

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 12 NOVEMBER 2024

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 12 NOVEMBRE 2024

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.08 uur en voorgezeten door de heer Patrick Prévot.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 08 et présidée par M. Patrick Prévot.

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

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

[01] Actualiteitsdebat over het RIZIV-budget en toegevoegde vragen van

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De begroting voor de ziekteverzekering 2025" (56000599C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besparingen van het Verzekeringscomité van het RIZIV en de teleconsultaties" (56000614C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De deconventionering van zorgverleners" (56000630C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Teleconsultaties" (56000636C)
- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Teleconsulten" (56000645C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-begroting" (56000672C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-begroting" (56000673C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De actie van het zorgpersoneel" (56000674C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Teleconsultaties" (56000696C)
- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gezondheidszorgbegroting 2025" (56000805C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitblijven van een gezondheidszorgbegroting 2025" (56000806C)

[01] Débat d'actualité sur le budget INAMI et questions jointes de

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget de l'assurance-maladie 2025" (56000599C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les économies du Comité de l'assurance de l'INAMI et les téléconsultations" (56000614C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le déconventionnement de prestataires de soins" (56000630C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les téléconsultations" (56000636C)
- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les téléconsultations" (56000645C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget de l'INAMI" (56000672C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget de l'INAMI" (56000673C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'action du personnel soignant" (56000674C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les consultations médicales à distance" (56000696C)
- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget des soins de santé 2025" (56000805C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'absence d'un budget de soins de santé 2025" (56000806C)

[01.01] Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, op 21 oktober diende het budget voor de ziekteverzekering goedgekeurd te worden door de Algemene Raad van het RIZIV. Nadat er in het Verzekeringscomité tot een compromis werd gekomen inzake de 217 miljoen euro aan besparingen, drong men erop aan om deze onderhandelde besparing ook in de algemene vergadering goed te keuren. We weten allemaal dat dat niet gebeurd is.

Er was nochtans een meerderheid van 14 stemmen voor, 1 tegenstem en 6 onthoudingen voor het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité. Dat volstond echter niet omdat er geen unanimité werd bereikt op de bank van de regering; en dat is de tweede voorwaarde om een begroting in de Algemene Raad te kunnen goedkeuren. Open Vld stemde tegen, MR onthield zich.

Er wordt hier dus een vuil politiek spel gespeeld ten koste van de patiënten en de zorgverstrekkers.

Wanneer komt de regering in lopende zaken met een eigen voorstel? Wat is het gevolg van deze verwerping voor onze patiënten en zorgverstrekkers? Hoe zult u garanderen dat de groeinorm en de gezondheidsindex behouden blijven? Hoe zult u een massale deconventionering van onze zorgverstrekkers voorkomen na dit debacle?

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in datzelfde kader heeft de medische vakbond zijn bezorgdheid geuit over de geplande opschorting van de teleconsultaties per 1 januari 2025. De bedoeling daarvan is om 68 miljoen euro te besparen. De vakbond wijst erop dat het budget voor huisartsenzorg momenteel neutraal is. Het is zelfs lager dan wat nodig is in het licht van de indexering en vergrijzingstrends. Ook benadrukt de vakbond het belang van correcte vergoedingen voor medisch verantwoorde prestaties, zoals telefonische consultaties, die voldoen aan een duidelijke medische behoefte. Teleconsultaties worden ook beschouwd als een essentieel hulpmiddel om de toegankelijkheid van zorg te vergroten. Vooral voor chronisch zieke patiënten is dit belangrijk, maar uiteraard ook in gebieden waar er een tekort is aan huisartsen. Het is intussen een ingeburgerde werkwijze. Dat hoor ik ook in mijn officina.

Hoe wordt het huidige budget voor huisartsenzorg bepaald? Welke criteria worden gebruikt om te evalueren of het voldoende is om aan de behoeften van de bevolking te voldoen?

Wat zijn de verwachte gevolgen van de opschorting voor chronisch zieke patiënten en voor patiënten in gebieden met een tekort aan huisartsen? Ik merk zelf dagelijks dat patiënten via teleconsultatie hun medicatie vragen aan hun huisarts. Zal dat nog kunnen of hoe ziet u dat?

Het terugschroeven van de teleconsultaties is niet eenvoudig voor de patiënt, maar ook niet voor de huisarts zelf. Hoe zult u dat veranderen of herbekijken?

Ik vind die overschrijding ter waarde van 19,8 miljoen bij de medische huizen ook heel belangrijk. Hoe komt het dat die niet werden meegenomen in de efficiëntie- en kostenroefening? We hebben al besproken dat het comité van het RIZIV uiteindelijk geen overeenstemming heeft bereikt. Hoe moet het nu verder?

01.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, op 21 oktober 2024 moest de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV zijn begroting goedkeuren. Dat was een heel belangrijk moment om zekerheid te bieden aan de patiënten en de zorgverleners, om maatregelen te nemen tegen de overschrijdingen, die vooral zijn veroorzaakt door de farmaceutische industrie en de hoge artsenlonen, alsook om de groeinorm vast te stellen.

De liberalen hebben die goedkeuring evenwel geblokkeerd via een tegenstem van Open Vld en een onthouding van de MR. We hebben daarover gedebatteerd met ontslagnemend premier De Croo in de plenaire vergadering. Daarbij viel op dat hij het regeerakkoord in twijfel trekt, waarin de groeinorm op 2,5 % werd vastgesteld. Door de energiecrisis is die groeinorm in 2024 evenwel uitzonderlijk verlaagd naar 2 %. We hebben daarop toen kritiek geuit, want dat is een besparing in de zorgsector.

Er was wel een akkoord om in 2025 de groeinorm opnieuw naar 2,5 % te laten stijgen. In de plenaire vergadering bleek evenwel dat Open Vld daarmee niet meer akkoord ging. Bovendien heeft de ontslagnemende eerste minister De Croo in die plenaire vergadering ook verklaard dat er geen haast is. Hij heeft verwezen naar vorige regeringen die ook pas in november het akkoord hebben goedgekeurd. Het is nu evenwel helemaal niet duidelijk wanneer de regering gevormd zal worden en we kunnen niet blijven wachten. De zorgsector is op straat gekomen met de boodschap 'wachten kan niet meer'.

Wat vindt u van de stelling van Open Vld dat de groeinorm op 2 % zou moeten blijven, nadat de vivaldiregering die heeft verlaagd?

Bent u het ermee eens dat er geen haast is om tot een akkoord te komen?

Wat is er precies gebeurd sinds 21 oktober? Zijn er daarover al discussies geweest? Welke vooruitgang is er geboekt? Zal de regering in lopende zaken dit probleem kunnen oplossen of moeten we wachten tot er een nieuwe regering gevormd is?

De zorgsector is op straat gekomen met de boodschap 'wachten kan niet meer'. Ik heb op die betoging met veel zorgverleners gepraat die het niet meer zien zitten. De opkomst was groot. Er waren 30.000 betogers, meer dus dan bij de vorige betogingen. Zorgverleners komen al niet gemakkelijk op straat, want dan moeten collega's voor hen inspringen en laten zij zelf patiënten in de steek. Sommigen zitten in een landingsbaan, maar hebben nog steeds hetzelfde takenpakket. Zij moeten dan in hun vrije tijd gewoon doorwerken. Zo zijn er zorgverleners in de bijzondere jeugdhulp die zonder budget vallen en zelf soepacties op touw moeten zetten om geld in te zamelen om met de kinderen op vakantie te gaan. Veel mensen klagen daarnaast over de grote administratieve last. Ze moeten van hier naar daar lopen en kunnen niet meer zorgen voor de patiënten.

De zorgverleners vragen meer loon, betere arbeidsvoorwaarden en een betere work-lifebalance. In de plenaire vergadering hebben we hierover al een debat gevoerd. Toen werd vooral onderstreept wat de regering al heeft gedaan, maar dat is duidelijk onvoldoende. De personeelsleden komen immers op straat omdat de regering echt onvoldoende voor hen gedaan heeft.

In de onderhandelingen is er nu sprake van de afschaffing van de nachtpremie tussen 20 en 24 uur, de afschaffing van de eindeloopbaanregeling, de pensioenmalus waarbij men bij vertrek voor 67 jaar minder pensioen krijgt en de noodzaak van 35 effectief gewerkte jaren. Al die maatregelen verontrusten het personeel enorm, want in de zorgsector is het niet haalbaar om tot 67 jaar door te werken. Hierover moet duidelijkheid worden verschaft.

Ik herhaal mijn vraag: wat u zult doen om de loon- en arbeidsvoorwaarden te verbeteren en de werkdruk te verminderen?

Ik wil nog een laatste thema bespreken. Het niet goedkeuren van het budget heeft rechtstreekse gevolgen voor de vroedvrouwen, die een discussie hebben gevoerd over deconventionering. We maken ons ook omtrent andere beroepsgroepen zorgen. Zo heeft de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten de vraag opgeworpen waarom artsen nog een conventie zouden aanvaarden, als een regering achteraf alle budgettaire afspraken op de helling zet. De tandartsen hebben in dezelfde trant gereageerd. De situatie is zeer zorgwekkend. Indien veel zorgverleners deconventioneren, verliezen de patiënten immers hun tariefzekerheid. De zorg zal bovendien minder toegankelijk worden.

Zijn er naast de vroedvrouwen andere beroepsgroepen die aan de alarmbel hebben getrokken en hebben aangegeven dat er risico op deconventionering bestaat? Wat is de huidige conventiegraad van de verschillende beroepsgroepen? Wat zult u doen om een eventuele deconventioneringsgolf tegen te houden?

01.04 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous avez été interpellé par un syndicat de médecins concernant la décision de suspendre le remboursement des téléconsultations à partir du 1^{er} janvier 2025. Cela représente une économie de 68 millions d'euros.

Ils estiment que le budget de la médecine générale (consultations, visites et téléconsultations) est neutre et même inférieur à l'index. Ils insistent sur le fait que les prestations fournies qui sont justifiées d'un point de vue médical doivent être remboursées de manière équitable.

Les téléconsultations sont particulièrement utiles pour les personnes souffrant de maladie chronique suivies par leur médecin depuis parfois de nombreuses années, pour éviter des déplacements difficiles et régler des situations rapidement, ainsi que dans les zones en pénurie de médecins généralistes pour répondre aux enjeux d'accessibilité pour les patients.

Cette mesure envisagée dans le budget des soins de santé 2025 a également un impact différent selon que le médecin preste à l'acte – et alors est soumis à la mesure d'économie – ou qu'il travaille dans le cadre du *new deal* ou de pratiques forfaitaires – et alors n'est pas concerné par la mesure, car les téléconsultations sont intégrées dans le forfait.

Les associations de patients s'inquiètent également de l'impact de cette décision sur les patients, particulièrement les plus vulnérables.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer sur l'analyse réalisée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) quant à la forte augmentation des téléconsultations? Quelle est votre position

par rapport au raisonnement tenu par le syndicat de médecins quant à cette augmentation?

Les conséquences de la suppression du remboursement des consultations ont-elles été envisagées, notamment en termes d'accessibilité des soins et particulièrement pour les patients chroniques ou résidant dans des zones en pénurie?

Étant donné les atouts de la téléconsultation, n'est-il pas préférable de réfléchir à la façon d'optimiser l'organisation et le financement des téléconsultations plutôt que de supprimer le remboursement de celles-ci?

Concernant le budget des soins de santé 2025, à la suite de la non-approbation du budget par le Conseil général de l'INAMI le mois passé, le gouvernement a désormais la main. Or le 24 octobre dernier, le premier ministre indiquait que, selon lui, c'était au futur prochain gouvernement d'adopter ce budget, et non à son gouvernement en affaires courantes.

Monsieur le ministre, des discussions ont-elles été menées au sein du gouvernement en affaires courantes au sujet de ce budget des soins de santé 2025 ces derniers jours? Si oui, quel en est l'agenda? Quelles sont les modifications envisagées par rapport à la proposition de budget adoptée par le Comité de l'assurance soins de santé (Comité de l'assurance)? Quand espérez-vous pouvoir adopter ce budget au sein du gouvernement? Sinon, comptez-vous mettre le budget santé 2025 à l'ordre du jour du gouvernement? Dans quel délai? Quelle est, selon vous, la date limite pour l'adoption de ce budget au sein du gouvernement?

01.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): *Voor het eerst in 13 jaar is de regering er op 21 oktober niet in geslaagd om een akkoord te bereiken over het Riziv-budget. Er lag al een akkoord van het Verzekeringscomité op tafel, maar de liberalen gebruikten hun veto. Open VLD stemde tegen, MR onthield zich.*

Dit zet de groeinorm en de geplande indexering van de tarieven voor alle zorgberoepen op de helling. Ook extra middelen voor bepaalde beroepsgroepen, waar al heel lang om gevraagd wordt, middelen die essentieel zijn voor de levensvatbaarheid voor ons zorgsysteem, dreigen er niet te komen.

Ontslagnemend premier Alexander De Croo schoof de verantwoordelijkheid van zich af en stelde tijdens de plenaire vergadering van 24 oktober 2024 dat de kwestie van de Riziv-begroting niet thuishoort in lopende zaken, maar wel in de Arizona-coalitie die momenteel gevormd wordt.

Onze vragen zijn de volgende:

Volgens De Croo is er geen haast om tot een akkoord te komen over de Riziv-begroting. Bent u het met hem eens?

Zal de regering in lopende zaken het zorgpersoneel laten wachten op perspectief en een begroting tot de Arizona-regering gevormd is?

Welke maatregelen gaat u treffen om zo snel mogelijk tot een akkoord te komen?

Wat gebeurt er als de federale regeringsonderhandelingen aanslepen, zoals ook eerder al is gebeurd?

De **voorzitter**: Mevrouw De Knop is niet aanwezig.

01.06 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, le 24 octobre dernier, je vous interrogeais en séance plénière au sujet de l'absence de budget des soins de santé pour 2025.

Nous sommes le 12 novembre et nous ne voyons toujours rien à l'horizon. Le premier ministre refuse de prendre ses responsabilités, alors qu'une proposition raisonnable, respectant la trajectoire imposée, a été approuvée par les mutualités et les prestataires de soins, à l'exception des sages-femmes.

Il s'agit d'un montant de 216 millions d'euros d'économies. Sans aucune nouvelle avancée pour 2025, il va sans dire que c'était un travail compliqué. Et pourtant, la concertation a permis de dégager un accord sans toucher aux patients et en garantissant la viabilité de notre système de soins.

Ce blocage est, pour nous, inacceptable et pourrait avoir des conséquences dramatiques sur les patients, qui pourraient voir le prix de leur soins augmenter, sur les prestataires qui ne verraient pas leurs rémunérations indexées et aussi sur les hôpitaux dont les difficultés financières sont une réalité.

Le Cartel, regroupant les organisations GBO, ASGB et MoDeS, a d'ailleurs dénoncé ce 4 novembre l'accord médico-mutualiste conclu l'an dernier pour 2024-2025 en raison de cette impossibilité à garantir un budget en 2025.

Monsieur le ministre, les discussions avec le Cartel sont-elles toujours en cours? D'autres organisations menacent-elles de dénoncer les accords conclus?

Des solutions peuvent-elles être avancées pour empêcher un déconventionnement massif des médecins, mais également d'autres prestataires de soins, et donc pour éviter une augmentation des coûts des consultations et des soins pour les patients?

Qu'en est-il aujourd'hui des discussions au sein du gouvernement en affaires courantes? Le premier ministre s'oppose-t-il toujours à toute avancée dans le cadre de l'adoption du budget 2025?

Quelles seront les conséquences concrètes pour les prestataires de soins, pour les hôpitaux et pour les patients si le budget n'est pas adopté avant la fin de l'année?

Le **président**: Quelqu'un d'autre demande-t-il la parole dans le cadre de ce débat d'actualité? (*Non*)

01.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Eggermont, u wees terecht op de belangrijke betoging van het zorgpersoneel in Brussel. Ik zal niet alles herhalen wat ik in de plenaire vergadering heb gezegd, maar dat was inderdaad een belangrijk signaal, niet alleen voor de onmiddellijke toekomst, maar ook voor de komende jaren en het beleid dat door een volgende regering moet worden gevoerd. Een volgende regering zal opnieuw in het zorgpersoneel moeten investeren, zelfs al zijn de budgettaire marges uiterst krap. Men zal toch zijn best moeten doen om dat geld ergens te vinden. Ik denk dat dat nodig is.

Ik zou echter een onderscheid willen maken tussen die heel belangrijke vraag, dat signaal voor de komende jaren dat uitging van de betoging enerzijds, en de hele korte termijn anderzijds, met de ongerustheid die er hier en nu is, omdat er misschien geen begroting zal zijn voor de ziekteverzekering. Een begroting opstellen voor het jaar 2025 – dit is meteen een antwoord op vragen van mevrouw Snelpe, mevrouw Désir en anderen – is inderdaad de garantie dat alle zorgverstrekkers de indexering zullen krijgen, dat wij werken binnen het huidige wettelijke kader, met een reële groei van 2,5 %, en dat conventies die gesloten zijn ook kunnen worden uitgevoerd, met andere woorden dat patiënten zeker kunnen zijn van de officiële tarieven en van het feit dat die ook op grote schaal worden toegepast. Alles pleit dus voor een begroting. Een begroting betekent een indexering, 2,5 % groei, gerespecteerde conventies en tariefzekerheid.

Er werd gevraagd wanneer die begroting er zou moeten zijn. Het antwoord daarop is voor mij eenvoudig: zo snel mogelijk, want de mensen zijn ongerust. Zorgverleners zijn ongerust over het uitblijven van een begroting en men moet die ongerustheid zo snel mogelijk wegnemen. Dat is ook mijn inzet. Verschillende sprekers hebben gevraagd of er daarover de voorbije dagen in de regering politiek overleg is geweest. Dat is er nog niet geweest. Ik wens dat echter wel en ik wens dat dat zo snel mogelijk als belangrijk besispunt wordt geagendeerd in de regering, want dat is de formele procedure, zoals u al aangaf, mevrouw Snelpe. De Algemene Raad heeft op 21 oktober niet kunnen beslissen en het is dus aan de ministerraad. Gezien de ongerustheid die er nu is, moet dat zo snel mogelijk gebeuren.

Er werd verwezen naar specifieke bezorgdheden van groepen zorgverstrekkers, zoals de vroedvrouwen. Ik zal het antwoord dat ik eerder gaf niet herhalen. Ik begrijp die zorg zeer goed. Die zorg echt aanpakken, vraagt eigenlijk nieuwe initiatieven, waarvoor men een regering met volheid van bevoegdheden nodig heeft. Dat is vandaag dus niet gemakkelijk. Ik begrijp de bezorgdheid echter zeer goed. Verder verwijs ik naar het antwoord dat ik eerder gaf.

Er werd ook verwezen naar de aankondiging van de organisatie het Kartel, dat de conventie wenst op te zeggen. Ik heb die aankondiging gelezen, maar het daarover nog geen gesprek gehad met het Kartel. Ik begrijp de bezorgdheid en boosheid zeer goed. Ze kunnen ook op mij rekenen om dat op te lossen. Als dat in mijn macht ligt, zal ik daar alles aan doen. Op dit moment de conventie opzeggen, vind ik voortijdig, want er ligt geen maatregel of beslissing voor op basis waarvan men zou kunnen stellen dat men vandaag de conventie opzegt. Er is echter wel een begroting nodig, en die is hard nodig. Die

boosheid begrijp ik zeer goed.

Er werd een vraag gesteld over specifieke onderdelen van het voorstel dat in het Verzekeringscomité werd goedgekeurd voorafgaand aan de Algemene Raad van 21 oktober. Mevrouw Depoorter, u stelde een technische maar interessante vraag daaromtrent, namelijk als het RIZIV een overleg in het Verzekeringscomité voedt met zogenaamde technische ramingen, hoe die ramingen dan worden gemaakt en wat dat betekent, met name voor de huisartsen.

Het budget van de huisartsenzorg is een onderdeel van het budget van de artsenhonoraria. In de jaarlijkse berekeningen in het kader van dat budget wordt rekening gehouden met de evolutie van de consumptie van zorg door rechthebbenden in de ziekteverzekering van de voorbije vijf jaar. Die evolutie van de voorbije vijf jaar is voor 2024-2025 gecorrigeerd om de effecten van de covidpandemie in 2020 en 2021 te neutraliseren. Men houdt bij die technische ramingen ook rekening met de groei van de bevolking. Men doet dat op basis van voorspellingen van het Planbureau. Men houdt ook rekening met enerzijds de consultaties aangerekend aan patiënten die recht hebben op de zogenaamde voorkeurregeling of verhoogde tegemoetkoming en anderzijds aan patiënten die daar geen recht op hebben.

