsvergunning.

Voorzitter: Thierry Warmoes.

Président: Thierry Warmoes.

Wat er vandaag gebeurt, is dus geen voortschrijdend inzicht. Ik heb u een vraag gesteld die u wakker moest schudden en u moest doen ingrijpen, want u was naast de wet aan het werken. U hebt medicijnen op de markt gelaten zonder registratiedossier. Dat minister De Backer in april 2020 spierverslappers heeft besteld, kan ik begrijpen, want dat was in een panieksituatie. Toen was de wetgeving ook wat zij nu is en heeft men de wetgeving op de ene of andere manier wat moeten opzijschuiven. Als u echter in april een nota maakt om aan de regering mee te delen hoeveel miljoenen euro's er verspild zijn aan geneesmiddelen, testen en dergelijke, dan moet u correct registreren en dat hebt u niet gedaan. Dat bewijst u vandaag.

Ik herhaal: dit is geen voortschrijdend inzicht. De wetgeving is wat zij is en was wat zij was. U wist dat in april. Als u dat niet wist, dan bevestigt dat nogmaals dat u onprofessioneel bezig bent, dat de mensen die u adviseren u niet correct adviseren en dat u de doorlichting van zowel het FAGG als de FOD effectief moet uitvoeren. U zit er dus compleet naast. U hebt uw collega's niet goed geïnformeerd.

Maar nu hebben wij dit aan het licht gebracht, dus nu moet u draaien. Zo zit het in elkaar.

30.10 Minister Frank Vandenbroucke: Maar neen.

30.11 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is niet springen met data, mijnheer de minister. Op 1 april 2022 was de wet niet anders dan vandaag. Hier komt u niet onderuit, hoor.

30.12 Minister Frank Vandenbroucke: Vermoeiend.

30.13 Kathleen Depoorter (N-VA): Dat geldt ook voor mij, mijnheer de minister.

De **voorzitter:** Ik stel voor dat we voortgaan met de agenda.

30.14 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik wil toch nog graag even zeggen dat het inderdaad vermoeiend is.

Mijnheer de minister, een echt goed beleid zou pas geweest zijn dat u, nadat ik telkens opnieuw de problematiek in het Parlement aankaartte, gewoon eens had gezegd dat ik op dat punt gelijk heb. Daar hebt u het echter moeilijk mee. Wij hebben gelijk, want de feiten spreken voor zich. U hebt de wet met voeten getreden.

30.15 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, verklaart u mij eens waar de wet met voeten getreden is.

30.16 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Doordat u bleef volhouden dat de medicijnen die u hebt laten omvormen en die, zoals u net zegt, 3,1 miljoen euro gekost hebben, bruikbaar waren op de markt. Ze zijn niet bruikbaar op de markt ...

30.17 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat heb ik allemaal niet gezegd.

30.18 **Kathleen Depoorter** (N-VA): ... want u hebt geen vergunning.

De **voorzitter**: Niet door mekaar, ik verleen het woord.

30.19 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik wil hiermee ophouden omdat u er zodanig een soep van maakt. U draait alles door elkaar, in plaats van het antwoord eens ernstig te analyseren. Wat u beweert dat ik gezegd heb, heb ik niet gezegd. Daarom noem ik het een beetje vermoeiend. Maar gaat u uw gang, zo blijven we bezig.

30.20 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is ontzettend vermoeiend. Ik heb opgeschreven wat u gezegd hebt en ik herhaal dat nu. "Er was geen *marketing authorisation*. We zijn daar nu mee bezig." Nu, dus zoveel tijd na datum. U hebt al die maanden de tijd gehad om het conform te stellen, maar dat hebt u niet gedaan. Er is geen WDA, er is geen groothandelaarsvergunning. U kunt die geneesmiddelen gewoonweg niet gebruiken. U had ze dus bij de niet-conforme geneesmiddelen moeten incalculeren op 1 april in de nota die u aan uw collega's hebt voorgelegd.

Feiten zijn feiten! Dit is geen soep, maar een opsomming van feiten!

De **voorzitter**: Goed, vermits u beiden vindt dat dit vermoeiend is, stel ik voor dat ik het incident sluit en dat we overgaan tot de agenda.

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

31 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het stijgend aantal besmettingen met streptokokken" (55032495C)**

31 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La croissance du nombre d'infections à streptocoques" (55032495C)**

31.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het stijgende aantal besmettingen met streptokokken werd vandaag ook in een aantal publicaties vermeld.

Volgens *Het Nieuwsblad* hebben dit jaar al 117 kindjes tussen 0 en 5 jaar een ernstige infectie met streptokokken doorgemaakt. Dat is meer dan in de jaren voor de covidpandemie. Het aantal gevallen is ook gestegen op het einde van het jaar.

Dat het aantal kinderen met ernstige besmettingen stijgt, zou een gevolg zijn van een verminderde blootstelling aan de bacterie tijdens corona. In de ons omringende landen stijgen de cijfers ook. In Spanje, het VK en Frankrijk zijn de cijfers behoorlijk alarmerend.

Streptokokken kunnen met antibiotica worden behandeld, maar dan moet men tijdig ingrijpen.

Mijnheer de minister, hoe schat u de situatie in ons land in? Worden er waarschuwingen uitgestuurd? Worden er concrete stappen ondernomen en welke?