Tevens wordt de dekkingsgraad van het globaal medisch dossier mee in rekening genomen, evenals de evolutie van het aantal contacten per patiënt. In de technische ramingen houdt men ook rekening met besliste maatregelen. Nu gaat het bijvoorbeeld over de extra betaling, goedgekeurd in 2024, waarbij het gmd voor een chronisch zieke patiënt beter vergoed wordt. De doelgroep waarvoor dat geldt, is verruimd. Nog een element waarmee rekening wordt gehouden, is de aanpassing van het remgeld voor jongeren tot en met 24 jaar die de voorkeurregeling genieten en een gmd hebben. Men maakt, rekening houdend met al die gegevens, een relatief gedetailleerde prognose. Dat is een technische oefening die een technische raming wordt. Op basis van die technische ramingen heeft het Verzekeringscomité een voorstel geformuleerd.

De hervorming van de teleconsultaties, meer bepaald een hervorming van het systeem ervan, is een onderdeel van dat voorstel. Ik wil wel even benadrukken dat dit als zodanig volledig aanvaard is, ook door alle artsenorganisaties. Om goed te weten wat er precies aanvaard is, lees ik dat even voor, als u het mij toestaat. Het gaat om een stuk uit het voorstel van het Verzekeringscomité, ook aanvaard door onder meer het Kartel en BVAS.

"De uitgaven voor de telefonische consultaties van de huisartsen en in mindere mate artsen-specialisten nemen spectaculair toe. Hoewel dit aantoont dat artsen veel tijd besteden aan telefonische interacties, worden deze verstrekkingen niet optimaal ingezet. Er bestaan geen richtlijnen voor. Niet alle teleconsultaties hebben een even grote meerwaarde. Bijgevolg is het noodzakelijk om de vergoeding voor teleconsultaties te herzien en dit met duidelijker richtlijnen. De huidige werkwijze wordt geschrapt en een nieuwe werkwijze wordt vanaf 1 januari 2026 ingevoerd, met een overgangsperiode van 1 januari 2025 tot 31 december 2025. De medicomut zal deze hervorming van de teleconsultaties vanaf 1 januari 2026 bewerkstelligen.

Ze zal ook de overgangsperiode in 2025 realiseren, zowel inhoudelijk als budgettair. De videoconsultaties blijven wel bestaan, wetend dat daarvoor duidelijke richtlijnen bestaan."

Dit is ook aanvaard door de artsenorganisaties. Wat zegt dit? Dit wijst ten eerste op een probleem waarop ik dadelijk terugkom. Ten tweede gaat dit enkel en alleen over de telefonische consultaties, niet over de videoconsultaties. Dit zegt eigenlijk dat dit systeem hervormd moet worden. Men spreekt over een overgang die kan worden aangevat op 1 januari 2025. Die overgangsperiode moet natuurlijk kunnen binnen het bestaande budget. Als men toch een vergoeding wil geven voor teleconsultaties, dan moet men voor 2025 naar een compensatie zoeken binnen het bestaande budget. In 2026 moet een volledig hervormd systeem op kruissnelheid zijn. Dat is wat men zegt. Het louter besparen op teleconsultaties is eigenlijk niet de beslissing. De beslissing is een hervorming met een transitieperiode in het jaar 2025 binnen het budget dat voorligt, waarbij men middelen zal moeten zoeken binnen dat budget.

Ik wil graag dat er zo snel mogelijk een begroting voor 2025 op punt wordt gesteld door de federale regering. Een van de redenen waarom ik dat graag zo snel mogelijk wil, is net omdat ik heel graag snel een kader wil hebben waarin een hervormd systeem kan worden uitgewerkt. Ik wil mij engageren ten

aanzien van de artsenorganisaties, de huisartsen in het bijzonder, om snel werk te maken van zo'n hervorming, waardoor het niet louter een schrapping is, maar wel de inplaatsstelling van iets anders, met een overgangperiode in 2025 en een nieuw systeem dat in 2026 op kruissnelheid moet zijn.

Ik verwelkom dus de zoektocht naar een alternatieve manier om teleconsultaties te financieren. Dat is een van de redenen waarom ik graag zou hebben dat de begroting zo snel mogelijk op punt wordt gesteld. Dan kan er meteen worden gestart met de zoektocht naar een alternatief voor de financiering van de teleconsultaties, kunnen er meteen gesprekken en voorstellen komen en kunnen we oplossingen zoeken. Persoonlijk denk ik ook dat het definitief schrappen van elke vergoeding voor teleconsultaties niet is wat we op termijn moeten beslissen. We moeten een ander systeem van vergoedingen hebben.

Dit is gebaseerd op het overleg. De tekst die ik heb voorgelezen, is wel goedgekeurd, ook door de artsenorganisaties. Ik wil hen helpen om deze hervorming ook te realiseren.

U vroeg waarom de medische huizen niet worden opgenomen. De redenering die het Verzekeringscomité heeft gevolgd, is de volgende: het budget voor de medische huizen staat in rechtstreeks verband met het aantal patiënten dat in het forfaitaire systeem wordt behandeld. Dat zijn patiënten die elders geen prestaties genereren voor zorg, want de zorg wordt in de medische huizen via dat forfait volledig terugbetaald. In dat forfait zitten al teleconsultaties. Die worden er niet bovenop betaald voor de medische huizen. Er is dus ook geen overschrijding mogelijk, want er is geen prestatiesysteem per teleconsultatie. Dat zit al in het budget. Het budget van de medische huizen groeit, omdat het aantal mensen dat in het forfait stapt groeit.

Betekent dit dat er geen reflectie nodig is over het eventuele verkeerde gebruik of eventuele problemen met een correcte toepassing van het forfait? Uiteraard niet. In de beslissingen die voorliggen, zit ook de beslissing om een elektronische identiteitskaart verplicht te laten inlezen bij de inschrijving van een patiënt in een medisch huis, waardoor men dubbel gebruik onmogelijk maakt. Ze zijn het daar ook mee eens.

Er is dus ongetwijfeld wel iets te zeggen over het zo zuinig mogelijk gebruik en strenge controles op de forfaits en de toepassing ervan in de medische huizen. De sleutel daarvoor is dat een patiënt die zich inschrijft meteen ook zijn elektronische identiteitskaart moet laten inlezen, waardoor men de volledige identificatie van die patiënt heeft en men kan vermijden dat er ergens nog dubbel gebruik zou zijn. Daarmee zijn de medische huizen het ook eens. Er kan geen overschrijding zijn van betalingen voor teleconsultaties in medische huizen, want er is een forfaitair systeem.

Ik zal het debat over de analyse van dokter Herry hier niet aangaan. De basisvaststelling gedaan door de administratie van het RIZIV is dat het aantal fysieke patiëntencontacten blijft stijgen. Dat was niet de verwachting toen men de teleconsultaties en de financiering ervan na covid heeft bestendigd. De verwachting was dat die deels in de plaats zouden komen van de klassieke consultaties. De stelselmatige vermindering van de huisbezoeken is een trend die zich inderdaad doorzet. Los daarvan was de idee dat als we teleconsultaties structureel zouden financieren, we wel het effect van minder fysieke consultaties zouden zien. Dat effect zien we echter niet. Het aantal teleconsultaties blijft sterk stijgen, naast de verdere stijging van het aantal fysieke patiëntencontacten. Dat in combinatie met een beperkte groep van *outliers* met zeer hoge aantallen teleconsultaties waarvoor een vergoeding wordt gevraagd, is wat de administratie van het RIZIV op tafel heeft gelegd. In het voorgelegde tekstje van het Verzekeringscomité wordt daar ook naar verwezen.

De essentie is dat teleconsultaties een goede zaak zijn. Ze moeten structureel in het vergoedingssysteem van de huisarts worden opgenomen. Dat systeem moet echter hervormd worden. Hoe sneller de begroting voor 2025 wordt afgerond door de federale regering, hoe sneller de discussie over de hervorming van de financiering van de teleconsultaties op gang kan komen in de medicomut. Ik wil daar echt toe bijdragen.

Kort samengevat, er is inderdaad veel ongerustheid. Die ongerustheid is zeer begrijpelijk. Ik zal alles doen wat in mijn macht ligt om zo snel mogelijk een begroting voor 2025 uit te laten werken door de federale regering.

De **voorzitter**: Dat was een lang antwoord, maar het betreft een belangrijk onderwerp.

01.08 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, de feiten zijn onverdedigbaar. De zwarte piet wordt van de ene naar de andere partij doorgeschoven. De regering in lopende zaken is evenwel ten volle bevoegd. U wilt het item op de agenda van de komende ministerraad zetten, maar waarom is dat nog niet gebeurd? Ondertussen zijn we al enkele weken verder en is de begroting voor de ziekteverzekering dus niet goedgekeurd. De zorgverstrekkers zitten met de handen in het haar. Er dreigt een massale deconventionering van de zorgverstrekkers, onder andere vroedvrouwen en tandartsen. De patiënten zullen daar de dupe van zijn.

U hebt heel wat uitleg verschaft, maar ik vraag u om niet langer rond de pot te draaien en dit onmiddellijk op de agenda van de komende ministerraad te plaatsen en aan een oplossing te werken.

01.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, wat zal er nu concreet gebeuren? U verklaart dat u de teleconsultaties zult hervormen binnen het bestaande budget. Op de website van het Vlaams Artsensyndicaat staat te lezen dat er een tijdelijke opschorting van 68 miljoen euro voor teleconsultaties is. Zult u in dat bedrag voorzien of niet?

01.10 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, ik zal daar niet in voorzien.

01.11 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, er is dus een besparing van 68 miljoen euro voor teleconsultaties.

01.12 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, dat klopt niet. Die besparing van 68 miljoen euro is vooropgesteld. Als men dat bedrag of een deel ervan elders kan vinden in het budget van de artsenhonoraria, dan kan dat worden gebruikt voor een hervormd financieringssysteem voor teleconsultaties. Met andere woorden, die kwestie blijft open.

U zult het met me eens zijn dat we de begroting binnen de groeinorm van 2,5 % moeten houden. Daarover bestaat in het Verzekeringscomité een voorstel, waarbij een ruw kader van de besparingen is gegeven. Dat kader kan het best gerespecteerd worden. Dat bedrag van 68 miljoen euro wordt inderdaad gecorrigeerd, dus bespaard tegenover de technische raming in het budget van de artsenhonoraria. Als men elders mogelijkheden vindt om te corrigeren, dan kan dat bedrag al in een overgangperiode opnieuw worden geïnjecteerd. Dat zou de medicomut kunnen voorstellen. Ik zou dat verwelkomen, maar de medicomut moet eerst zekerheid hebben over het begrotingskader. Dat is de reden waarom ik vind dat de regering snel moet beslissen.

01.13 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik ben vooral bezorgd over de chronische patiënten die medicatie nodig hebben en die de gewoonte hebben om telefonisch contact op te nemen met hun arts om een voorschrift te krijgen. Dat is een techniek die wij sinds de coronacrisis heel vaak meemaken en waar wij als apothekers ook op terugvallen, omdat wij dan weten dat er contact is geweest met de arts. Vroeger zagen wij echter vaker patiënten die al vroegen naar medicatie voordat zij bij hun arts waren geweest. In dat geval heeft men geen back-up, geen communicatie met de huisarts, die toch de dossierhouder is van de voorschriften. Ik vind dat dus echt verontrustend.

Bij uw antwoord over de medische huizen haalt u de zaken toch enigszins door elkaar. Dat ging niet over de teleconsultaties. Uiteraard gaat het over meer patiënten, waardoor er meer middelen worden uitgegeven. Dat is echter net wat de huisartsen ook zeggen: het huisartsenbudget is ook niet overschreden, want het hangt af van de indexering. Er komt 19 % bij, waarvan 17 % indexeringskosten. Wij moeten er dus binnen het budget naar streven dat iedereen zijn steentje bijdraagt, ook de medische huizen, maar vooral dat patiënten de voorschriften voor hun chronische medicatie hebben. Daar knelt immers het schoentje: er zullen zich opnieuw toestanden van voor corona voordoen, waarbij de arts niet weet welk medicijn nog moet worden meegegeven en waarbij de apotheker een risico neemt en eigenlijk illegaal aan het werken is. Dat is toch een bezorgdheid die ik u absoluut wil meegeven voor de verdere besprekingen.

01.14 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik ben een beetje teleurgesteld. Die vergadering van de Algemene Raad van het RIZIV was ondertussen al drie weken geleden, dat is 528 uur. Wij hebben daarover gesproken in plenum. Er zijn daarover vragen gesteld in de commissie. U zei toen dat u het ter harte nam en ervoor ging ijveren dat het besproken zou worden in de ministerraad. Nu, drie weken later, vragen wij wat er al werd besproken, wat de stand van zaken is, en

eigenlijk is het antwoord dat het nog niet werd besproken.

Wat moet het zorgpersoneel doen om de sense of urgency binnen te brengen in de regering? Wij hebben daarover vragen gesteld. Wij zijn met 32.000 op straat gekomen. Ik hoop dat u dit nu echt ter harte zult nemen en de daad bij het woord zult voegen. Ik hoop dat als ik de volgende keer vraag naar een stand van zaken in de ministerraad, het antwoord niet zal zijn dat er nog niets gebeurd is.

01.15 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je suis à moitié déçu ou à moitié satisfait. Je me rends compte que vous comprenez l'importance des téléconsultations, que ce soit en médecine spécialisée ou en médecine générale. Je me réjouis d'entendre que celles-ci ne seront pas supprimées. Je comprends que l'on va mettre sur pied un système alternatif pour mieux évaluer ce qui sera décidé en 2026.

Mais tout revient encore sur le budget. Nous sommes tous d'accord que celui-ci devrait être voté le plus rapidement possible. Je vous ai demandé quelle était la date limite que vous pouviez proposer. Il serait intéressant que le gouvernement puisse rassurer les prestataires de soins, les syndicats et les patients en annonçant rapidement que, s'il n'y a pas de gouvernement formé avant telle date, il s'engage à voter un budget des soins de santé 2025. Cela permettrait sans doute de calmer un peu les esprits. En effet, il ne se passe pas une semaine sans que vous ne soyez harcelé sur cette question.

Je reste sur ma faim concernant les sages-femmes. À ce sujet, on se trouve dans un flou artistique car je ne vois aucune solution se dessiner à l'horizon. Je rejoins mes collègues: elles risquent de se déconventionner rapidement si le gouvernement ne les rassure pas. Ce gouvernement en affaires courantes a les moyens de les rassurer car nous nous trouvons, je pense, dans une urgence.

01.16 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Merci, monsieur le ministre, pour vos réponses.

Aujourd'hui, nous assistons à quelque chose de particulier. Le Parlement a décidé, avec le gouvernement, de fixer la norme de croissance à 2,5. Le gouvernement en affaires courantes doit normalement exécuter cette décision. Mais l'Open Vld fait tout pour bloquer et déjà imposer ses plans d'économie au gouvernement actuel. C'est quand même assez décevant, comme disait ma collègue, de voir qu'après trois semaines où le problème se pose, aujourd'hui encore, le gouvernement n'a apparemment pas encore accédé à cette demande. Si l'on comprend votre réponse, en fait, vous n'en avez pas parlé. Ou vous en avez parlé, mais vous n'êtes pas arrivés à un accord pour accorder un budget aux soins de santé. C'est une grosse inquiétude aujourd'hui. Finalement, on voit que la parole donnée, selon laquelle la norme de croissance allait être de 2,5 % en 2025, est mangée. S'il n'y a pas de changement, on aura menti aux gens.

01.17 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, j'entends à nouveau dans votre réponse que nous partageons les mêmes inquiétudes au sujet de l'absence de budget des soins de santé pour 2025 mais on voit aussi que le temps presse, que le risque d'un déconventionnement plus large est bien réel, tout comme d'ailleurs les conséquences concrètes pour les prestataires de soins, pour les hôpitaux et pour les patients si ce budget n'est pas adopté à court terme.

Comme certains de mes collègues l'ont dit, je ne suis pas du tout rassurée par le fait que le gouvernement en affaires courantes ne se soit toujours pas concerté sur ce point tellement important et urgent. J'espère réellement que vous pourrez peser de tout votre poids pour leur faire entendre raison, d'autant plus quand on lit la presse d'aujourd'hui et qu'on voit bien que les perspectives d'avoir rapidement un gouvernement fédéral de plein exercice s'éloignent chaque jour un peu plus.

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

02 **Samengevoegde vragen van**

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toename van het aantal spoedopnames" (56000600C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toename van het aantal spoedopnames" (56000632C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toename van het aantal spoedopnames tussen 2021 en 2023" (56000708C)

02 **Questions jointes de**

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation des admissions aux urgences" (56000600C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation du nombre d'admissions aux urgences" (56000632C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation des admissions aux urgences entre 2021 et 2023" (56000708C)

02.01 **Dominiek Snelpe** (VB): Mijnheer de minister, door het groeiende huisartsentekort hebben steeds meer patiënten geen vaste huisarts meer. Bij een acuut medisch probleem kunnen zij alleen op spoedgevallen terecht. In bepaalde medische specialismen zijn er ook lange wachtlijsten, maar door zich op spoedgevallen aan te melden, kan een patiënt die proberen te omzeilen.

Minder gegoede patiënten blijken vaker gebruik te maken van de spoeddienst. Nochtans zijn ze meestal goedkoper geholpen in de eerste lijn. Ook voor de ziekteverzekering is de eerste lijn voordeliger dan de spoed.

In de *Artsenkrant* van 22 oktober werd de vraag gesteld of het gebruik van de spoeddiensten voor niet-levensbedreigende situaties niet afgeremd moet worden door bijvoorbeeld een verplichte voorafgaande triage.

Mijnheer de minister, bent u voorstander van een dergelijke verplichte triage? Zo ja, hoe ziet u dat dan in de praktijk? Zo niet, waarom? Hoe lost u de onderliggende oorzaken op, namelijk het huisartsentekort en de wachtlijsten? Zijn er volgens u nog andere oorzaken van die stijgende trend?

02.02 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb twee artikelen bij die eigenlijk twee kanten van dezelfde medaille belichten. Een artikel van begin dit jaar meldt: "Jonge huisartsen op de barricade. Mensen dreigen weken te moeten wachten op een afspraak." In een artikel daarna staat: "Spoedverpleegkundigen trekken het niet meer. De druk is te hoog. Wanneer wordt er voor ons gezorgd?" Recent kwam het nieuws binnen dat de spoeddiensten overstelpt worden.

We hebben een groot tekort aan huisartsen in België. In West-Vlaanderen, waar ik woon, is het tekort echt nijpend. Aan de kust is er veel vergrijzing en daar is het huisartsentekort groot. Meer dan de helft van de dorpen in West-Vlaanderen heeft te weinig huisartsen. Patiënten moeten daardoor soms wekenlang wachten of worden tout court geconfronteerd met een patiëntenstop. Hetzelfde geldt voor tandartsbezoeken, want op de spoeddienst zie ik vaak patiënten die erg vaak naar een tandarts gebeld hebben, maar er niet terechtkunnen. Veelvuldig komen mensen ook op een wachtlijst voor een consultatie bij een specialist. Ook voor opname in de psychiatrie is er een wachtlijst. In een crisis kunnen de mensen nergens meer terecht. Om die reden wenden ze zich tot de spoedgevallendienst. Ik begrijp dat, want de mensen zijn bang, maar moeten wel ergens terechtkunnen.

Ik merk dat financiële redenen soms ook een argument zijn om naar de spoeddienst te komen. Wie in het weekend een dokter aan huis laat komen, moet namelijk vaak cash in huis hebben. Voor een doktersbezoek op een weekenddag moet een patiënt 70 tot 80 euro betalen, maar veel mensen hebben dat niet voorhanden. Die patiënten komen dan ook op de spoedgevallendienst terecht. Het uiteindelijke resultaat is dat de spoedgevallendiensten overspoeld worden in ons land.

Het spoedpersoneel moet dan van hot naar her hollen. Sommigen vallen uit, anderen moeten invallen voor hun zieke collega's en hebben geen tijd voor hun patiënten.

Heel vaak moeten ze dan tegen iedere patiënt al bij het binnenkomen zeggen: sorry dat het zo lang geduurd heeft; het spijt mij, ik heb geen tijd. Dan zijn ze ook nog eens een hele tijd bezig met administratie.

Er is een enorme noodkreet vanuit de sector. Mijn vraag is dan ook heel concreet wat u gaat doen om de eerstelijns geneeskunde te versterken en het huisartsentekort aan te pakken. Wat gaat u doen om de werkdruk op de spoedafdeling te doen afnemen, zodat de mensen daar hun job weer met hart en ziel kunnen uitoefenen?

02.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, wij hebben dit onderwerp al vaak aangeraakt.

Wij zien dat er tussen 2021 en 2023 een bijzonder sterke stijging was van het aantal spoedopnamen. Dat blijkt trouwens uit het rapport van het RIZIV over doelmatige zorg. Het RIZIV heeft daarin een analyse gemaakt van het gebruik van de spoeddiensten in het jaar 2023. De cijfers tonen voor Vlaanderen een gemiddelde groei van het gebruik van de spoeddiensten met 7,56 %, in heel België 8,13 %, en in mijn provincie, Limburg, maar liefst 10,74 %.

In vergelijking met de periode 2013-2021, toch een uitgestrekte periode, is die stijging wel heel opmerkelijk. In die periode was er in Limburg zelfs een daling met 1 % en nationaal was er een beperkte stijging met 0,15 %.

Volgens de *Artsenkrant* zijn er meerdere redenen voor de huidige hoge stijging. Zo wijst men op de wachtlijsten en de patiëntenstop bij vele huisartsen. Ook de vergrijzing stijgt natuurlijk. Bovendien is er in ons land veel onwetendheid bij de patiënt over de locatie waar hij of zij het best geholpen kan worden.

Ook financiële redenen zouden bijdragen tot het gebruik van de spoeddienst in plaats van de eerstelijnszorg, omdat er op de spoeddienst maar een beperkte som wordt gevraagd die pas achteraf gefactureerd wordt. Wij zien ook dat er in sommige regio's maar weinig geconventioneerde huisartsen meer overblijven. Dit maakt natuurlijk dat de druk op de spoeddiensten enorm blijft stijgen.

In 2023 werd er maar liefst 99 miljoen aan honoraria gefactureerd op de spoeddiensten. Wij weten echter dat het gebruik van de eerstelijnszorg ons als samenleving het minst kost en dat men intensieve zorg het best kan doen plaatsvinden als enkel intensieve patiënten in het ziekenhuis terechtkomen, niet eerder wie.

Het blijkt immers dat jaarlijks een op de vijf patiënten gebruikmaakt van die spoeddiensten. Dat is een redelijk hoog cijfer in vergelijking met onze buurlanden.

Volgt u de verklaringen voor voornoemde stijging? Komt dit voornamelijk door de deconventionering of komt dit ook doordat de spoeddiensten niet verbonden zijn met de huisartsenwachtposten? Wat zult u ondernemen om verdere stijgingen te voorkomen? Bent u hierover reeds in overleg gegaan met de ziekenhuizen en spoeddiensten?

Hebt u zicht op de voorlopige cijfers voor 2024? Is er sprake van een gelijkaardige stijging van het ondoelmatig gebruik van de spoeddiensten? Hoe staat u tegenover een structurele verankering en samenwerking tussen de huisartsenwachtposten en ziekenhuizen met een gedeelde triage met daarvoor gespecialiseerde verpleegkundigen?

02.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil een kanttekening bij de cijfers maken. De sterke stijging van 8 % van 2021, een covidjaar, tot in 2023, na covid is enigszins normaal. Het is belangrijker om naar de lange termijn te kijken, waar ook een jaarlijkse stijging van 1,7 % wordt waargenomen. Dat is een reden tot bezorgdheid en de vraag is of de mensen die naar de spoeddienst van een ziekenhuis gaan dat terecht doen en of dat doelmatig is. Dat staat los van mijn bemerking dat de vergelijking van het covidjaar 2021 met het postcovidjaar 2023 een vertekend beeld geeft met die toename van 8 %. Er is echter een trend van geleidelijke stijging en de vraag is dus of de mensen wel op een voldoende doelmatige manier kiezen tussen de spoeddienst en een huisartsenwachtpost.

Mevrouw Farih, ik heb nog geen gegevens voor 2024, dus die kan ik u niet geven, maar u hebt samen met de collega's een aantal redenen aangehaald. Ik denk dat die redenen heel aannemelijk zijn, ook al zijn het hypothesen. Als men te maken krijgt met schaarste aan huisartsen, zeker als huisartsen een patiëntenstop moeten inlassen, en als er ook bij artsen-specialisten langere wachtlijsten zijn, dan spreekt het voor zich dat men meer druk krijgt op de spoeddiensten.

U wijst ook op een mentaliteitswijziging bij patiënten. Dat is ook een hypothese, maar ik zou die zeker niet ontkennen. Ik zou er misschien aan kunnen toevoegen dat we in de bevolking helaas ook te maken hebben met een groep die weinig gezondheidsgeletterdheid heeft, die niet heel geschoold is in het nadenken over wat te doen met het gezondheidszorgaanbod dat vandaag bestaat. Die groep wordt niet kleiner en misschien zelfs groter.

Die hypothesen zijn aannemelijk. Het zou goed zijn om dat verder ernstig wetenschappelijk te onderzoeken, maar vermoedelijk zit het wel allemaal daar.

Wat doen we op dit moment en wat moeten we in de toekomst doen? Over wat we in de toekomst moeten doen, zal ik voorzichtig zijn. Dat is misschien wat frustrerend, maar in principe moet een minister niet ondervraagd worden over zijn intenties, zeker niet op het einde van een legislatuur en bij het begin van een nieuwe legislatuur. Ik wil wel wat zeggen over de toekomst, maar ik zal dat in heel algemene termen doen. Wat het huidige beleid betreft, we hebben om te beginnen ingezet op het volledig uitrollen van de 1733 over het hele land. Het goed doen functioneren van de 1733 is essentieel.

Wij hebben daar heel wat extra geld in geïnvesteerd. Wat mij betreft, is het budget verdubbeld tot ruim 6 miljoen euro. Daar moeten nog een aantal aanwervingen gebeuren. Het rekruteringsbeleid is niet onbelangrijk, maar het volledig uitrollen van een goed functionerende 1733 is absoluut essentieel. Ik dring er ook op aan bij de minister van Binnenlandse Zaken, die verantwoordelijk is voor de rekruteringen, dat dit zo snel en zo goed mogelijk gebeurt.

Een tweede punt is dat wij de huisartsenwacht moeten versterken door een betere ondersteuning van de huisartsenwachtposten wat hun onkosten betreft en door betere vergoedingen voor de huisartsen die wachten presteren. Daar zijn wij halfweg. U kent dat moeilijke verhaal. Door de Zweedse regering werd een nieuwe structuur voor de huisartsenwachtposten uitgetekend, de zogenaamde functionele samenwerkingsverbanden. Ik ben ervan uitgegaan dat ik met die structuur verder aan de slag ging, maar met bijna een verdriedubbeling van de investeringen in de kosten van de huisartsenwachtposten. Daar zijn wij eigenlijk halverwege blijven steken, omdat een arrest van de Raad van State het onderliggende structurerende besluit dat tot de nieuwe structuur van de huisartsenwachtposten zou leiden onderuitgehaald heeft en wij dat werk dus moeten herbeginnen.

Ik heb al gezegd dat ik niet opnieuw zal komen met een besluit als datgene wat door de Raad van State is verboden en uit de tijd van de Zweedse regering stamde, want ik weet dat de weerstand daartegen zeer groot is, maar ik zou wel de onderliggende doelstellingen ervan, namelijk een betere organisatie van de huisartsenwachtposten en een forse bijkomende investering die daarmee nog gepaard moet gaan, willen blijven waarmaken. Ik vind dat een topopdracht op korte termijn voor de volgende regering.

Wij hebben ondertussen in het kader van het medicomut-overleg beslist de beschikbaarheidsvergoedingen te verbeteren voor de huisartsen die wachten presteren in het weekend en 's nachts. Ook dat is een stuk van het verhaal.

Wij hebben voorts geïnvesteerd in de ziekenhuizen en het ziekenhuispersoneel. Ook dat hebben wij hier al vaak besproken. Opnieuw, er is geen zelfgenoegzaamheid van mijn kant, want er is nog veel werk aan te doen, maar de bijkomende investeringen die gebeurd zijn in het personeel in de ziekenhuizen en het feit dat er zowat 5.000 extra personeelsleden, uitgedrukt in voltijdse eenheden, zijn aangeworven in de ziekenhuizen, zijn natuurlijk op zich niet onbelangrijk, als men weet onder welke druk ook de spoeddiensten staan. Het gaat immers ook over verpleegkundigen die aan het werk kunnen gaan op spoeddiensten en de intensive care, waar de werkdruk al heel hoog is.

Inzake de huisartsen zou ik er ook op willen wijzen dat wij meer in het algemeen, om toch antwoorden te bieden op de druk op de eerstelijnszorg en op de huisartsen, extra budgettaire middelen in stelling hebben gebracht die het mogelijk moeten maken om praktijken beter te ondersteunen, bijvoorbeeld met praktijkassistenten. Er is 16,7 miljoen euro uitgetrokken om voor huisartsen die een eerste aanwerving doen van iemand die de praktijk op de ene of andere manier ondersteunt maar ook voor ondersteuners die reeds aan het werk zijn met arbeidscontracten, maar die zelf geen huisartsen zijn, een gedeeltelijke terugbetaling te voorzien vanuit de federale ziekteverzekering. Er ligt 16,7 miljoen euro op tafel. Ik hoop dat de huisartsen dat geld echt zullen gebruiken. Ook ligt er geld op tafel om huisartsen toe te laten klinisch psychologen aan te trekken om binnen de huisartsenpraktijken aan het werk te gaan. Ook dat geld ligt op tafel en zou gebruikt moeten worden.

Overigens is op federaal vlak ook de beslissing genomen om de organisatoren van de opleidingen tot huisarts extra geld te geven, zodat ze de opleiding aantrekkelijker kunnen maken voor iemand die de basisopleiding in de geneeskunde achter de rug heeft, waardoor de betrokkene kan beslissen om huisarts te worden en zijn opleiding tot huisarts te beginnen in een huisartsarme regio. Ook daarvoor hebben wij extra geld op tafel gelegd, dat de vzw's die de huisartsenopleidingen organiseren kunnen gebruiken om mensen te oriënteren naar huisartsarme regio's. Huisartsen goed verdelen over de regio's is echter ook een belangrijke eigen verantwoordelijkheid van de deelstaten, die daarop met vestigingspremies kunnen inwerken en die op dat vlak werk te doen hebben.

Ik val nu enigszins in herhaling. De leden die hier aanwezig zijn, weten dit grotendeels. Er is natuurlijk ook het debat over het feit dat binnen de groeiende artsenuota – het aantal artsen dat wij toelaten groeit, heel sterk zelfs – van mensen die wij laten beginnen aan de studies geneeskunde, ook een voldoende grote groep moet worden georiënteerd naar de huisartsengeneeskunde.

Is een van de punten die ik hier noem een wonderoplossing? Neen, dat is het niet. Moet dat allemaal gebeuren en consequent gebeuren? Ja, dat moet. Wordt voor de toekomst gewerkt aan een verplichte triage? Ik zal een voorzichtig antwoord geven, ten eerste omdat het om een vraag gaat naar mijn intenties en toekomstplannen. Op een ogenblik waarop de regering afloopt, wil ik daar voorzichtig mee zijn.

Er moet worden verduidelijkt wat er met verplichte triage wordt bedoeld. Ik ben geen voorstander van verplichte triage als die zou betekenen dat een burger nooit bij een huisartsenwachtpost mag aankloppen om er zorg te vragen als hij niet vooraf verwezen werd door een operator van 1733. Dat wil ik niet voorstellen, want dan sluit men de deur voor iemand die niet eerst naar 1733 gebeld heeft. Als verplichte triage echter betekent dat de ambulancier moet doen wat de operator zegt, dan zeker wel, want zo is het vandaag al. Er zijn afwijkingen mogelijk, maar zo is het vandaag al.

Ook ben ik voorstander als verplichte triage betekent dat patiënten meer dan vandaag weten dat zij pas naar een spoedafdeling moeten gaan als zij een advies in die richting gekregen hebben van een 1733-operator. Men moet de prikkel om het zo te doen sterker maken, bijvoorbeeld door de tegemoetkoming die men krijgt wanneer men een beroep doet op de spoed. Er is vandaag al een verhoogde betaling in hoofde van de patiënt die zonder verwijzing een beroep doet op de spoed. Als de idee is, dat men die prikkel sterker moet maken, ben ik daar niet gesloten voor, maar dit debat moeten wij voeren bij een volgende regeringsvorming.

Als de idee is dat men patiënten meer moet sensibiliseren voor de vraag wanneer men 's nachts wel of niet een beroep moet doen op een huisarts en wanneer op een spoeddienst, dan ben ik daar heel sterk voor. Ik verwijs overigens naar het initiatief dat ik genomen heb om aan professor Tom Goffin een werkstuk te vragen over goed patiëntschap. Dit is dan een typische vraag: hoe moeten wij patiënten sensibiliseren wat betreft een beroep doen op een spoeddienst dan wel op een huisartsenwachtpost?

Wat de spoeddiensten betreft, wil ik tot slot nog zeggen dat die versterkt moeten worden. Ook op het vlak van psychiatrische capaciteit is dit nodig. Tegelijkertijd meen ik dat er naast het debat over het toekomstige ziekenhuislandschap ook een debat nodig is over de vragen hoeveel spoeddiensten er nodig zijn, waar die moeten zijn en hoe zij verspreid moeten zijn. Dat debat hangt echter samen met de organisatie van het toekomstige ziekenhuislandschap.

In dit verband, mevrouw Farih, ben ik het helemaal met u eens dat in het toekomstige ziekenhuislandschap het model van rechtstreekse samenwerking tussen huisartsenwachten en spoeddiensten van ziekenhuizen een heel goed model is. Ik heb onlangs hier vlak in de buurt, in het Sint-Pietersziekenhuis, zo'n initiatief mee geopend. Dat is natuurlijk fantastisch. Daar krijgt men een triage ter plekke, waarbij het ziekenhuis bereid is patiënten naar een huisarts te doen gaan, ook al kwamen ze eerst door de deur van het ziekenhuis.

Omgekeerd begrijpen de huisartsen in dit systeem dat een patiënt misschien naar de spoed zal gaan, ook al klopte die eerst aan bij de huisartsenwachtpost. Er hoeft dus geen territoriumgevecht te worden gevoerd, men komt gewoon overeen wat het beste is voor de patiënt en voor de ziekteverzekering. Dat is een heel mooi model. Indien men dat in Limburg verder zou uitrollen, juich ik dat heel hard toe. Ik ben het met u eens dat we beleidsmatig moeten nadenken over wat we kunnen doen om dergelijke

modellen te ondersteunen.

Le **président**: Monsieur le ministre, j'apprécie évidemment que les parlementaires puissent recevoir des réponses complètes mais n'hésitez pas de temps en temps à regarder le chronomètre pour éviter une accumulation de questions dans les semaines à venir.

02.05 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik heb toch enkele bedenkingen met betrekking tot die triage. Het is uiteraard niet de bedoeling dat wij mensen weghouden van noodzakelijke zorg. Wel moeten we de spoeddiensten ontlasten. Misschien moeten we nog wat meer inzetten op die bekendheid en het gebruik van het nummer 1733, niet als stok achter de deur, maar als wij dit nog bekender maken, kunnen we ervoor zorgen dat men niet voor onnodige dingen naar de spoeddienst gaat.

Met betrekking tot de wachtposten, ik ben blij dat u die regeling helemaal zult herzien, als het aan u ligt. Hetgeen nu voorligt, is volgens ons immers geen goede oplossing. Wie rijdt twee of drie spoeddiensten voorbij om uiteindelijk bij een wachtpost terecht te komen? Niemand zal dat doen. Bij een dringende geneeskundige toestand zal niemand een spoeddienst voorbijrijden om naar de wachtpost te gaan. Ik hoop dat dit inderdaad herzien zal worden, in samenspraak met de eerstelijnszones.

Er moet inderdaad meer ingezet worden op gezondheidsgeletterdheid. Mensen moeten weten wanneer een gezondheidssituatie precair is en wanneer niet. Anderzijds moeten er meer huisartsen zijn en moeten ze beter toegankelijk zijn. Een wachttijd van een week voor een afspraak bij de huisarts, kan niet. Ook dat is een probleem.

02.06 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik hoor dat er investeringen zijn en dat u een visie hebt om de eerste lijn te versterken. We moeten dat doen en we moeten dat echt wel veel meer doen. Het budget daarvoor moet echt opgetrokken worden.

Nu gaat heel veel van het gezondheidszorgbudget niet naar de eerste lijn, maar naar curatieve geneeskunde, wat een scheeftrekking is. We moeten goed investeren in preventie en in de eerste lijn. Het gaat dan niet alleen over huisartsen, maar ook over eerstelijnspsychologen, praktijkassistenten en verpleegkundigen. We hebben echt een sterke eerste lijn nodig. Dat zal op lange termijn net geld opleveren in de zorg. Het is nodig dat we zoeken naar de nodige budgetten om de druk op de huisartsen te verlichten. We moeten er ook voor zorgen dat de patiënten overal terechtkunnen.

Met betrekking tot de geletterdheid van de patiënten, ik vind het een beetje jammer dat gesteld wordt dat de mensen niet goed weten waar ze terecht moeten.

In het artikel van de jonge huisartsen die aan de alarmbel trekken, staat dat ze vinden dat de overheid daarin tekortschiet, dat er te weinig sensibilisering en opvoeding is. Het is in de eerste plaats aan de overheid om ervoor te zorgen dat de mensen weten waar ze terechtkunnen. Er moeten dus brede sensibiliseringscampagnes zijn. We moeten ook eerst de materiële problemen van de lange wachtlijsten oplossen, alvorens te zeggen dat de mentaliteit van de patiënten het probleem is.

02.07 Nawal Farih (cd&v): Ik denk dat er meerdere oplossingen voor deze uitdagingen mogelijk zijn. In de eerste plaats moet men de eerstelijnszorg zo betaalbaar mogelijk maken. Ik heb in heel wat verkiezingsprogramma's gezien dat iedereen voor het derde-betalerssysteem voor de eerste lijn wil gaan. Ik hoop dat we dat in de volgende legislatuur kunnen verwezenlijken.

De financiële drempel is ook een van de belangrijkste redenen waarom men naar de spoeddiensten gaat en men niet in de eerste lijn wordt geholpen. Een tweede punt is de structurering. Er is een triage nodig die fysiek plaatsvindt bij het ziekenhuis tussen de huisartswachtpost, het ziekenhuis en de spoeddienst. Ik droom daarvan. In Genk proberen we dat te doen. Het zijn nog twee verschillende gebouwen en er is nog geen gedeelde triage, maar ik denk wel dat dit de manier is waarop we in de toekomst beter zullen kunnen samenwerken.

De collega had het over gezondheidswijsheid. We moeten inderdaad niet kijken naar de patiënt als de persoon die niet het juiste doet. We moeten onszelf daar als politici en met de overheden responsabiliseren om ervoor te zorgen dat iedereen meekan. Het is onze verantwoordelijkheid om die beleidsdoelen en regels zo goed mogelijk te vertalen. Dat betekent dat we de taal van de mensen

moeten spreken. Daarover heb ik straks nog een vraag.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De diagnoses van ADHD en autisme" (56000631C)

03 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le diagnostic du TDAH et de l'autisme" (56000631C)

03.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, op 22 oktober zond *Pano* een reportage uit over de diagnoses bij autisme en ADHD, getiteld *De jacht op labels*. Daarin werden een paar problemen blootgelegd die ik graag even met u wil bespreken.

Allereerst werd er gewezen op de enorme kostprijs van een diagnose van ADHD en autisme. Door lange wachtlijsten, vaak tot twee jaar, en patiëntenstops bij centra van de overheid doen veel mensen een beroep op privécentra, waar onderzoeken nu amper worden terugbetaald. Om iemand daar te laten diagnosticeren, legt men al snel 1.700 euro neer. In de reportage getuigt een gezin over de hoge kostprijs. Dat gezin kon de factuur van het privécentrum niet betalen, waardoor het centrum lange tijd de resultaten van de test weigerde te geven.