31.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Net als in de ons omringende landen zien we inderdaad een stijging van het aantal gevallen in 2022. Er bestaan verschillende gegevensbronnen die vooral ernstige, invasieve infecties met groep-A-streptokokken (GAS) optekenen.

De gegevens van het nationaal referentiecentrum, het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, toonde een duidelijke stijging van het aantal gevallen van invasieve GAS-infecties bij kinderen jonger dan 5 jaar, met name in de periode mei tot juli 2022 en opnieuw in oktober en november.

De toename past vermoedelijk in een algemene toename van infectieziekten bij kinderen aan het einde van een periode van contactbeperkingen wegens covid. De hygiënische preventieve maatregelen voor deze ziekteverwerker zijn vrij beperkt.

Goede informatie voor gezondheidswerkers is belangrijk, vooral voor de vroegtijdige opsporing en behandeling van invasieve infecties. Gezondheidswerkers hebben een eerste waarschuwing over deze situatie ontvangen via de maandelijkse nieuwsbrief van Sciensano. Die informatie werd in de week van 12 december 2022 ook specifiek naar kinderartsen gestuurd.

De epidemiologische situatie wordt nauwgezet opgevolgd, zowel in België als in de ons omringende landen.

31.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het is goed dat er waarschuwingen worden gestuurd, maar ik maak mij toch wat zorgen. In de apotheek zijn de pijnstillers en koortsremmers voor kinderen vandaag opnieuw ontbrekend. Een aantal antibiotica zijn ontbrekend. Er is daarenboven een groeiende uitbarsting van streptokokken. Zo kunnen we in de problemen raken. Het is toch wel een alarmerende periode. Het is dus absoluut noodzakelijk om erover te waken dat we voldoende geneesmiddelen hebben en dat onze zorgverstrekkers voldoende ingelicht zijn.

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

32 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het rapport in het kader van de uitwerking van de IVDR-richtlijn" (55032496C)**

32 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "Le rapport dans le cadre de la mise en œuvre de la directive DIV" (55032496C)**

32.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, in uw antwoord van oktober op mijn vragen omtrent de uitwerking van de IVDR-richtlijn, gaf u aan dat er maximaal werd gestreefd naar een gelijkaardig proces. Ook heeft het FAGG een proefproces uitgevoerd in augustus en september 2021, waarbij een sponsor een gecombineerde studie kon indienen volgens een geharmoniseerd proces.

Naar aanleiding van de positieve feedback van de belanghebbenden, gaf u aan dat u de proefprocedure wilt behouden en een vereenvoudigde procedure wilt opstellen voor gecombineerde klinische CTR-MDR/IVDR-studies. In november zouden de conclusies aan de lidstaten worden voorgelegd en met hen worden gedeeld.

Werd het betrokken rapport ondertussen voorgesteld? Welke voorlopige feedback werd er ontvangen? Is het rapport beschikbaar en kan ik dat ontvangen?

32.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, in november heeft het FAGG de conclusies inderdaad voorgelegd aan de betrokken coördinatieorganen op Europees niveau, met name de Coördinatiegroep Klinische Proeven en de werkgroep klinisch onderzoek en evaluatie (CIE).

Volgend op de presentatie werden op Europees niveau besprekingen opgestart met het oog op de eventuele oprichting van een gezamenlijke werkgroep van de CTEG en de CIE. De *one-stop approach* is een positief en sterk punt voor België, waarbij een studie met medische hulpmiddelen en/of in-vitrodiagnostiek of geneesmiddel door de opdrachtgever kan worden opgestuurd naar en vervolgens behandeld door eenzelfde

afdeling van het FAGG.

Dezelfde afdeling is het contactpunt voor de opdrachtgever van de studie, maar ook voor het ethisch comité, via het college dat deel uitmaakt van de FOD Volksgezondheid. Samengevat heeft het pilootproject een rationalisering van de middelen opgeleverd, evenals een vermindering van het risico van inconsistenties in de vragen die bij de beoordeling van het dossier aan de opdrachtgever worden gesteld. Het FAGG bouwde een eerste goede ervaring op in 2021.

Vanuit wetenschappelijk oogpunt is één enkele toelating voor een studieprotocol zeer logisch. Het is ook een efficiëntere manier voor de opdrachtgever van een studie om de aanvraag voor een klinische studie te beheren, met een betere voorspelbaarheid bij de start van de studie. Die toelating moet echter gelezen worden via verschillende verordeningen of wetten, afhankelijk van het soort product dat wordt bestudeerd: medisch hulpmiddel, medisch hulpmiddel voor in-vitrodiagnostiek en/of geneesmiddel.

Er liggen om die reden verschillende uitdagingen voor ons, zoals de harmonisatie van de termijnen, de wijze waarop de indiening wordt gedefinieerd, het delen van de beoordeling in het kader van een multinationale indiening die door een lidstaat wordt gecoördineerd.

Parallel met de eventuele Europese bespreking zal het FAGG ook op nationaal niveau werken aan een analyse voor de implementatie van dit type van reguleringsproces, rekening houdend met de verschillen en convergenties tussen de verschillende regelgevingen.

32.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. De zaak wordt blijkbaar nog vervolgd.

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

De **voorzitter**: De zaak wordt nog vervolgd. Dat geldt ook voor onze lijst van vragen. We sluiten daarmee de vergadering.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.56 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 56.*