Een ander pijnpunt dat in de reportage blootgelegd werd, is de incongruentie in de opvolging van de richtlijnen voor ADHD-diagnostiek. Zo zouden sommige privécentra onzorgvuldig te werk gaan en te snel een diagnose geven, andere zorgverleners zouden werken met methoden die niet volledig wetenschappelijk onderbouwd zijn, zoals een EEG-onderzoek. Die diagnose wordt ook als voorwaarde gebruikt om hulp te krijgen in het onderwijs, wat niet altijd nodig zou zijn.

Ik heb hierover de volgende vragen, mijnheer de minister.

Een diagnose is nu een toelatingsvoorwaarde in het buitengewoon onderwijs. Het is dus wel belangrijk dat kinderen vlot en betaalbaar gediagnosticeerd kunnen worden, wat momenteel niet zo is. Hoe wilt u dat verbeteren?

Daarnaast stelt de algemeen directeur van het Vrij CLB Netwerk, Stefan Grielens, voor om sneller ondersteuning op te starten, zonder diagnose. Wat vindt u daarvan?

Welke maatregelen zult u nemen om de diagnostische expertise en capaciteit binnen centra van de overheid te vergroten, zodat ouders minder afhankelijk zijn van privécentra?

Is het wettig om resultaten van een diagnose te weigeren indien de patiënt niet kan betalen?

Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat de diagnostiek voor ADHD wetenschappelijk onderbouwd en kwalitatief betrouwbaar wordt?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Eggermont, voor het antwoord op uw eerste twee vragen moet ik verwijzen naar de deelstaten. De deelstaten zijn bevoegd voor de financiering van de diagnostiek van aandoeningen zoals ADHD en autisme. Die diagnostiek wordt georganiseerd vanuit een multidisciplinair kader door erkende voorzieningen, zoals de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, de door de zesde staatshervorming overgehevelde Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR), de Referentiecentra Autisme en de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS).

Dit is geen manier om mij er gemakkelijk vanaf te maken, maar men moet in een goed georganiseerd solidair land ook de verantwoordelijkheden goed leggen. De verantwoordelijkheid voor dat probleem en die beleidsuitdaging ligt bij de deelstaten.

Hoe kijken we naar de kwaliteit van zorgverlening en wat zijn de verplichtingen van een individuele zorgverlener die een test heeft afgenomen? Die uitzending was belangrijk om een aantal zaken te onderstrepen. Op grond van artikel 33 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, de zogenaamde kwaliteitswet, moet een zorgverlener de resultaten van onderzoeken en de diagnosestelling opnemen in het patiëntendossier. Ik wil opmerken

dat het zorgvuldig bijhouden van een medisch dossier voor artsen ook een deontologische plicht vormt. De wet zegt daar iets over, maar het is ook een deontologische plicht.

Op grond van artikel 7, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënten, die we hier hebben aangepast en volgens mij verbeterd, heeft een patiënt recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om een inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie daarvan. Ik kan ook nog verwijzen naar artikel 9 van diezelfde wet, dat de patiënt het recht geeft op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier, alsook het recht op inzage in dat patiëntendossier. De wet patiëntenrechten zegt dat dus ook.

Er is dus geen enkele rechtsgrond voor een zorgverlener om een uitgevoerd onderzoek en het resultaat daarvan of een diagnosestelling niet ter beschikking te stellen van de patiënt omdat een factuur niet werd voldaan. Het is één zaak dat mensen hun facturen moeten voldoen, maar het is een andere zaak dat mensen het recht hebben op inzage in de resultaten van medische onderzoeken.

Die wetgeving gaat over individuele zorgverleners. Zij hebben op dat punt echt wel plichten ten aanzien van patiënten. Ik wil benadrukken dat die wetgeving niet over instellingen gaat. Het regelen van zorginstellingen behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Daar zijn een aantal uitzonderingen op in onze staatsstructuur, in hoofdzaak inzake ziekenhuizen. Met andere woorden, we hebben geen wetgeving die dit soort kwaliteitsvereisten oplegt aan centra, maar wel aan individuele zorgverleners die ergens werken.

Wat moet er gebeuren indien er daarover klachten zijn? De federale ombudsdienst Rechten van de patiënt kan dan bemiddelend optreden, bijvoorbeeld omdat het recht op inzage in een patiëntendossier niet werd gerespecteerd. Het niet-respecteren van het artikel 33 van voornoemde kwaliteitswet kan door de toezichtscommissie bij onze FOD worden behandeld. Ik heb ook niet zomaar gezegd dat het ook een deontologische kwestie is. De Orde der artsen kan ook optreden indien de zorgverlener die inzage weigert een arts is.

Wat de kwaliteit betreft, heeft de FOD Volksgezondheid in samenwerking met ADHD-experten een website ontwikkeld, adhd-traject.be. Die website is een zorgpad voor ADHD, dat een optimaal traject voor kinderen en jongeren met gedrags-, aandachts- en concentratieproblemen beoogt. Ouders, leerkrachten, artsen, huisartsen, CLB-medewerkers en hulpverleners vinden daarin wetenschappelijk verantwoorde, maar ook zeer praktische informatie op maat. Dat zorgpad ADHD volgt de geldende richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en voegt informatie uit andere nationale en internationale richtlijnen toe. Die website is nog bijgewerkt in 2022 en 2023 en is wetenschappelijk gevalideerd door het Cebam.

Daarnaast subsidieert de Vlaamse Gemeenschap het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek. Dat centrum maakt kwaliteitsrichtlijnen voor het stellen van diagnoses zoals ADHD en autisme en organiseert opleidingen voor de zorgverleners. Een goede manier van diagnostiek en een goede aanpak in de behandeling zijn dus omschreven en vallen terug te vinden. Op basis daarvan kunnen zorgverleners worden aangesproken en op basis daarvan kunnen de verantwoordelijke centra worden aangesproken die onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen.

03.03 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw uitgebreid antwoord. We zullen het opnemen met de collega's. Mijn excuses, maar als beginnend parlementslid moet ik mijn weg nog wat vinden. Het sterkt mij wel in onze overtuiging dat dit het best eengemaakte federale materie wordt. De gemeenschaps- en gewestregeringen zitten niet meer in lopende zaken, maar dragen volheid van bevoegdheid, dus ik kijk uit naar de discussie op dat niveau.

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

04 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan grondstoffen voor isotopen" (56000635C)
- Kathleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan radio-isotopen" (56000649C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan technetium-99m" (56000693C)

04 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de matières premières pour la production d'isotopes" (56000635C)
- Kathleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de radio-isotopes" (56000649C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de technetium-99m" (56000693C)

04.01 **Kathleen Bury** (VB): Ziekenhuizen en zorgverleners in België worden momenteel geconfronteerd met een tekort aan radio-isotopen die essentieel zijn voor de behandeling van verschillende vormen van kanker. Dat tekort aan radio-isotopen heeft directe gevolgen voor patiënten, aangezien sommige ingrepen mogelijk moeten worden uitgesteld.

De kern van dit probleem ligt deels in de technische problemen bij de kernreactor in Petten en deels in het onderhoud van reactoren in Mol en Polen. Daarnaast wordt gesuggereerd dat de sluiting van kerncentrales eveneens een impact heeft op die tekorten. Tegelijkertijd zijn er in België projecten gepland die op termijn een duurzame oplossing kunnen bieden, zoals het MYRRHA-project en de nieuwe CRF in Mol. Er blijven echter onzekerheden over de kortetermijnoplossingen en de exacte impact van de sluiting van kerncentrales op de beschikbaarheid van isotopen.

Wat zijn de directe gevolgen van het tekort aan radio-isotopen voor patiënten die behandelingen dienen te ondergaan, zoals bij borstkanker?

In welke mate draagt de sluiting van kerncentrales bij aan het huidige tekort aan isotopen? Wat is de precieze impact daarvan op de beschikbaarheid van isotopen in België?

Wordt er actief gezocht naar alternatieve bronnen voor isotopen? Kunt u toelichten welke kosten verbonden zijn aan isotopen uit niet-nucleaire productiemethodes vergeleken met die uit kernreactoren?

Welke communicatie wordt gevoerd met ziekenhuizen en zorgverleners over de huidige tekorten en de geplande stappen? Worden ze tijdig ingelicht over mogelijke vertragingen of aanpassingen?

Overweegt de regering een samenwerking met alternatieve producenten, zoals de onderzoeksreactor van Delft, om de productie van isotopen op korte termijn te ondersteunen?

Zijn de projecten die ik daarnet heb aangehaald, zoals MYRRHA en de faciliteit in Mol, op schema om tegen 2026 een duurzame en stabiele levering van isotopen te verzekeren?

Welke voorzorgsmaatregelen kunnen worden genomen om vertragingen te voorkomen?

Zijn er ter zake ook Europese initiatieven?

04.02 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, plusieurs hôpitaux nous ont alertés sur une pénurie actuelle de technetium-99m, un produit radiopharmaceutique utilisé en médecine nucléaire pour des examens liés à des maladies cardiovasculaires, des troubles osseux, des maladies thyroïdiennes, rénales ou encore à certains cancers. Cette information a été confirmée récemment dans la presse par l'Union professionnelle des médecins spécialistes en médecine nucléaire. Cette pénurie, qui est due à l'arrêt prolongé du réacteur à haut flux de Petten aux Pays-Bas, un de des plus grands fournisseurs de technetium en Europe, a contraint un grand nombre d'hôpitaux à reporter certains examens de médecine nucléaire ou à chercher des alternatives.

Monsieur le ministre, qu'en est-il concrètement de cette pénurie? Avez-vous mené une concertation

avec les représentants des nucléaristes? Quelle est la situation dans les hôpitaux actuellement? Existe-t-il des différences entre les fournisseurs présents sur le marché? Des directives seront-elles adressées aux hôpitaux pour leur permettre de faire face à cette pénurie? Enfin, disposez-vous d'informations quant à la date du redémarrage du réacteur à haut flux de Petten?

04.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, onze ziekenhuizen worden tegenwoordig geconfronteerd met een tekort aan grondstoffen voor isotopen. Dat is van belang vanwege de mogelijk directe gevolgen voor de uitvoering van de sentinelklierprocedure en bij prostaatkanker. Voorafgaand aan een operatie wordt bekeken hoe ver de kanker zit en of de klieren al dan niet geaffecteerd zijn. Indien de tekorten aanhouden, is men genoodzaakt om operaties uit te stellen. U weet welke daarvan de gevolgen zijn bij kanker. Dat is echt wel verregaand. Er wordt gesuggereerd dat het tekort mogelijk een verband houdt met de sluiting van de kerncentrales.

Mijnheer de minister, kunt u bevestigen dat er een aanzienlijk tekort is of dreigt qua grondstoffen voor isotopen? Heeft dat vandaag al gevolgen voor de zorgverlening aan patiënten?

Klopt het dat er een verband bestaat met de sluiting van de kerncentrales? Wat is de rol van de sluiting in de huidige situatie?

In welke mate bestaat de mogelijkheid om isotopen van andere bronnen te voorzien? Hebt u daarvan ook een kostprijs en hebt u voor die andere bronnen wel een leveringsgarantie?

Hoe hebt u tot nu toe met de ziekenhuizen en zorgverleners gecommuniceerd om die tekorten aan te pakken en om de benodigde stappen te zetten?

Vragen over het grondstoffentekort heb ik, wellicht als andere collega's, rechtstreeks vanuit de ziekenhuizen gekregen, dus de bezorgdheid bestaat wel degelijk. We weten allemaal dat bij een kankerdiagnose de sentinelklierprocedure essentieel is. Ik wil u daarom graag de ernst van de situatie voorleggen.

04.04 Frank Vandenbroucke, ministre: J'espère que Mme Désir ne m'en voudra pas de répondre en néerlandais car c'est une question fort compliquée.

Het FAGG werd inderdaad op de hoogte gebracht door de vergunninghouder Curium Belgium van een tijdelijke onbeschikbaarheid van de Ultra-TechneKow radionuclidegenerator, van 21 oktober tot en met 16 november. In de rest van mijn antwoord zal ik het hebben over Tc-99m om het simpel te houden.

Tc-99m wordt gebruikt in ongeveer 80 % van alle diagnostische procedures in de nucleaire geneeskunde. De houdbaarheid van een Tc-99m-generator is 21 dagen, waardoor dit tekort directe gevolgen kan hebben voor de zorgverlening aan patiënten. Er zijn ziekenhuizen die in de komende weken terugvallen op een minimale activiteit, waardoor ze genoodzaakt zijn onderzoeken te plannen in functie van prioriteit, bijvoorbeeld de opsporing van sentinelklieren tijdens chirurgische ingrepen bij patiënten met borstkanker. Verder worden, indien mogelijk, niet-dringende diagnostische onderzoeken uitgesteld of worden er andere diagnostische methoden gebruikt, bijvoorbeeld thallium voor cardiale onderzoeken. Patiënten kunnen ook worden doorverwezen naar ziekenhuizen waar de tekorten minder nijpend zijn.

Mevrouw Depoorter, er is geen band met het debat over de sluiting of levensduurverlenging van de kerncentrales die voor onze elektriciteit zorgen. Er zijn wereldwijd 6 reactoren die zorgen voor de productie van Mo-99, de moederisotoop die wordt gebruikt voor de productie van Tc-99m. Vier daarvan staan in Europa, één staat in Zuid-Afrika en één in Australië.

Het huidige tekort is te wijten aan onvoorziene problemen met de heropstart van de Hoge Flux Reactor in Petten in Nederland, een van de grootste reactoren in Europa. Naast de Hoge Flux Reactor zijn ook de MARIA Reactor in Polen en de BR2-reactor in Mol in ons land in onderhoud en dus niet operationeel. De LVR-reactor in Tsjechië was vanaf 30 oktober ook één week gesloten wegens onderhoud. De SAFARI-1-reactor in Zuid-Afrika is operationeel en heeft toestemming gekregen om tijdelijk de Mo-99-productie te verhogen. Het is momenteel echter nog onduidelijk of België daarvan iets zal ontvangen. Het FAGG en het FANC zijn daarover in overleg met de leveranciers.

Volgens de laatste update van Nuclear Medicine Europe waarover ik beschik, die dateert van 8 november 2024, is de MARIA-reactor opnieuw opgestart op 31 oktober en de Hoge Flux Reactor (HFR) in Petten zondagnacht 3 november. Dat betekent dat de situatie weer genormaliseerd zal zijn vanaf het begin van deze week.

Een taskforce werd op 29 oktober 2024 georganiseerd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), samen met onder meer externe experts in dit specifieke vakgebied, namelijk radiofarmaceuten, radiologen, nucleaire inspecteurs, nuclearisten, met het RIZIV, het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC) en mijn beleidscel. Die taskforce legt momenteel de laatste hand aan aanbevelingen om de gezondheidszorgbeoefenaars te informeren. Die aanbevelingen zullen binnenkort op de website van het FAGG en FarmaStatus worden gepubliceerd. Momenteel gaat het dus om een probleem van tijdelijke onbeschikbaarheid, maar het FAGG volgt de situatie verder nauw op.

Sinds het kritieke globale tekort aan radioactief molybdeen en technetium, dus Mo-99 en Tc-99m, in 2008 en 2009 werd afgesproken om het onderhoud van de onderzoeksreactoren die worden gebruikt voor de productie van radioactief molybdeen, op elkaar af te stemmen en ervoor te zorgen dat er wereldwijd altijd drie reactoren operationeel zijn. Jaarlijks worden schema's opgesteld om dat te verzekeren. De reactor in Nederland en de BR2-reactor in België zijn evenwel de grootste. Wanneer die uitvallen, wordt de molybdeenproductie onmiddellijk gehalveerd.

Verschillende initiatieven zijn de afgelopen decennia genomen om een betere toeleveringsketen van radiofarmaca te garanderen. Ik verwijs bijvoorbeeld naar het European Observatory on the Supply of Medical Radioisotopes en de European Radioisotopes Valley Initiative Stakeholder Group and Steering Group. Ik verwijs ook naar de recente Critical Medicines Alliance en het Radioligand Therapy Action Plan for Belgium. Er zijn dus nogal wat initiatieven genomen. Het is inderdaad een belangrijk probleem tegen de achtergrond van die beperking in de capaciteit en de groeiende nood aan onderhoud van de installaties.

België is verder zeer actief hierin, met spelers als het IRE. Er is een Europese coördinatie van de inzet van de reactoren van Petten in Nederland, Mol in België en LVR in Tsjechië. Dan is er ook nog het MYRRHA-project, dat de Belgische betrokkenheid bij het mondiale aanbod van de radio-isotopen verder wil consolideren. Voor de nieuwe CRF in Mol is er momenteel overleg met de inspecteurs van het FAGG.

Dit is dus een belangrijke en gecompliceerde kwestie. Wij proberen die maximaal op te volgen en in te grijpen waar nodig.

04.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ontbrekende geneesmiddelen, ontbrekende medische hulpmiddelen, nu ook ontbrekende isotopen, het gaat wel ver.

U verwijst naar het thalliumonderzoek. Daarmee bekijkt men hoeveel bloed er in het volledige hart stroomt en hoe de hartspier werkt. Dat is ook een onderzoek dat men niet zomaar uitstelt. U hebt ook de sentinelklierprocedure aangehaald. Dat zijn ernstige zaken.

Er is een taskforce opgericht, maar hoeveel taskforces hebben we nog nodig en hoeveel urgentie is er nog nodig om in te zien dat we onze strategische autonomie in de hele geneeskundige sector moeten verhogen? Het is echt problematisch dat de artsen hun werk niet kunnen doen en dat de patiënten de zorg waarop ze recht hebben niet kunnen krijgen. Alle goede bedoelingen ten spijt, het werkt vandaag niet. Het moet beter kunnen.

04.06 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dank u voor uw uitgebreide antwoord, maar het is geenszins geruststellend. Om verder te gaan op de repliek van mevrouw Depoorter, we zien onvoorziene problemen in Petten, we zien onderhoud in Polen en Mol. In Petten is de reactor 63 jaar oud. Die valt geregeld uit. Daarover worden veel vragen gesteld in Nederland. Volgens de laatste update is die sinds 3 november weer operationeel, maar voor hoelang zal het deze keer zijn? Er is totaal geen zekerheid.

U had het ook over Zuid-Afrika. Of u daarvan iets zult ontvangen, kunt u niet zeggen.

U zegt dat de taskforce aanbevelingen zal formuleren om gezondheidszorgverstrekkers te informeren over wanneer er een tekort is in een ziekenhuis en patiënten naar een ander ziekenhuis moeten. Dat is geen langetermijnoplossing. Er is nu overleg met Mol, maar ik mis iets in uw antwoord. Wat ik mis, is het antwoord op de vraag wat de taskforce meer zou moeten doen. Die zou onder meer een groot plan van aanpak moeten maken voor de beperkte capaciteit. Ik mis een antwoord op de vraag of de zaken van MYRRHA en de faciliteit in Mol op schema zullen zijn tegen 2026. Hebt u daar meer nieuws over? Op dat vlak bleef u wat in de mist.

04.07 **Caroline Désir** (PS): Je vous remercie, monsieur le ministre. Il y a tout de même des éléments rassurants dans votre réponse, à savoir que les deux réacteurs ont été relancés. La situation devrait donc être normalisée à court terme.

Des initiatives ont été prises pour l'avenir, notamment dans le but que les maintenances des différents réacteurs ne soient pas effectuées simultanément afin de toujours avoir plusieurs réacteurs actifs en même temps. Différents scénarios ont été définis pour garantir la livraison et la logistique.

Il n'empêche que nous devons évidemment continuer à suivre cette affaire de près puisque derrière tout cela, il y a des patients et des risques pour eux de voir certains examens postposés ou renvoyés vers d'autres hôpitaux, alors que nous savons évidemment que ces examens sont vitaux pour certains patients. Nous resterons donc très attentifs à ce dossier.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 **Samengevoegde vragen van**

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Medista" (56000627C)**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken m.b.t. de opvolging van het onderzoek inzake STR STK 2020" (56000671C)**

05 **Questions jointes de**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Medista" (56000627C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation en ce qui concerne le suivi de l'enquête sur le STR STK 2020" (56000671C)**

05.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, in de vorige legislatuur hebben wij vaak gesproken over de affaire Medista. Het gaat over een openbare aanbesteding voor opslag en transport van covidvaccins die u toekende aan Movianto, nadat Medista dat lange tijd deed. Er is een juridische veldslag ontstaan tussen uw diensten en Medista. Er gebeurde ook een audit met betrekking tot die openbare aanbesteding, waaruit heel wat bedenkingen naar voren kwamen.

In juli publiceerde u tevens dat er voor meer dan 200 miljoen aan medisch materiaal vernietigd zou worden. In augustus kwamen wij te weten dat een rechter die vernietiging verboden had, omdat het materiaal als bewijsmateriaal werd beschouwd.

Wat is de stand van zaken in deze zaak? Is het materiaal ondertussen vernietigd of niet?

Welke gevolgen hebt u gegeven aan het FIA-onderzoek, waarover wij in de vorige legislatuur uitgebreid hebben gesproken?

Een ambtenaar werd beschuldigd van heel wat onregelmatigheden. Wat is vandaag de status met betrekking tot die persoon, die werkte bij de FOD Volksgezondheid?

Welke stappen zijn er ondertussen genomen om ambtenaren meer bewust te maken inzake het correct laten verlopen van openbare aanbestedingen? Er kwamen immers heel wat problemen naar voren.

In het licht van de regeringsonderhandelingen, hoe kijkt u verder naar dit dossier? Neemt u verdere stappen of niet?

05.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, in de vorige legislatuur hadden we het FIA-

vooronderzoek van de federale auditeur naar de aanbesteding STR STK 2020 en de *legal opinion* in het kader van de toewijzing van het rescEU project.

Ik verneem graag van u welke stappen u of uw diensten hebben ondernomen. Welke conclusies kunt u ons vandaag meedelen? Welke concrete acties en vervolgstappen vloeien hieruit voort?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, ik begrijp uit de uiteenzettingen dat men met de rechtszaak verwijst naar de kortgedingprocedure in het kader van de beoogde vernietiging van vervallen goederen binnen de COVID-19-voorraad. De FOD Volksgezondheid dient er als een goede huisvader voor te zorgen dat goederen in de COVID-19-voorraad die niet meer worden gebruikt, die vervallen of van slechte kwaliteit zijn, worden vernietigd. Dergelijke producten in omloop brengen zou immers nefast zijn voor de volksgezondheid en voor een efficiënt beheer van de COVID-19-voorraad.

In de ministerraad van 19 juli 2024 is beslist om over te gaan tot de vernietiging van voornamelijk vervallen producten binnen de COVID-19-voorraad. Daaropvolgend heeft Medista nv in augustus een kortgedingprocedure ingeleid. Bij beschikking van 29 augustus 2024 heeft de voorzitter van de Nederlandstalige rechtbank van eerste aanleg in Brussel een gerechtsdeurwaarder aangesteld om vast te stellen welke voor vernietiging aangemerkte goederen overeenstemmen met de goederen die Medista nv destijds heeft overgedragen aan de huidige voorraadbeheerders. De gerechtsdeurwaarder voert momenteel haar inventarisatieopdracht uit. Dat is de stand van zaken met betrekking tot wat men wellicht bedoelt met de rechtszaak.

Is er reeds materiaal vernietigd dat volgens de rechter werd gezien als bewijsmateriaal? De rechter in kortgeding heeft zich niet uitgesproken over de bewijswaarde van de te inventariseren goederen. De FOD Volksgezondheid houdt zich aan de door de kortgedingrechter opgelegde bewarende maatregel. Deze maatregel houdt in dat de FOD Volksgezondheid de voor vernietiging aangemerkte goederen beschikbaar houdt voor inventarisatie en dus niet tot vernietiging overgaat tot de inventarisatieopdracht van de gerechtsdeurwaarder afgerond is.

U vroeg welke gevolgen ik gegeven heb aan het FIA-onderzoek. Ik breng u de belangrijkste aanbevelingen van het FIA-onderzoek in herinnering.

Ten eerste, de voorzitter en de minister wordt aanbevolen de opportuniteit af te wegen om al dan niet bij de politie en het parket kennis te geven van de bevindingen van dit vooronderzoek, wat betreft het feit dat de betrokken ambtenaar een advocaat aanraadde aan Movianto of om in dit verband minstens gepaste corrigerende maatregelen te nemen tegen de betrokken ambtenaar.

Ten tweede, de voorzitter van de FOD en de minister wordt aanbevolen bij de politie, dan wel bij het parket een klacht neer te leggen tegen de persoon en de personen die de betrokken ambtenaar hebben gebracht tot het afleggen van verklaringen tegenover hen over het verloop van de plaatsing van de opdracht STR STK 2022.

Ten derde, de voorzitter van de FOD en de minister wordt aanbevolen bij de politie, dan wel het parket, kennis te geven van de bevindingen van dit vooronderzoek wat betreft de wijze waarop er vanuit de FOD VVVL sprake is geweest van nalatigheid in het beschermen van bedrijfsgeheimen van Medista, waar de FOD op rechtmatige wijze over beschikte.

Die aanbevelingen werden gevolgd. De nodige klachten werden neergelegd bij het parket. Het integrale FIA-rapport werd overgemaakt aan het parket.

Daarnaast raadde de FIA aan onmiddellijk maatregelen te treffen die ertoe strekken te garanderen, primo, dat diegenen die een rol vervullen binnen de FOD in het plaatsen van overheidsopdrachten, voldoende kennis hebben van het overheidsopdrachtenrecht en van wat de algemene ambtelijke deontologie impliceert in de plaatsing van overheidsopdrachten, en secundo, dat er een formalisering gebeurt van alle contacten met deelnemers aan overheidsopdrachten, zodat deze contacten a posteriori steeds volledig gereconstrueerd kunnen worden.

Er werd intern in de FOD in nauw overleg met onder meer BOSA een geïntegreerd actieplan opgesteld dat de aanbevelingen en de vaststellingen van de FIA intussen in negen concrete acties omzette binnen de FOD. Ik antwoord daar dadelijk op, bij de vijfde vraag.

Ik ga eerst in op de vraag wat de status is van de ambtenaar die onder vuur kwam te liggen. Er is een tuchtprocedure geopend tegen de betrokken ambtenaar. De ambtenaar werd met ingang van 27 maart in het belang van de dienst geschorst gedurende het lopende tuchtonderzoek. Dat is nog niet helemaal afgerond, dus ik kan er op dit moment nog niet meer over zeggen.

Ik kom nu tot de vijfde vraag, namelijk welke stappen er ondertussen genomen zijn om ambtenaren meer bewust te maken van het correct laten verlopen van openbare aanbestedingen.

De FOD heeft mij toegelicht dat een geïntegreerd actieplan is opgesteld met negen concrete acties, die intussen zijn en worden geïmplementeerd door de FOD.

Ten eerste, er is het systematisch laten ondertekenen van een deontologische code, die ook op punt is gesteld. Ze wordt ondertekend door ambtenaren die overheidsopdrachten voorbereiden, publiceren en uitvoeren. Ook worden ze bijgehouden in een register.

Ten tweede, ambtenaren die overheidsopdrachten uitvoeren, volgen de BOSA-opleiding inzake overheidsopdrachten alsook diverse e-learningmodules met registratie van de gevolgde opleiding.

Ten derde, er wordt ingezet op nadere transparantie voor overheidsopdrachten, reeds vanaf een niveau van 5.500 euro, wat veel lager is dan het niveau dat nu wordt gehanteerd, namelijk 30.000 euro. Dat gebeurt door bijkomende stappen te integreren in het systematische gebruik van eProcurement en de verplichting om voor dergelijke overheidsopdrachten met een beperkte omvang die toch meer dan 5.500 euro bedragen, een aangepast bestek op te stellen.

Ten vierde, er komt een regelmatige sensibiliseringscampagne door de integriteitscoördinator, gericht op integriteit binnen de overheidsopdrachten, voor de doelgroep van alle ambtenaren die bij overheidsopdrachten betrokken zijn.

Ten vijfde, het beheer van toegangsrechten wordt verstrengd voor nieuwe medewerkers en medewerkers die van functie veranderen of die de FOD al dan niet tijdelijk verlaten. Dat kadert ook in de implementatie van NIS2 binnen de FOD.

Ten zesde, de governance van de G-Cloud *tenant*, waar mails en data worden beheerd, wordt verbeterd.

Ten zevende, er is een toelichting, en vervolgens de ondertekening door alle nieuwe medewerkers, van een verklaring ter vermindering van belangenconflicten, die in fase 2 wordt uitgebreid naar alle medewerkers.

Ten achtste, het actieplan van het inkapselingsbeleid rond de organisatiebeheersing en NIS2, met systematische meting en auditering, wordt nader gestructureerd.

Ten negende, er komt een nieuw opleidingsplan inzake integriteit, dat in een eerste fase is opgenomen in het leiderschapstraject van alle leidinggevenden van de FOD.

Dat zijn, kort samengevat, de negen punten.

U vraagt naar de ondernomen stappen om soortgelijke problemen in de toekomst te vermijden. Ik verwijs naar wat ik net heb gezegd.

Het FIA-onderzoek wordt intern continu opgevolgd door de FOD Volksgezondheid. Regelmatig vinden er ook nieuwe externe audits plaats, onder meer ook door de FIA in het kader van haar cyclische evaluaties en het jaarlijkse auditplan.

Op uw zevende vraag antwoord ik dat we begrijpen uit de bovenstaande uiteenzetting dat u met dat dossier verwijst naar de kortgedingprocedure die in augustus is ingeleid door Medista. Zoals gezegd voert de gerechtsdeurwaarder momenteel haar inventarisatieopdracht uit. Het al dan niet afronden van het dossier in lopende zaken hangt af van de voortgang van de inventarisatieopdracht en het al dan niet afronden van de overige lopende juridische procedures – bij de opvolging van de aanbevelingen

van de FIA zitten ook juridische procedures – gedurende de periode van lopende zaken hangt ook af van de voortgang van die juridische procedures. Daar kan ik geen voorspelling over doen.

05.04 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik heb begrepen dat de deurwaarder nog steeds bezig is met de inventarisatie. De uitspraak dateert van augustus, ondertussen zijn we half november. Klopt het dat tot nu toe geen enkele vernietiging is gebeurd, omdat die inventarisatie nog aan de gang is? Kunt u dat bevestigen?

05.05 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb mijn antwoord gegeven.

05.06 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik wou even nagaan of ik het goed had begrepen.

05.07 Minister Frank Vandenbroucke: U kunt het nalezen, ik heb alles beantwoord.

05.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Het lijkt wel een delicate vraag te zijn. U kunt toch eenvoudigweg ja of nee antwoorden. Is er al vernietigd of niet?

05.09 Minister Frank Vandenbroucke: Ik herlees. De FOD Volksgezondheid houdt zich aan de door de kortgedingrechter opgelegde bewarende maatregel. Die maatregel houdt in dat de FOD Volksgezondheid de voor vernietiging aangemerkte goederen beschikbaar houdt voor inventarisatie en dus niet tot vernietiging overgaat totdat de inventarisatieopdracht van de gerechtsdeurwaarder afgerond is.

05.10 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, is dat het geheel van de 207 miljoen euro? Is dat het geheel van de stock die u wou vernietigen of een deel van de stock? Dat is mijn vraag.

05.11 Minister Frank Vandenbroucke: Wij houden ons aan de door de kortgedingrechter opgelegde maatregel. Dat is bijzonder duidelijk. Dat moeten wij doen.

05.12 Sofie Merckx (PVDA-PTB): En houdt dat de hele stock in of niet? Dat is toch een eenvoudige vraag, niet?

De **voorzitter:** Collega's, het is geen debat.

05.13 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik begrijp dus dat er nog niets is vernietigd. Daar rijst natuurlijk een vraag. Ik veronderstel dat er moet worden betaald voor de stockage, zolang er niets is vernietigd. Dat is waarschijnlijk ook niet gratis, maar ik weet niet wie voor al die kosten moet opdraaien. De vraag is of de goedkope operatie, die is gebeurd door Movianto aan te stellen, nog zoveel goedkoper is, als wij zien hoeveel kosten ermee gepaard gaan. Voorts constateer ik ook dat de juridische veldslag met Medista nog steeds bezig is en dat daarvoor nog steeds geen oplossing is. Dat kost de belastingbetaler natuurlijk ook veel geld. Ik zal misschien nog een schriftelijke vraag indienen om iets meer details te krijgen, want ik weet niet of ik het niet heb begrepen dan wel of u niet echt wilt antwoorden.

Ik hoor dat de ambtenaar nog steeds geschorst is en dat het tuchtonderzoek nog steeds niet afgelopen is. Het is natuurlijk een spijtige zaak dat dat allemaal zo lang duurt. Voorts hoor ik dat er concrete acties zijn ondernomen naar aanleiding van de FIA-audit om ervoor te zorgen dat openbare aanbestedingen in de toekomst beter worden aangepakt.

05.14 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Over dit dossier hebben we al vaker discussies gehad. Het FIA-rapport heeft ontegensprekelijk drie integriteitsschendingen vastgesteld. U vermeldt hier een maatregel die u onmiddellijk zult implementeren, met name dat u de a posteriori contacten wenst te registreren. Dat is rechtuit de *legal opinion* van het rescEU-project, a contrario uitgevoerd. Het was echt wel noodzakelijk om een actieplan naar voren te brengen. Ik denk dat we het daarover eens zijn. Negen punten worden aangepakt.

Ik heb liever dat de tuchtprocedure grondig gebeurt en dat u echt laat onderzoeken wat er fout gelopen is, dan dat u snel snel te werk gaat. Zes maanden is inderdaad misschien lang, maar het is belangrijk dat het correct verloopt.

Inzake de vernietiging vind ik het maar evident dat u als overheid de uitspraak van een rechter respecteert en dat u niet tot vernietiging overgaat wanneer bewarende maatregelen in een vonnis zijn uitgeschreven. Vandaar dat ik toch wel uitkijk naar het rapport van de deurwaarder. In dat rapport zullen we kunnen zien of er al dan niet iets vernietigd werd dat als bewijsmateriaal zou kunnen dienen. Ik heb er alle vertrouwen in dat de deurwaarder dat grondig zal bekijken.

De afronding van het dossier is niet echt vernoemd, maar ik denk dat over de betaling van die facturen nog heel wat discussie zal ontstaan. De collega verwees net ook al naar de facturen van de verhuis. Daarop zullen we in de toekomst nog terugkomen.

Als staat is het van belang om tot akkoorden te komen en om naar de rechter te luisteren. Dit wordt zeker nog vervolgd.

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

06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van het geneesmiddel tegen osteoporose bij mannen" (56000371C)

06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du médicament contre l'ostéoporose pour les hommes" (56000371C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in de voorbije legislatuur hebben we het in het adviescomité voor Maatschappelijke Emancipatie wel vaker gehad over de wetenschappelijke genderbias. Ik was dan ook verwonderd toen ik werd aangeschreven door een mannelijke osteoporosepatiënt die geen terugbetaling krijgt voor de medicatie die hij nodig heeft. De nationale osteoporosedag is 20 oktober. Osteoporosepatiënten ervaren botbreuken en lijden aanzienlijke pijn. Deze ziekte heeft een aanzienlijke impact op het dagelijks leven van patiënten.

Vrouwen worden het vaakst slachtoffer van deze ziekte. Het gros van de diagnoses wordt bij vrouwen gesteld. Het risico van breuken door osteoporose treft ongeveer een op de drie vrouwen na de menopauze en een op de vijf mannen ouder dan 50 jaar. De behandeling tegen botontkalking kan gebeuren met het medicijn Evenity. De actieve stof in Evenity, romosozumab genaamd, is een monoklonaal antilichaam dat zich richt op een specifiek doelwit in het lichaam, sclerostine. De terugbetaling is enkel geënt op de botdensitometrie die bij vrouwen wordt uitgevoerd. De man die mij contacteerde komt dus niet in aanmerking voor een terugbetaling van Evenity

In Europa is het medicijn ook goedgekeurd, maar alleen voor de behandeling van ernstige osteoporose bij vrouwen, na de menopauze, met een hoog fractuurrisico. Kunt u toelichten waarom de terugbetaling alleen voor deze categorie van patiënten werd goedgekeurd?

In België kost een maandelijkse behandeling voor vrouwen, na tussenkomst van de ziekteverzekering, ongeveer 12 euro. Voor mannen bedraagt de kostprijs echter ongeveer 500 euro per maand. Klopt dit nog steeds? Voorziet u, aangezien een op de zeven mannen boven 60 jaar ermee te maken krijgt, ook een terugbetaling voor deze groep mannen? Zijn er andere middelen met dezelfde werking die in aanmerking komen voor terugbetaling?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het publieke assessmentrapport voor Evenity, het assessment door het Europees Geneesmiddelenagentschap, is ook beschikbaar op de website van het Geneesmiddelenagentschap.

Dat rapport toont dat de baten-risicoanalyse een complexe oefening was. De doeltreffendheid van romosozumab in de behandeling van osteoporose bleek voornamelijk klinisch relevant bij vrouwen, na de menopauze, met ernstige osteoporose. Bij vrouwelijke patiënten met minder ernstige osteoporose was het effect van romosozumab minder overtuigend. In een studie die de resultaten bij vrouwen na de menopauze trachtte te extrapoleren naar mannen, bleek dat de toename van de beenmineraaldensiteit bij mannen slechts de helft was van hetgeen geobserveerd werd bij vrouwen.

Met betrekking tot de veiligheid waren er duidelijke bezorgdheden over een verhoogd risico van

belangrijke cardiovasculaire problemen, met inachtneming van het feit dat mannen sowieso een groter risico van cardiovasculaire problemen hebben dan vrouwen van dezelfde leeftijd. Tijdens de procedure besloot de aanvrager, het bedrijf dus, de indicatie voor mannen niet langer na te streven.

Dat heeft ter hoogte van het wetenschappelijk comité van het EMA, het CHMP, geleid tot de conclusie dat de baten-risicoanalyse alleen positief kan worden bevonden bij de behandeling van vrouwen na de menopauze met ernstige osteoporose.

U hebt de gevolgen goed geschetst. Evenity is geregistreerd en vergoedbaar voor de behandeling van ernstige osteoporose bij postmenopauzevrouwen. Evenity is niet geregistreerd en niet terugbetaald voor de behandeling van osteoporose bij mannen. De gevolgen met betrekking tot de prijs die moet gedragen worden door de patiënt zijn natuurlijk zeer belangrijk. Wanneer het gaat om een man is er geen tussenkomst. We spreken dan over bedragen van 470,69 euro per maand. Dat is natuurlijk heel veel geld.

Om het verschil in terugbetaling bij behandeling met Evenity voor ernstige osteoporose bij vrouwen en mannen weg te werken, is het aan de firma die het geneesmiddel op de markt brengt om de nodige stappen te zetten voor de registratie van de indicatiebehandeling van ernstige osteoporose bij mannen.

Daarvoor dient de betrokken firma een dossier in te dienen bij de bevoegde autoriteiten, zodat de wetenschappelijke gegevens en de klinische studies over de werkzaamheid en veiligheid kunnen worden geanalyseerd die de eventuele uitbreiding van de registratie van Evenity bij mannen met osteoporose zouden toelaten. Pas nadat het geneesmiddel is geregistreerd voor de specifieke indicatie en in de specifieke doelgroep, kan de terugbetaling van het geneesmiddel worden overwogen. Hiervoor dient dan door de firma een procedure bij de CTG te worden opgestart. Diezelfde stappen werden ook voor andere geneesmiddelen voor de behandeling van osteoporose bij mannen gehanteerd. Ik verwijs naar Forsteo, dat is teriparatide, en Prolia, dat is denosumab.

Daarover gaat ook mijn antwoord op uw volgende en laatste vraag. Zijn er andere middelen? Er zijn op dit ogenblik twee klassen van osteoporosemedicatie beschikbaar: antiresorptieve therapie en anabolentherapie. Evenity, romosozumab, behoort tot de klasse van de anabolentherapie. Een andere anabolentherapie is teriparatide, een analoog van het parathyroidhormoon. Teriparatide is beschikbaar als een originele specialiteit voor Forsteo en als *biosimilar* geneesmiddel Sondenbay. Ik laat de details even terzijde, maar ik denk dat u ze kent.

Deze twee specialiteiten zijn vergoedbaar bij de man. Voor mannen met ernstige osteoporose, volgens strikte vergoedingsvoorwaarden van hoofdstuk 4, verwijs ik naar paragraaf 6130000. Voor ernstige glucocorticoïden geïnduceerde osteoporose bij een man of vrouw, volgens strikte vergoedingsvoorwaarden van hoofdstuk 4, verwijs ik naar paragraaf 6140000.

Er is dus eigenlijk een alternatief voor mannen. Dat is ook zeer geconditioneerd, maar Evenity is ook zeer streng geconditioneerd op de ernst van de fractures. Zolang het bedrijf in kwestie Evenity dus niet aanbrengt via een dossier te registreren voor behandeling bij mannen, waar dan eventueel een terugbetaling kan komen, moet men het met deze alternatieven doen.

Die bestaan dus wel degelijk. Ze zijn ook streng qua voorwaarden, maar ze bestaan wel. Ik moet mij baseren, mevrouw Depoorter, op wat de wetenschappelijke experts in onafhankelijke Europese commissies daarover zeggen. Daar kan ik moeilijk aan tornen. Dat leidt tot de huidige situatie.

06.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dat is een zeer moeilijke situatie. Ik ben het er volledig mee eens dat er condities moeten zijn en dat men trapsgewijs in terugbetaling voor gespecialiseerde medicatie moet voorzien. De vraag is hoeveel mannen betrokken zijn bij de klinische studies die de vergelijking tussen mannen en vrouwen hebben gemaakt of de extrapolatie waarover u het hebt. Is het onderzoek grondig genoeg uitgevoerd? Zijn er voldoende profielen geselecteerd? Als er minder *uptake* is en er meer neveneffecten zijn, dan moet men daar conclusies uit trekken.

U verwijst naar de firma die de aanvraag moet indienen. U kunt dat als minister van Volksgezondheid evenwel ook zelf doen, zoals u dat in bepaalde gevallen al hebt gedaan. Wetenschappelijk onderzoek over genderbias focust altijd op vrouwen. Het is inderdaad bewezen dat cardiovasculair onderzoek enzovoort naar vrouwenziektes te weinig is gebeurd of nog gebeurt. Bij ziekten die specifiek meer bij

vrouwen voorkomen dan bij mannen, moeten we er evenwel ook voor zorgen dat mannelijke patiënten dezelfde rechten hebben en evengoed terugbetaling kunnen krijgen als vrouwelijke patiënten.

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

07 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afficheringsplicht voor zorgverleners" (56000651C)

07 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'obligation d'affichage pour les prestataires de soins" (56000651C)

07.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, in de vorige legislatuur voerden we de wet op de afficheringsplicht voor gezondheidszorgbeoefenaars in, zodat zij hun tarieven zouden uithangen met het oog op meer transparante financiële informatie voor de patiënten.

Intussen heeft het RIZIV voor verschillende sectoren conceptaffiches op de website gepubliceerd, maar jammer genoeg blijken niet alle affiches aan het wettelijke criterium van de informatieplicht te voldoen. De omschrijvingen die worden gebruikt, zijn niet voor elke patiënt te verstaan. Wij hebben het in de commissie vaak over een geconventioneerd, een partieel geconventioneerd en een gedeconventioneerd honorarium. Dat is voor ons voor de hand liggend, maar het is niet altijd evident voor de patiënten.

Voor bepaalde beroepsgroepen zoals de tandartsen is er nog steeds een te beperkte selectie van prestaties op de affiches. Voor bepaalde soorten zorgverleners, de kinesisten en de logopedisten, informeren de affiches niet duidelijk over de financiële nadelen van de zogenaamde 25 %-regel. Bij de audiciens staat het dan weer wel in de voetnoten weergegeven. Bij de opticiens staat het helemaal bovenaan de affiche vermeld.

Ik geef u deze voorbeelden mee, omdat dit nog altijd vreemd is om te moeten vaststellen. Ik ga ervan uit dat de templates eengemaakt zijn en per beroepsgroep worden aangepast. Toch zien we dat heel veel verschillende manieren worden gebruikt. De bepalingen die we hebben goedgekeurd, worden dus niet gevolgd.

Mijnheer de minister, voorziet u in controles op de informatieplicht die alle beroepsgroepen hebben? Zullen er sancties voor inbreuken komen? Zullen er inspecteurs worden aangesteld om dat deftig te controleren? We stellen immers heel wat gebrekkige informatie vast.

Zal er nog een evaluatie komen van de modellen van de affiches die er vandaag bij het RIZIV worden gepubliceerd? Is er al een timing voor de affiches voor artsen? We zijn intussen 2,5 jaar verder en de affiches van de artsen zijn nog steeds niet klaar.

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Farih, artikel 168 van de GVV-wet voorziet dat administratieve geldboetes kunnen worden opgelegd aan zorgverleners die de affichageverplichting van artikel 73 niet respecteren, maar dat artikel moet nog het voorwerp uitmaken van een uitvoeringsbesluit. Een dergelijk besluit wordt door mijn administratie voorbereid.

Hoe zit het met de evaluatie van die modellen? In het algemeen dienen de opgenomen tarieven telkens aangepast te worden aan de gewijzigde toepasbare tarieven. Dat zal met andere woorden gebeuren volgend op elke nomenclatuurwijziging of een indexering wanneer die raakt aan een van de opgenomen, meest gangbare vergoedbare verstrekkingen of wanneer dat beschouwd moet worden als een gangbare vergoedbare verstrekking die ingevoerd wordt. Dat kan, ook met aanpassingen voor de eventuele supplementen, zonder herziening van de modellen zelf gebeuren.

De procedure tot herziening van de affichemodellen voor de andere melding is dezelfde als die voor een eerste vaststelling van de affiche. Het vergt een aanpassing aan de verordening, die het vastgestelde model formeel herneemt, welke aanvangt met een nieuw overleg tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgverleners die vertegenwoordigd zijn in de betrokken commissies, gevolgd door vaststellingen van een nieuw model door het Verzekeringscomité en een nieuwe publicatie van de affiches in het Belgisch Staatsblad. Die procedure is nogal een mond vol, maar er hangen dan ook sancties mee samen, wat wel verklaart waarom heel die procedure gevolgd wordt.

Inzake de timing kan ik zeggen dat het een complexe oefening is voor de artsen, aangezien we voor bijna 30 specialisaties de meest voorkomende prestaties moeten bepalen. Daarom heeft het RIZIV aan het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten, het VBS, advies gevraagd. Ons doel is om in het eerste semester van 2025 te landen.

Tot slot, wat uw twee laatste vragen betreft, het Verzekeringscomité heeft op voorstel van de bevoegde commissies affiches vastgesteld die de zorgverleners moeten gebruiken om hun tarieven kenbaar te maken waarop de meest voorkomende verstrekkingen al ingevuld staan. De zorgverlener moet de passende affiche kiezen naargelang zijn conventiestatuut en daarop haar of zijn naam, RIZIV-nummer en KBO-nummer aangeven, en daarnaast ook nog zelf de prijzen invullen. Momenteel is dat een pdf-document dat de zorgverlener elektronisch kan invullen.

Het RIZIV heeft in het verleden al een communicatie uitgestuurd naar de zorgverleners om hen te informeren over de affiches en het nut ervan en om hen te activeren om ze op te hangen. Die communicatie gebeurde via directe e-mail naar alle betrokken zorgverleners en via een bericht op onze site.

Het RIZIV zal in de nabije toekomst ook een campagne voeren via de ziekenfondsen om patiënten te informeren over de affiches. Daarbij zal aandacht worden besteed aan het lezen en begrijpen van de affiches, zodat de patiënten kunnen leren over het zorgsysteem. Anderzijds zal deze communicatie ook focussen op *patient empowerment*. Het RIZIV zal de patiënt aanmoedigen om ook de kostprijs van de zorg te bespreken met de zorgverlener.

07.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik heb u daarnet een lijstje gegeven van de templates die ik heb teruggevonden op de website van het RIZIV. Daar zien we dat er nog steeds fouten zitten in de templates die worden aangeboden aan de gezondheidszorgbeoefenaars. Ik wil u vragen om daarvan een evaluatie te maken. Ik heb dat immers niet horen terugkomen in uw antwoord. Als wij er niet voor zorgen dat die templates correct zijn en correct worden gepubliceerd, dan hebben de gezondheidszorgbeoefenaars niet de juiste basis om op voort te werken.

07.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik zal dat verder bekijken.

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

08 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De indexerings van het forfait voor haarwerken" (56000652C)

08 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indexation du forfait pour les prothèses capillaires" (56000652C)

08.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, wij hebben in de vorige legislatuur ook al gesproken over haarwerken. Vandaag wordt er een forfaitaire vergoeding voorzien voor haarwerken, maar die is al jarenlang niet meer geïndexeerd, terwijl een haarwerk vandaag gemiddeld 2.000 euro kan kosten en heel wat patiënten toch nood hebben aan een deftig haarwerk om ervoor te zorgen dat niet enkel hun mentaal welzijn, maar ook hun sociale contacten goed verder kunnen verlopen, zonder schroom. Het kan voor bepaalde patiënten immers vaak moeilijk zijn om met kaalheid door het leven te moeten gaan.

Het gaat over een heel grote doelgroep: kankerpatiënten, maar ook mensen die gedeeltelijke of permanente kaalheid oplopen door andere medische redenen. Ik wil toch nog eens oproepen om de nodige aandacht te geven aan die patiënten. In de vorige legislatuur zei u dat u eerst aandacht wou geven aan de terugbetaling van stoffen accessoires en dat u bereid was om te onderzoeken of een indexerings van het forfaitair bedrag mogelijk zou zijn. Intussen hebt u werk gemaakt van de terugbetaling voor stoffen accessoires, waarvoor ik dankbaar ben, maar de vele patiënten die toch een haarwerk willen aankopen, moeten het nog steeds met het beperkte forfait van 180 euro stellen. Hebt u intussen al kunnen onderzoeken of een indexerings van het forfaitair bedrag mogelijk is?

In de bijlage bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 staat trouwens ook een extra drempel: mensen die een haarwerk met een forfaitaire vergoeding willen krijgen, moeten eerst bij een dermatoloog passeren, en dat elke twee jaar. In tijden van gigantische wachtlijsten – soms tot wel een

jaar, zeker bij dermatologen – vraag ik mij af of wij die drempel niet kunnen wegwerken. Zeker voor de mensen bij wie permanente kaalheid wordt vastgesteld, lijkt het mij niet nodig dat zij om de twee jaar naar de dermatoloog moeten gaan, gelet op de kosten bij de dermatoloog en omdat er toch al permanente kaalheid is vastgesteld.

Hebt u al kunnen onderzoeken of een indexering van het forfaitaire bedrag van 180 euro mogelijk is en, zo ja, zult u daar werk van maken? Bent u bereid om de vereiste van een aanvraag door de dermatoloog voor patiënten met permanente kaalheid te herbekijken?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Of en vanaf wanneer de prijzen eventueel geïndexeerd kunnen of zullen worden, is een oefening die binnen de bevoegde commissie in het kader van haar prioriteitenstelling gemaakt moet worden. De bevoegde commissie is de CTFPV, de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen.

In de huidige context – ik verwijs naar ons debat over het budget – is het niet de bedoeling het KB van 23 november 2021, waarin het forfait voor haarprothesen wordt bepaald, te herzien. Ik kan dat nu a fortiori niet beginnen te doen.

U stelt ook een vraag over de rol van de dermatoloog. Een aanvraag door de behandelende dermatoloog is verplicht om een vergoeding te krijgen. De reden daarvoor is dat we misbruik in de ziekteverzekering willen voorkomen. Voor een chronische zieke lijkt het ook opportuun dat die zich om de twee jaar tot de dermatoloog wendt voor een raadpleging.

Mijn administratie heeft me gemeld dat ze vanop het terrein nog geen vraag heeft gekregen om dat aspect van het dossier te herbekijken. Ze is niet op de hoogte van een problematiek daaromtrent, maar als u op basis van getuigenissen of bij u gemelde ervaringen effectief een probleem opmerkt, is het misschien nuttig als u of andere mensen die daarmee bezig zijn dat bij mij nog meer in detail aankaarten. Op die manier kan ik een meer precieze vraag aan het RIZIV en de bevoegde commissie stellen.

Ik suggereer dus om als u meer gegevens hebt - soms misschien delicate gegevens van concrete casussen - die mij te bezorgen. Ik ben dan bereid om ze verder te laten bekijken.

08.03 **Nawal Farih** (cd&v): Ik zal u die gegevens zeker via uw medewerkster bezorgen.

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

09 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sterftcijfers" (56000655C)**

09 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le taux de mortalité" (56000655C)**

09.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil het even hebben over de sterftcijfers van 2023 die ik heb gevonden op gezondbelgie.be. Daar is goed nieuws te melden. De sterfte lag het voorbije jaar lager dan voor de coronapandemie, wat op zich prima is. Wat echter blijft opvallen, zijn de heel grote verschillen tussen mannen en vrouwen en tussen de gewesten, waarbij het sterftcijfer in Wallonië een stuk hoger blijft liggen dan in Vlaanderen. Dat is al vele jaren het geval.

Het laagste sterftcijfer vinden we bij de Vlaamse vrouwen, met 701 per 100.000. Dat staat in groot contrast met het sterftcijfer voor Waalse mannen, met 1.212 op 100.000. De Brusselse bevolking zit er tussenin. Het zorgsysteem is nochtans op dezelfde manier gefinancierd in de verschillende gewesten, ook al klopt het dat het preventieve luik bij de deelstaten zit.

Hoe positioneren Vlaanderen, Wallonië en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest zich ten opzichte van andere Europese landen wat het sterftcijfer betreft? Bestaan er in andere West-Europese landen ook zulke grote regionale verschillen en verschillen tussen mannen en vrouwen? Waar positioneert ons land zich wat dat betreft?

Werd er ooit een analyse gemaakt van de verschillen in sterftcijfer voor mannen en vrouwen en voor

de verschillende gewesten? Kunt u dat toelichten? Welke aanpak is volgens u wenselijk wanneer we de sterftecijfers willen laten evolueren naar de laagst mogelijke?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, als men de drie gewesten in ons land samen met de lidstaten van de Europese Unie rangschikt in termen van mortaliteitscijfers, gecorrigeerd volgens leeftijd, krijgen we het volgende. Het Vlaamse Gewest zou het 3de laagste mortaliteitscijfer hebben, na Spanje en Frankrijk. Het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest zou het 9de laagste cijfer hebben, ergens tussen Ierland en Finland. Het Waalse Gewest zou als 17de laagste uitkomen, tussen Slovenië en Cyprus.

Als we het Europa van de 14 rangschikken volgens de relatieve verschillen tussen de mortaliteitscijfers van mannen en vrouwen, dan staat België op de 5de plaats van de landen met de grootste verschillen. Van groot naar klein gerangschikt is dat Frankrijk, Spanje, Portugal, Finland en dan België.

Het Europa van de veertien zijn historisch de eerste veertien landen van de Europese Unie. Dat is ook een relatief vergelijkbare groep.

De regionale verschillen die we in België vaststellen, zijn in zekere zin niet verrassend, omdat ze vergelijkbaar zijn met de regionale verschillen in landen als Frankrijk en Duitsland. Dat is echter geen excuus of reden voor zelfgenoegzaamheid. We zien dat gegeven echter terugkomen in andere landen.

De website www.mijngezondheid.belgie.be volgt de verschillen tussen vrouwen en mannen evenals de regionale verschillen voor een hele reeks doodsoorzaken.

Voor vroegtijdige sterfgevallen, zijnde voor de leeftijd van 75 jaar, is er op de website een rangschikking beschikbaar van de oorzaken die het meest bijdragen tot de regionale verschillen. Uit de rangschikking blijkt bijvoorbeeld dat de oorzaken van vroegtijdige sterfte die het meest tot de verschillen in mortaliteitscijfers tussen het Vlaamse Gewest en het Waalse Gewest bij mannen in 2021 bijdroegen, te wijten waren aan COVID-19, ischemische cardiopathie en longkanker. Bij vrouwen ging het eveneens om COVID-19; maar ook om chronische obstructieve longziekte en ischemische cardiopathie.

Het is de bedoeling de gezondheidskloof in termen van verwachte levensjaren in goede gezondheid te reduceren met 25 %, de vermijdbare sterfte te reduceren met 15 % en tot de tien landen met de hoogste gezonde levensjaren te behoren.

Dat willen we samen met de collega's van de deelstaten. Het is een belangrijke stap om dergelijke gezondheidsdoelen vast te leggen en deels al hebben vastgelegd in de IMC.

Wanneer we het hebben over een zo goed mogelijke gezondheid voor zoveel mogelijk mensen, spelen er veel factoren, zoals individuele keuzes op het vlak van levensstijl, maar ook kwesties die het individuele niveau overstijgen. Ter zake ligt een grote verantwoordelijkheid bij het gevoerde beleid, bijvoorbeeld inzake toegang tot groene ruimte, gezonde voeding en huisvesting.

Het is dus belangrijk dat er interfederaal een eerste stap is gezet in de richting van het gezamenlijk afspreken van gezondheidsdoelen. We moeten die dan verder vertalen in operationele doelen. Die kunnen een leidraad zijn voor het preventiebeleid in de deelstaten, voor wat we doen met de federale ziekteverzekering en voor wat we samen doen.

Men is zich misschien te weinig bewust van de regionale verschillen. In die zin is uw vraag wel een goede en belangrijke vraag. Die verschillen zijn wel groot. Als we de gezondheidsongelijkheid willen verminderen in ons land, hebben de deelstaatregeringen binnen hun bevoegdheden een belangrijke rol te spelen, net zoals wij binnen onze bevoegdheden een belangrijke rol te spelen hebben. Ik wil dat echt wel onderstrepen.

09.03 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, ik heb deze vraag vooral gesteld om de kwestie nog eens onder de aandacht te brengen. Ik vind dat het te weinig bekend is dat de verschillen zo groot zijn, zowel die tussen mannen en vrouwen als die tussen de verschillende gewesten in het land.

Samenwerking is absoluut nodig, maar wellicht ook een aanpak op maat van de problemen die er zijn en een aanpak op maat van de kenmerken van de bevolkingsgroepen. Ik vind dat we naar een

geïntegreerd en tegelijkertijd gefocust beleid moeten gaan. Ik hoop dat daar binnenkort nog meer werk van kan worden gemaakt.

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

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een stand van zaken met betrekking tot de Federale Toezichtscommissie" (56000656C)

10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un état de la situation en ce qui concerne la Commission fédérale de contrôle" (56000656C)

10.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de Federale Toezichtscommissie werd opgericht om de kwaliteit van zorg en de geschiktheid van zorgverstrekkers te controleren. Het is van groot belang dat dit orgaan voldoende slagkracht heeft.

Ik stelde u eerder al vragen over de werking van de commissie en de achterstand die ontstond in het aantal te behandelen dossiers door het opheffen van de Provinciale Geneeskundige Commissie en de tijd die er verstreek vooraleer de Federale Toezichtscommissie echt in werking kon treden.

Mijnheer de minister, is de Federale Toezichtscommissie vandaag volledig operationeel en werkt ze zoals bedoeld?

Werd de achterstand in dossiers ondertussen volledig weggewerkt? Zo neen, hoeveel dossiers staan er nog open per provincie en per beroepsgroep?

In hoeveel gevallen diende de Toezichtscommissie over te gaan tot schorsing van een zorgverstrekker? Kunt u dit opsplitsen per beroepsgroep en per provincie?

Zijn de rapporten van de Federale Toezichtscommissie openbaar? Zo neen, waarom niet en acht u dit wenselijk?

Is de Federale Toezichtscommissie ondertussen voldoende bekend? Welke inspanningen werden gedaan om de Toezichtscommissie bekend te maken?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: De Federale Toezichtscommissie is momenteel grotendeels operationeel en voert haar kerntaken uit. Er is een internetpagina ontwikkeld om incidenten te signaleren. Alle administratieve processen zijn ontwikkeld. Er wordt een database aangelegd met alle dossiers, zodat dossiers kunnen worden verwerkt en gemonitord. De geplande aanwervingen zijn allemaal uitgevoerd. De vervanging van de aftredende Franstalige secretaris is in voorbereiding.

Gemiddeld houden de beide kamers elke vijf weken een plenaire vergadering. De Federale Toezichtscommissie behandelt met prioriteit gevallen van beroepsongeschiktheid zoals ziekte en verslaving, gedrag dat gevaarlijk is voor de volksgezondheid of voor patiënten en gevallen van illegale praktijkvoering.

Er wordt ook gewerkt aan een risicoanalyse om het coördinatiebureau van de commissie te helpen bij het bepalen van de prioriteiten voor de komende jaren. Er blijven wel nog stappen te nemen om de werking te verbeteren. De administratie zegt mij dat hiervoor een wijziging in de wet nodig is.

Ik heb dus gevraagd aan de administratie om ter zake aanbevelingen te doen rond wat volgens hen in de wetgeving moet worden gewijzigd door een volgende regering.

Ik kom nu tot de cijfers voor de Franstalige Kamer. Op 31 oktober waren, sinds januari 2023, 404 dossiers ingediend. 46 dossiers zijn afgesloten. 328 dossiers zijn nog in behandeling en 85 daarvan worden nog onderzocht door de inspecteurs. Daaronder bevinden zich de dossiers van de voormalige Franstalige provinciale geneeskundige commissies, die lopende waren op het moment dat de Federale Toezichtscommissie in werking trad. 35 % van de lopende zaken heeft betrekking op artsen. 20 % heeft betrekking op illegale praktijkvoering, 18 % op verpleegkundigen en 14 % op tandartsen. De overige 13 % zit verspreid over andere beroepen in de gezondheidszorg.

Alle slapende archiefdossiers van de voormalige Franstalige provinciale geneeskundige commissies zijn geanalyseerd en ingevoerd in de database van de Federale Toezichtcommissie, met uitzondering van Luik. Die dossiers worden momenteel nog verwerkt. De afgehandelde dossiers, want dat zijn het dan, zijn opgeslagen ter informatie, bijvoorbeeld in geval van een recidive. Daarvoor is het nuttig dat die ook verwerkt zijn.

Voor de Nederlandstalige Kamer werden er op 31 oktober, sinds januari 2023, 556 dossiers ingediend. 342 dossiers werden afgehandeld. 91 staan klaar om geagendeerd te worden en 44 worden nog onderzocht door de inspecteurs. 79 zijn nog in behandeling. Daaronder bevinden zich de 157 dossiers van de voormalige Nederlandstalige provinciale geneeskundige commissies, die lopende waren op het moment dat de Federale Commissie in werking trad. 127 van deze dossiers kunnen als afgehandeld worden beschouwd. En opnieuw, alle slapende archiefdossiers van de voormalige Nederlandstalige provinciale geneeskundige commissies zijn geanalyseerd en ingevoerd in de database van de Federale Toezichtcommissie.

Dan kom ik tot uw vragen over het aantal schorsingen. In totaal werd in achttien dossiers overgegaan tot een maatregel van schorsing of intrekking van het visum: vijf in de provincie Antwerpen, zes in West- en Oost-Vlaanderen en een in Vlaams-Brabant. Elf dossiers hadden betrekking op het gezondheidszorgberoep van arts, vijf dossiers hadden betrekking op verpleegkundigen en twee dossiers op een andere beroepsgroep. Aan Franstalige zijde zijn zeven gezondheidszorgbeoefenaars geschorst: een in Waals-Brabant, een in Brussel, twee in Henegouwen, een in Luik en twee in Luxemburg.

De schorsing of intrekking van het visum wordt in laatste instantie door de kamers beslist. In de meeste gevallen waarbij actie nodig is, leggen de kamers in plaats daarvan voorwaarden op aan de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar: een medisch attest van zorg, van soberheid, een attest van vorming en dergelijke.

Uw volgende vraag betreft de rapporten van de Federale Toezichtcommissie. Volgens artikel 60 van de wet van 22 april 2019 inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering binnen de gezondheidszorg stelt de Federale Toezichtcommissie ten behoeve van de minister jaarlijks een verslag op met betrekking tot het toezicht dat ze in uitvoering van die wet uitoefende op de praktijkvoering. De wet bepaalt dat het verslag geen betrekking mag hebben op een natuurlijke persoon die is geïdentificeerd of kan worden geïdentificeerd. De wet voorziet niet expliciet in de publicatie van dat rapport, maar dat lijkt me wel wenselijk. Ik zal mijn administratie dan ook vragen om het openbaar te maken. Vooraf zal ik de administratie vragen of ze daarvoor een beletsel zou zien vanuit het oogpunt van de wet op de openbaarheid van bestuur. Ik veronderstel dat dat niet het geval zal zijn. Mocht ze toch een beletsel zien, moeten we onderzoeken hoe we dat oplossen. Ik ben het dus met u eens dat het rapport openbaar zou moeten worden gemaakt.

U vraagt vervolgens of de commissie voldoende bekend is. Sinds mei 2024 werd de website van de Federale Toezichtcommissie voor het publiek toegankelijk gemaakt, waarbij elke burger of gezondheidszorgbeoefenaar een vraag, melding of klacht kan richten aan de commissie via een daartoe ontwikkeld formulier.

Vanuit de FOD werd reeds gecommuniceerd naar de gezondheidszorgbeoefenaars en de desbetreffende beroepsverenigingen over het bestaan van de Federale Toezichtcommissie, de verantwoordelijkheden die ze heeft. De Toezichtcommissie is al bekend bij instellingen en autoriteiten die actief zijn in de gezondheidszorg, het RIZIV, het FAGG enzovoort.

De Federale Toezichtcommissie is ook het onderwerp geweest van verschillende persartikels. Anderzijds verwezen andere autoriteiten, zoals ombudsdiensten, ziekenfondsen en burgers, regelmatig naar de commissie en haar onlineformulier voor vragen of klachten die binnen de bevoegdheid van de commissie vallen.

Er wordt momenteel werk gemaakt van een bredere communicatiecampagne, om ook het grotere publiek te informeren. Deze communicatiecampagne zal naar verwachting in het tweede kwartaal van 2025 van start gaan.

10.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het was een heel interessant antwoord, ik ga het

ook nog eens goed nalezen, vooral met betrekking tot de cijfers. Ik denk dat er wel nog wat achterstand in te halen is, vooral bij de Franstalige dossiers, als ik het goed begrepen heb, maar ik ga het nog eens verder bekijken. Het lijkt mij wel belangrijk dat er actie wordt genomen en dat die dossiers zo snel mogelijk worden behandeld. Het gaat immers soms om prangende dossiers.

Het is heel goed dat u zult vragen om die rapporten ook publiek te maken. Dat kan ook bijdragen aan de bekendheid van de Federale Toezichtscommissie. Het is ook goed dat er een campagne zal worden gericht naar het bredere publiek, want het is voor elke burger van belang, men moet gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die de Federale Toezichtscommissie biedt, om onze kwaliteit van zorg zo goed mogelijk te bewaken en te verbeteren waar mogelijk.

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

11 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan infusievloeistoffen in Nederland" (56000664C)

11 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de solution pour perfusion aux Pays-Bas" (56000664C)

11.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, er is plotseling een tekort aan infusievloeistoffen in Nederland. Dat zou zijn veroorzaakt door de sluiting van een grote fabriek van Baxter door orkaanschade. Dat kan mogelijk ook gevolgen hebben voor België. Gelet op de afhankelijkheid van specifieke leveranciers en de belangrijke rol van infusievloeistoffen in ziekenhuizen, dringt de vraag zich op of er ook problemen te verwachten zijn in België en welke maatregelen er getroffen worden om de beschikbaarheid te waarborgen.

Ik verwijs verder naar mijn ingediende vraag.

Heeft België ook te maken met een tekort aan infusievloeistoffen door de sluiting van de Baxter-fabriek, en zo ja, welke stappen worden ondernomen om de beschikbaarheid te verzekeren?

Wordt er contact onderhouden met alternatieve leveranciers of overwogen om tijdelijk vloeistoffen uit andere landen te importeren om een tekort te voorkomen?

Overweegt België, in samenwerking met ziekenhuizen en zorginstellingen, richtlijnen op te stellen om het verbruik van infusievloeistoffen te beperken in het geval van leveringsproblemen?

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, België is geïmpacteerd door de tijdelijke sluiting van de Baxterfabriek in North Cove in de Amerikaanse staat North Carolina ten gevolge van de orkaan Helene, zij het in beperkte mate. Er is nu een situatie van overmacht. In de meeste landen gaat het over een beperkte beschikbaarheid. Dat geldt ook voor België. Voor de tien geneesmiddelenverpakkingen in het gamma infusieoplossingen van Baxter die momenteel in omloop zijn, vinden er dus nog steeds leveringen plaats, weliswaar met quota. Het FAGG volgt de situatie op en staat in contact met de firma en met het Europees Geneesmiddelenagentschap.

Het FAGG heeft de firma's van gelijkaardige geneesmiddelen gecontacteerd en de situatie wordt op nationaal niveau gevolgd. Aan de firma's van gelijkaardige producten werd inderdaad de vraag gesteld of additionele leveringen naar België kunnen plaatsvinden. Zodra de evaluatie volledig is afgerond, zal worden bekeken of aanbevelingen op nationaal niveau noodzakelijk zijn. Het FAGG staat daarover in contact met de ziekenhuizen.

11.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dat is een perfect antwoord. Ik ben blij dat u de zaak goed opvolgt en weet wat er aan de hand is.

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

12 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van de PIT's en de erkenningen" (56000669C)

12 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement des PIT et les agréments" (56000669C)

12.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de werking van de PIT's is algemeen bekend. Net als bij MUG zouden er voor een goede geografische dekking PIT's beschikbaar moeten zijn, omdat zij als een soort buffer kunnen fungeren tussen de ambulances en de MUG's.

De PIT's kunnen in een gebied dus ook de druk op MUG-interventies verminderen. Begin dit jaar werd voor Antwerpen in twee bijkomende PIT's voorzien, maar ook andere ziekenhuizen dienden daarvoor aanvragen in. Graag krijg ik van u hierover wat meer informatie.

Hebt u indicaties dat de bufferfunctie voldoende speelt? Hoeveel aanvragen voor een PIT werden er dit jaar ontvangen? Hoeveel werden er geweigerd? Op basis van welke criteria gebeurde de erkenning of de weigering?

Hoe evolueerde het budget voor de PIT's? Op basis van welke criteria en/of parameters werd dit ingeschat?

Zijn er op dit moment lacunes in de geografische beschikbaarheid van PIT's?

Wordt er voor het werkingsjaar 2025 een verhoogde erkenning gepland?

Het AZ Alma uit Eeklo probeert al drie jaar een PIT-erkenning te verkrijgen. Ook de federale gezondheidsinspecteurs erkennen dat er blinde vlekken zijn voor urgentiezorg in het Meetjesland. Het verkrijgen van een PIT-erkenning, naast het behoud van de MUG-erkenning, zou de urgentiezorgverlening in het Meetjesland aanzienlijk verbeteren, zo zegt men mij.

Plant u in de nabije toekomst een PIT-erkenning voor het AZ Alma? Ziet u een lacune in de zorgverstrekking in het Meetjesland?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik zal u een samenvattend antwoord geven van veel tabellen die ik u op papier zal overhandigen. Dit jaar zijn er 26 PIT-permanenties gestart. Op basis van de gegevens van de interventies van januari tot en met oktober van dit jaar blijkt dat de opstart van extra PIT-permanenties inderdaad een bufferfunctie vervult. We zien zowel een afname van het procentuele aandeel MUG-interventies als een afname van het procentuele aandeel ambulance-interventies. Die afnames zijn niet spectaculair, maar toch duidelijk. Ik overhandig u de details op papier.

Hoeveel aanvragen werden er dit jaar ontvangen, hoeveel werden er geweigerd en welke criteria gelden er? Vooreerst wil ik verwijzen naar een antwoord dat ik heb gegeven op de schriftelijke parlementaire vraag nr. K15 op 3 september 2024, waarin de evolutie van het aantal erkende PIT-permanenties werd beschreven, alsook een situatie van het aantal PIT-permanenties per 1 september 2024 werd meegegeven. Kort samengevat werden, zoals gezegd, 26 PIT-permanenties opgestart in 2024. Meer bepaald werden 5 ambulancepermanenties omgevormd tot een PIT-permanentie, er kwamen 8 volledig nieuwe PIT-permanenties en 13 zogenaamde netwerk-PIT-permanenties. Daarnaast werden 6 netwerk-PIT-permanenties, voorzien om op te starten in 2024, uitgesteld of afgelast wegens personeelstekort.

Het koninklijk besluit van 4 juli 2024 tot vaststelling van de erkenningsnormen voor ambulancediensten, actief binnen de dringende geneeskundige hulpverlening, beschrijft de erkenningsvoorwaarden voor ambulance- en PIT-permanenties.

Nu kom ik tot het budget. De PIT-permanenties krijgen net als de ambulancepermanenties een subsidie dringende geneeskundige hulpverlening volgens de modaliteiten van het koninklijk besluit van 6 december 2018. Tussen 2019 en 2023 was er bovendien een extra financiering voorzien vanuit het RIZIV ter waarde van 120.000 euro per PIT-permanentie die deel uitmaakte van het proefproject PIT. Sinds 2024 is die extra financiering via het RIZIV weliswaar stopgezet.

In opvolging van het ministerieel besluit van 20 september 2024 wordt vanaf 2025 een correctiefactor toegewezen aan de PIT-permanenties, waardoor die een hoger puntenaantal en dus een hogere permanentiesubsidie zullen ontvangen in vergelijking met een ambulancepermanentie.

U vraagt wat op dit moment de lacunes zijn in het aanbod. Ik verwijs daarvoor naar de tabel met de PIT-functie per provincie, die ik heb meegegeven bij mijn antwoord op de parlementaire vraag K15 van 3 september 2024. We kunnen stellen dat er vooral in Wallonië, Limburg en Vlaams-Brabant nog een lacune is in de geografische beschikbaarheid van de PIT's.

Wordt er voor het werkingsjaar 2025 een hoger budget voorzien? Ja. Enerzijds is er een aanzienlijke toename van de globale subsidie-enveloppe voor de dringende geneeskundige hulpverlening, ter waarde van 93 miljoen euro. Het totale budget stijgt zo van 146 naar 239 miljoen euro. Anderzijds is, zoals ik daarnet heb gezegd, een nieuwe correctiefactor voorzien die ervoor zorgt dat een PIT-permanentie meer permanentiesubsidie toegewezen krijgt in vergelijking met een ambulancepermanentie met dezelfde beschikbaarheden.

Wat betreft uw laatste vraag, over het Algemeen Ziekenhuis Alma, bij de toekenning van de PIT per netwerk hebben verschillende netwerken binnen het ziekenhuisnetwerk KOM (Kust, Ommeland en Meetjesland) zich kandidaat gesteld. Uiteindelijk heeft de bevoegde Provinciale Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening beslist om de PIT binnen het netwerk toe te wijzen aan het AZ Damiaan in Oostende. Als het AZ Alma een erkenning wenst, kan het ziekenhuis zich altijd kandidaat stellen om erkend te worden bij de volgende oproep.

12.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Als we het hebben over bufferzones, dan begrijpt u natuurlijk dat Oostende vrij ver van Eeklo ligt. Dat is het probleem met die netwerken die provincie-overschrijdend zijn. Als ik het landschap bekijk, denk ik dat die hele regio, een regio met ongeveer 200.000 patiënten, in aanmerking zou kunnen komen. Zoals u zegt, moet het ziekenhuis daarvoor zelf een aanvraag indienen, maar ik heb begrepen dat dit niet altijd evident is.

U zegt dat die bufferfunctie bewezen is, dat die ervoor zorgt dat de MUG's worden ontlast en dat de patiënten goed worden geholpen. Ik denk dat we er echt over moeten nadenken om deze functie ook voor Eeklo te erkennen.

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

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een lijst van toegestane geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik" (56000676C)

13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Une liste de médicaments à usage vétérinaire autorisés" (56000676C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is bijzonder dat het FAGG heeft vastgesteld dat sommige dierenartsen regelmatig grote hoeveelheden Zolpidem voorschrijven. Zolpidem is een inslaapmiddel. Ik kan me voorstellen dat dit niet wordt gebruikt om koeien een betere nachtrust te bezorgen of om hondjes te doen slapen. Het is een medicijn voor humaan gebruik en het is dus bijzonder dat een dierenarts medicijnen voor humaan gebruik zou voorschrijven, laat staan in grote hoeveelheden. Een paar jaar geleden hebben we deze oefening voor de tandartsen gemaakt. Tandartsen kunnen ook niet meer alle geneesmiddelen voorschrijven, zoals antidepressiva en dat lijkt mij een goede zaak.

Bent u op de hoogte van deze problematiek? Ik vermoed van wel, vermits het FAGG erover heeft gepubliceerd. Op basis van welke vergelijkingsbasis vermoedt het FAGG dat er oneigenlijk gebruik plaatsvindt? Wat is dan dat oneigenlijke gebruik? Gaat het om grote hoeveelheden? Werd dat gerapporteerd door mijn collega-apothekers?

In hoeverre bent u op de hoogte van deze specifieke problematiek? Hebt u vermoedens waarvoor dit geneesmiddel wordt gebruikt? Betreft het een recent fenomeen of is er een vermoeden dat dit

geneesmiddel reeds langer oneigenlijk werd gebruikt, maar dat dit niet gerapporteerd werd?

Ziet u mogelijkheden om een duidelijke richtlijn of lijst te ontwikkelen die vastlegt welke geneesmiddelen al dan niet door dierenartsen mogen worden voorgeschreven? Bepaalde middelen voor humaan gebruik kunnen immers ook voor dieren worden gebruikt. Welke mogelijke strategie tot verbeterde controle ziet u?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Allereerst wil ik reageren op een detail in de formulering van uw vraag, met name de vergelijkingsbasis. Er is geen vergelijkingsbasis waarop het FAGG zich baseert om oneigenlijk gebruik van Zolpidem door dierenartsen vast te stellen. Bij het uitvoeren van controles op de registers beschikbaar in een dierenartsenpraktijk is het wel zo dat de dierenarts-inspecteurs de aankoop van Zolpidem voor hun dierenartsendepot in de apotheken open voor het publiek konden vaststellen. Er zijn enkele dergelijke vaststellingen gemaakt.

Zoals u zegt, is er op heden geen toepassing van Zolpidem in de dierengeneeskunde gekend. Dat is een aanwijzing van de aankoop van Zolpidem voor gebruik bij een humane patiënt, zo mogelijk voor eigen gebruik. Het voorschrijven door een dierenarts van geneesmiddelen voor gebruik bij humane patiënten komt neer op een onwettige uitoefening van de geneeskunde. Ik geef daar nu niet meer commentaar op, mevrouw Depoorter, omdat het onderzoek nog loopt. Dat is echter duidelijk wel de situatie.

Het voorschrijven door dierenartsen van geneesmiddelen voor gebruik bij een humane patiënt is in het verleden reeds sporadisch vastgesteld. Ik heb geen bijkomende gegevens over het voorschrijven of het verschaffen van Zolpidem in deze context.

Wat moeten we beleidsmatig doen? Mijn administratie vindt de opstelling van een lijst van geneesmiddelen die door een dierenarts mogen voorgeschreven worden, dus een positieve lijst, niet aangewezen. Dat zou er immers toe kunnen leiden dat het voorschrijven van een noodzakelijk geneesmiddel dat niet op die lijst staat, wordt verhinderd.

Het correct voorschrijven door een dierenarts wordt geregeld door het cascadesysteem dat de dierenarts uiteraard moet respecteren. Zoals vandaag de controles zijn georganiseerd, lijken die afdoende. Oneigenlijk gebruik werd wel degelijk vastgesteld. Wij concluderen daaruit dat ook in de toekomst de inspecteurs daaraan de nodige extra aandacht moeten besteden.

De problematiek is ook aangehaald tijdens een van de overlegplatformen met alle betrokken stakeholders. Er is ook aan hen gevraagd aandacht te geven aan de correcte toepassing van de wetgeving.

Dat is mijn antwoord.

13.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het antwoord is verontrustender dan ik in eerste instantie verwachtte. Wanneer het immers echt gaat over het opslaan in grote aantallen van Zolpidem in de dierenartsendepots, moet er worden opgetreden. Het is dus goed dat er controle wordt gedaan.

In het opstellen van een exhaustieve lijst volg ik u enigszins. Dat is moeilijk. Er zijn heel duidelijke indicaties, zoals Gabapentine bij honden, dat vaak wordt gebruikt. Er zijn andere wetenschappelijk meer experimentele toepassingen van humane medicatie bij dieren. We moeten echter oppassen dat we ter zake geen parallel circuit organiseren.

Ik ga er dus helemaal mee akkoord om die controles uit te voeren. Ik doe ook een oproep aan mijn collega's om er melding van te maken wanneer dergelijke voorschriften aan hen worden gepresenteerd.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes n° 56000688C de Mme Lotte Peeters et n° 56000785C de M. Xavier Dubois sont retirées ou, en tout cas, reportées faute de combattants.

14 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Slachtofferidentificatie aan de hand van tandheelkundige gegevens" (56000702C)

14 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'identification de victimes au moyen des données dentaires" (56000702C)

14.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben allemaal de verschrikkelijke beelden gezien van de watersnood in Spanje, waar helaas heel wat slachtoffers zijn gevallen. De situatie doet ons ook terugdenken aan de overstromingen in Wallonië uit 2022. Toen ondervroeg ik u ook over de moeilijkheden die er waren om de tandheelkundige dossiers van mogelijke slachtoffers in te kijken. Veel dossiers, zowel de versies op papier als die op computers, waren immers niet meer toegankelijk doordat ze ter plaatse waren vernietigd.

Identificatie aan de hand van tandheelkundige gegevens is een van de primaire identificatiemethodes en wellicht ook de snelste en goedkoopste manier om slachtoffers te identificeren. Andere primaire identificatiemethodes zijn DNA-analyse en onderzoek van vingerafdrukken. Die zijn echter duurder en nemen meestal meer tijd in beslag. Het spreekt voor zich dat snelle identificatie erg belangrijk is voor de nabestaanden van slachtoffers.

Om te weten of er ondertussen vooruitgang werd geboekt op dit vlak, stel ik u graag een aantal vragen.

Welke lessen werden getrokken op het gebied van tandheelkundige slachtofferidentificatie na de ramp in Wallonië?

Werd er een internationale vergelijking gemaakt om te bekijken op welke manier tandheelkundige gegevens in andere landen snel beschikbaar kunnen worden gemaakt bij rampen?

Welke stappen werden gezet om ervoor te zorgen dat voor identificatie relevante tandheelkundige gegevens centraal kunnen worden beheerd en centraal toegankelijk zijn?

Wanneer zullen de tandheelkundige gegevens die relevant zijn voor identificatie van slachtoffers centraal toegankelijk zijn?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, we hebben wat getwijfeld over deze vraag, omdat de minister van Binnenlandse Zaken ter zake ook over een belangrijke bevoegdheid beschikt. Ik kan u het volgende, relatief beknopte antwoord geven.

Om de identificatie van slachtoffers van rampen mogelijk te maken, is het belangrijk ervoor te zorgen dat elke persoon een elektronisch tandzorgdossier heeft. Voor dat elektronisch dossier heeft het eHealthplatform in overleg met de sector functionele criteria vastgesteld. Daarbij moet ook verzekerd worden dat er informatie wordt geregistreerd en gedeeld via *care sets* zoals Sumehr of via een specifieke *care set* tandzorg inclusief medische beelden, zodat ook andere zorgverleners die informatie kunnen consulteren onder de correcte voorwaarden: therapeutische relatie, noodzaak voor de kwaliteit van de zorg enzovoort.

Dat kan onder meer worden gerealiseerd door die functies te koppelen aan de telematicapremie en door de drempel voor toegang tot tandzorg zo laag mogelijk te houden. De specifieke *care set* tandzorg moet nog worden gedefinieerd. In het opnemen en delen van medische beelden is wel al voorzien in de functionele criteria. Voor dat aspect van het verhaal moet dus nog een lange weg worden afgelegd.

Verder moet ook de noodzaak aan wetgeving worden onderzocht inzake consultatie van gedeelde gezondheidsgegevens na overlijden. Dan kan dat na akkoord in het beheerscomité van het eHealthplatform, zoals ook recent geregeld is voor wachtartsen bij de vaststelling van de oorzaak van het overlijden.

Als er sprake zou zijn van een gecentraliseerd register, dan zal dat nieuwe wetgeving zeker noodzakelijk maken, omdat rekening moet worden gehouden met GDPR-vereisten.

We wijzen er ook op dat de identificatie van slachtoffers na een ramp een taak is van het Disaster Victim Identification Team van de federale politie en zijn gerechtsartsen. Volksgezondheid zal dat team alle ondersteuning bieden. De problematiek zal daar verder worden geanalyseerd, waarbij ook rekening zal

worden gehouden met best practices uit het buitenland.

14.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, er is inderdaad een verwevenheid met Binnenlandse Zaken. De crux zit in het deelbaar maken van die tandheelkundige *care sets*. Dat aspect moet echt veel meer aandacht krijgen. Ik krijg regelmatig de vraag van forensische tandheelkundige experts wanneer zij aan die gegevens zullen kunnen. In veel andere landen is dat al het geval. Ze geven ook het voorbeeld van de aanslagen in Zaventem, toen men veel sneller buitenlandse slachtoffers kon identificeren, omdat men veel sneller aan die tandheelkundige dossiers geraakte dan bij ons.

Het is dus technisch mogelijk, maar de nodige wetgeving ontbreekt nog. Ik hoop dat we daarvoor genoeg aandacht zullen hebben deze legislatuur. Het is belangrijk genoeg. Niemand wil nog eens zo'n ramp meemaken, maar we moeten wel voorbereid zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Vervalste medicijnen" (56000713C)

15 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments falsifiés" (56000713C)

15.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn schriftelijke vraag.

De recente waarschuwingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en andere instanties met betrekking tot vervalste geneesmiddelen voor diabetes, zoals semaglutide (onder meer bekend van het merk Ozempic), hebben internationaal de alarmbellen doen afgaan. Deze vervalste medicijnen vormen een ernstig gevaar voor de volksgezondheid, aangezien ze vaak ineffectief zijn of schadelijke stoffen bevatten.

Hoe beoordeelt u het risico van vervalste diabetesmedicijnen zoals semaglutide in België, en welke maatregelen zijn genomen om de markt te beschermen?

Welke stappen heeft België gezet om samen met de WHO en Europese instanties vervalste diabetesmedicijnen te bestrijden?

Welke maatregelen neemt België om vervalste geneesmiddelen op te sporen, en zijn er genoeg middelen voor handhaving?

Zijn er incidenten met vervalste medicijnen in België en wat zijn de recente cijfers?

Hoe werkt België samen met andere EU-lidstaten en Europol om vervalste medicijnen te bestrijden?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Wat uw eerste vraag betreft, we kunnen ervan uitgaan dat voor diabetesmedicijnen het risico gelijkaardig is aan dat van vele andere vervalste geneesmiddelen.

De Belgische markt is beschermd door de gesloten distributieketen, die onder toezicht staat van het FAGG. Bovendien mogen sinds 2019 geneesmiddelen op voorschrift nog uitsluitend met de nieuwe veiligheidskenmerken in omloop gebracht worden. Daarvoor werd een Europees verificatiesysteem ontwikkeld, het EMVS, om te controleren of de geneesmiddelenverpakking de juiste veiligheidskenmerken heeft. In essentie impliceert dit dat door de fabrikant een code wordt aangebracht, die dan wordt gescand bij de aflevering. Op die manier wordt de authenticiteit van de verpakking en van het geneesmiddel vastgesteld.

Ik kom tot uw tweede vraag. Op Europees vlak is er naast het eerder vermelde EMVS ook het rapid alert system van het Europees Geneesmiddelenagentschap. Om de samenwerking tussen de verschillende actoren te bevorderen werd de Working Group of Enforcement Officers van de HMA opgericht. De HMA is een netwerk van de agentschappen die instaan voor het geneesmiddelenbeleid.

Ad hoc wordt er ook samengewerkt met de Europese instanties Europol, Eurojust en OLAF.

Ik kom tot uw derde vraag. Om vervalsingen binnen het legale circuit op te sporen, wordt sinds 2019 het EMVS toegepast. Vervalste geneesmiddelen die zich buiten het legale circuit bevinden, zijn moeilijker te controleren, omdat die producten vaak aangeboden worden via het internet, via illegale

websites, gehost buiten de Belgische of zelfs de Europese bevoegdheden.

Het FAGG voert controles uit op inkomende postzendingen ter hoogte van bpost en andere koeriersbedrijven, in samenwerking met de douane. Gelet op de omvang van het aantal importzendingen die per dag op die manier het Belgische grondgebied binnenkomen, zijn die controles gebaseerd op risicoanalyse.

De inspectiediensten van het FAGG onderschepten in 2023 in totaal 3.551 postzendingen met illegale geneesmiddelen. In datzelfde jaar werden er 679 onderzoeken betreffende geneesmiddelen in het illegale circuit uitgevoerd.

Ten vierde, binnen het legale circuit werden tot op heden geen incidenten geconstateerd. We hebben geen cijfers van of informatie over incidenten buiten het legale circuit.

Ten vijfde, de samenwerking met Europol gebeurt ad hoc in het geval van grote of complexe onderzoeken die de landsgrenzen overschrijden. Europol speelt een verbindende en faciliterende rol en brengt de betrokken partijen, justitie, politie, douane en geneesmiddelenagentschappen, met elkaar in contact.

15.03 Katleen Bury (VB): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister. Het is goed te horen dat er een hele keten in gang wordt gezet bij het vermoeden dat medicijnen vervalst op de markt komen. Er is geen groter risico met Ozempic dan met andere medicijnen bij vervalsing. Dit is ook een hype. Veel mensen willen het alleen gebruiken om af te vallen, wat niets te maken heeft met het geneesmiddel voor diabetespatiënten.

U zegt ook dat er over het illegale circuit totaal geen cijfers zijn. Vorig jaar zijn er wel meer dan 3.000 pakjes met illegale geneesmiddelen onderschept. Dat is dus een enorm hiaat waarvan werk moet worden gemaakt.

Ik neem aan dat u dat samen met de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Justitie moet bekijken. Ik zal mij hier verder in verdiepen. Ik denk dat er werk aan de winkel is. Met de juiste cijfers kunnen we beter ageren.

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

16 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Huiselijk geweld" (56000717C)

16 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les violences intrafamiliales" (56000717C)

16.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, huiselijk geweld is een enorm belangrijk thema. Tijdens de vorige legislatuur was ik lid van de commissie voor Justitie en heb ik heel veel vragen over die problematiek gesteld. Het is een ernstig volksgezondheidsprobleem. Wij zien dat kinderen, partners en ex-partners vaak enorme blijvende gevolgen ondervinden van huiselijk geweld, zoals depressies, angststoornissen, psychoses en een verhoogd risico van zelfmoordpogingen.

Dat brengt enorme kosten voor de volksgezondheid met zich mee. Ik weet dat preventie geen federale bevoegdheid is, maar er zijn ook heel belangrijke maatregelen door u te treffen. Ik heb ter zake ook een studie in bijlage bijgevoegd.

Hebt u die studie kunnen bekijken? Zijn er vergelijkbare gegevens beschikbaar over de impact van huiselijk geweld in België? Ik vrees dat ik het antwoord op die vraag al weet. Plant de federale overheid ook onderzoeken om de langdurige effecten te monitoren?

Er is nog een vraag waarop ik nooit een antwoord heb gekregen van de andere ministers, met name over de zelfmoordcijfers die daarmee verband houden. Ik kom nu bij Volksgezondheid aankloppen. Ik ben nog een tijdje lid van de commissie en ik hoop dat wij ter zake samen aan het werk kunnen gaan.

Ik heb nog enkele andere vragen. Is er een mogelijkheid van toegang tot de geestelijke

gezondheidszorg voor de slachtoffers? Zijn er initiatieven mogelijk om de kosten voor psychologische en psychiatrische hulp danig te verminderen?

Worden huisartsen en zorgverleners voldoende ondersteund om de slachtoffers te begeleiden, hen in eerste instantie te erkennen en hen vervolgens door te verwijzen naar de gespecialiseerde zorg?

Wat is uw mening over de meldingsprocedure? Is die voldoende duidelijk en werkbaar? Dat is een heel belangrijk punt. Hoe staat u met name tegenover de verantwoordelijkheid inzake de meldingsplicht maar ook tegenover het medische beroepsgeheim?

Mijn vijfde vraag is enigszins voorbijgestreefd. Ze was ingediend, maar is vorige keer niet aan bod kunnen komen. Daarvoor heb ik alle begrip. Ze ging over een ministeriële conferentie in Colombia. Die heeft plaatsgevonden op 7 en 8 november 2024. Is iemand van de regering op die conferentie aanwezig geweest, om te bekijken wat er mogelijk is op het vlak van het beëindigen van het geweld tegen kinderen? Heeft onze regering daar een bijdrage geleverd?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, u vraagt naar gegevens. Ik denk dat er inderdaad een duidelijk verband is tussen geweld ervaren in het gezin en mentale, fysieke en psychosociale gezondheidsproblemen. De gegevens die wij hebben, zijn de beperkte gegevens in het onderzoek waarnaar u verwijst.

Er zijn in België weinig of geen recente onderzoeksresultaten over de impact van huiselijk geweld op de gezondheid. In het nationaal actieplan 2021-2025 in de strijd tegen gendergerelateerd geweld staan maatregelen opgenomen over het verzamelen van gegevens daarover. Deze gegevensverzameling gebeurt in samenwerking met het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, Binnenlandse Zaken en Justitie.

Nog belangrijker is wat de overheid doet. Er bestaan vandaag al heel wat diensten, voornamelijk in de bevoegdheidsdomeinen van de deelstaten, om slachtoffers van huiselijk geweld te ondersteunen en te beschermen. Die zijn bedoeld om zowel directe hulp te bieden als om geweld te voorkomen en op de langere termijn een veiligere leefomgeving te creëren. Ik kan verwijzen naar de websites van de deelstaten. Ik zal u mijn schriftelijk antwoord meegeven waarin u de webadressen kunt vinden.

De vraag hier is natuurlijk wat de federale overheid kan doen. Via de nieuwe conventie psychologische zorg in de eerste lijn kunnen wij inzetten op twee vormen van samenwerking.

Een eerste vorm van samenwerking is gericht op vindplaatsen, zoals scholen, huisartsenpraktijken en Huizen van het Kind, om zowel preventief te werken als sneller het huiselijk geweld te detecteren. Ik denk dan aan educatieprogramma's op scholen, bijvoorbeeld gefocust op gezonde relaties en het herkennen van signalen van geweld, en aan samenwerking met bijvoorbeeld huisartsen en Huizen van het Kind om signalen van huiselijk geweld sneller op te sporen. Onze geconventioneerde psychologen en orthopedagogen kunnen een dergelijk aanbod helpen ontwikkelen.

Een tweede vorm van samenwerking is gericht op het aanbieden van psychologische en sociale ondersteuning waarvoor een multidisciplinaire aanpak belangrijk is, zodat de hulp aan de slachtoffers effectief is. Goede samenwerking tussen psychologen, maatschappelijk werkers gespecialiseerd in trauma en geweld en politionele en justitiële diensten is heel belangrijk. Psychologische en sociale begeleiding worden aangeboden via organisaties van de deelstaten, zoals de CAW's. Voor langdurige psychologische zorg kan men terecht bij de diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Dergelijke organisaties, zoals CAW's en CGG's, kunnen voor milde tot matig ernstige psychische problemen samenwerken met ons federaal aanbod van eerstelijns psychologische zorg. Ik vermeld dan nog, ten overvloede, dat wanneer het gaat om seksueel geweld, de slachtoffers terechtkunnen bij onze zorgcentra na seksueel geweld, waar wij ook psychische zorg en nazorg aanbieden.

Uw derde vraag gaat over de kosten. Welnu, het zonet genoemde federale aanbod psychologische zorg in de eerste lijn is gratis voor kinderen en jongeren tot en met 23 jaar. Aan volwassenen vragen we remgeld, maar het gaat toch om een zeer beperkt bedrag, namelijk 11 euro of 4 euro voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming voor individuele sessies en 2,50 euro voor groepsessies. De eerste sessie is trouwens gratis. Een psychiater consulteren kost 12 euro voor een patiënt of 3 euro bij verhoogde tegemoetkoming. De raadplegingen zijn dus eigenlijk niet zo duur. Wel herhaal ik dat wij

ons aanbod complementair moeten zien aan specifieke initiatieven in de deelstaten.

Ten vierde, worden huisartsen en andere zorgverleners voldoende ondersteund? Ter ondersteuning van de huisartsen is er een praktische richtlijn opgesteld voor de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn. De richtlijn is beschikbaar op de site van de FOD Volksgezondheid. Daarnaast is ook een e-learning ontwikkeld over de specifieke zorg voor slachtoffers van intrafamiliaal geweld, met koppelingen naar gespecialiseerde organisaties per regio.

Die e-learning zal binnenkort beschikbaar zijn op het platform van het RIZIV. Het programma Operatie Alert biedt verschillende e-learningmodules en hulpmiddelen voor de detectie van en de zorg voor slachtoffers van intrafamiliaal geweld, seksueel geweld en genitale verminking. Een specifieke module over het beroepsgeheim in geval van intrafamiliaal geweld zal binnenkort online beschikbaar zijn. Op 8 maart 2024 werd er een persbericht uitgestuurd over de doelstellingen van Operatie Alert.

Ik wil ook benadrukken dat de zorg voor slachtoffers multidisciplinair moet zijn en dat de gemeenschappen en gewesten daar ook bij moeten worden betrokken.

U hebt verwezen naar de conferentie van de WHO in Bogota. Gaan wij bijdragen? Dat is echt een vraag die u moet stellen op het niveau van de deelstaten, aangezien zij daar aan zet zijn.

Kunnen we leren van andere landen? Ja, via de Wereldgezondheidsorganisatie al vele jaren actief is in het domein van geweldpreventie. De WHO heeft in 2021 nog een nieuwe resolutie aangenomen over het stoppen van geweld tegen kinderen door het versterken van gezondheidssystemen en een multisectorale aanpak. Binnen de WHO bestaat ook de Violence Prevention Unit. Die eenheid biedt strategisch leiderschap over dit onderwerp en ontwikkelt evidentie, normen en standaarden, met inbegrip van implementatie-instrumenten. Via de WHO kunnen we daar toch wel veel over leren.

16.03 Katleen Bury (VB): Dank u voor uw uitgebreide toelichting. Er zijn dus weinig of geen onderzoeksresultaten, waardoor het zeer moeilijk is om voort te werken, zeker gezien de complexiteit van de problematiek. Zorgcentra waar men na seksueel geweld terecht kan, zijn niet de zaligmakende oplossing. Heel veel mensen geraken daar niet, ze zitten in een vicieuze cirkel van geweld en keren na eruit te zijn gestapt elke keer weer terug.

Het gaat niet echt om die gratis kosten voor kinderen, het remgeld van 11 euro voor de psycholoog, 12 euro voor de psychiater. Dat zijn niet de grote bedragen. Slachtoffers moeten uit geweld weggesleurd kunnen worden. Er moeten hulpverleners gratis ter beschikking zijn. Het geld moet zelfs niet van de rekening van de slachtoffers af gaan. Er moet zelfs geen 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 of 12 euro uit de portefeuille verdwijnen. Hulpverleners moeten slachtoffers duidelijk kunnen maken dat ze in een ongezonde situatie verkeren. Slachtoffers zien dat zelf niet meer.

In de vorige legislatuur zijn er op Vlaams niveau goede maatregelen genomen waardoor wordt tussengekomen voor, bijvoorbeeld, de huurwaarborg, die drie maanden huurwaarborg die iemand, die zonder hebben en houden en liefst met kinderen en huisdieren vlucht, niet kan neertellen. Slachtoffers blijven vaak bij hun daders wegens de aanwezige kinderen en dieren. Al die kleine beetjes helpen slachtoffers echt om in te zien dat ze niet meer moeten terugkeren. Er is geen sprake van liefde. De situatie zal niet verbeteren. Slachtoffers zullen altijd terug in hetzelfde straatje belanden.

U zegt dat we het aanbod moeten uitbreiden. Ik raad u dat echt aan. Er is nog veel werk aan de winkel. Die gratis ter beschikking gestelde consultaties kunnen gunstig zijn voor de gezondheidszorg alle daaropvolgende jaren. De slachtoffers hoeven niet nog vijf of tien jaar langer in geweld te leven. Ze moeten er samen met de kinderen van weg worden gehaald. Ga daar zeker mee aan de slag!

Het is goed nieuws dat de beroepsmodule binnenkort op eHealth beschikbaar zal zijn. Ik ben blij dat daaraan wordt gewerkt.

Uw antwoord op mijn vijfde en zesde vraag heb ik niet zo goed begrepen. U zegt dat wij heel veel kunnen leren van de WHO met betrekking tot geweldpreventie, het stoppen van geweld tegen kinderen. U zegt daarentegen dan weer wel dat u niet naar de conferentie bent geweest, dat ik dat moet vragen aan de deelstaten, dat u daarmee niets te maken hebt. Het had nuttig kunnen zijn om aanwezig te zijn op die conferentie van de WHO.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.13 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 13.*