

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MERCREDI 27 AVRIL 2022

WOENSDAG 27 APRIL 2022

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 03 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.03 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

01 Hepatitis bij kinderen: actualiteitsdebat en toegevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Acute hepatitis bij kinderen" (55027002C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Hepatitis bij kinderen" (55027100C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mysterieuze hepatitisvariant" (55027109C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gevallen van hepatitis bij kinderen onder de tien jaar" (55027112C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Mysterieuze acute hepatitis bij kinderen" (55027187C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onbekende variant van het hepatitisvirus" (55027251C)
- Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe variant van het hepatitisvirus" (55027252C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Gevalen van hepatitis bij kinderen over de hele wereld" (55027267C)

01 Hépatite chez les enfants: débat d'actualité et questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'hépatite aiguë chez les enfants" (55027002C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'hépatite chez les enfants" (55027100C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le mystérieux variant du virus de l'hépatite" (55027109C)
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cas d'hépatite touchant les enfants de moins de 10 ans" (55027112C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cas d'hépatite aiguë d'origine inconnue chez les enfants" (55027187C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le variant inconnu du virus de l'hépatite" (55027251C)
- Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nouveau variant du virus de l'hépatite" (55027252C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cas d'hépatite dans la population infantile mondiale" (55027267C)

01.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, er wordt hepatitis van onbekende oorsprong bij kinderen vastgesteld. De gebruikelijke hepatitisvirussen blijken niet voor te komen bij die kinderen.

De Wereldgezondheidsorganisatie roept op tot waakzaamheid en rapportering van zulke gevallen. Tot nu toe is er in ons land één patiënt bekend, tenzij u daar zo dadelijk andere informatie over hebt. Verontrustend zijn alvast de berichten uit het buitenland dat er redelijk wat levertransplantaties moeten gebeuren. Zoiets heeft een behoorlijke impact op een kind, aangezien het in dat geval levenslang medicatie zal moeten nemen. Hopelijk zullen we snel de oorzaak kunnen achterhalen.

Intussen is het belangrijk om die gevallen snel te detecteren en te herkennen. Op welke manier worden de artsen in de eerste lijn geïnformeerd? Is er een systeem van snelle gegevensverzameling. Zo ja, welk systeem?

Bestaat er ook een opsporingssysteem om eventuele gemeenschappelijke oorzakelijke factoren te achterhalen?

Onlangs las ik in de pers in verband met een jonge patiënt met een andere aandoening die aan het wachten is op een levertransplantatie, dat het onder meer door de covidcrisis moeilijk is om donoren te vinden. Hoe is het intussen gesteld met de beschikbaarheid van donororganen? Ik beseft dat dat ietwat buiten het onderwerp gaat. Indien u er nu niet op kunt antwoorden, zal ik op een later tijdstip een nieuwe vraag indienen.

01.02 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, in heel wat landen zijn er gevallen van hepatitis bij kinderen vastgesteld. Hoeveel gevallen er in ons land al gemeld zijn, hebben we intussen vernomen. Verrichten onze universiteiten of wetenschappelijke instellingen mee onderzoek naar die nieuwe vorm van hepatitis?

01.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, hoe en door wie wordt het fenomeen bij ons opgevolgd? Nemen wij deel aan het onderzoek naar die mysterieuze vorm van hepatitis?

01.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'entends que des collègues demandent des données chiffrées. Celles dont je dispose déclarent qu'il y a environ 169 cas d'hépatite aiguë signalés chez des enfants dont l'âge varie entre 1 mois à 16 ans, dans 11 pays de la région européenne de l'OMS et dans un pays de la région des Amériques de l'OMS, dont 1 cas en Belgique. Il est vrai qu'il y a une concentration importante de ces cas au Royaume-Uni qui en a répertorié 114. Dix-sept enfants ont nécessité une transplantation hépatique et au moins un décès est rapporté à ce stade.

Plusieurs hypothèses sont formulées: soit l'adénovirus particulier de type 41 qui, chez des enfants en bonne santé, ne donne pas d'hépatite; il a été détecté dans au moins 74 cas; soit la conséquence d'un covid-19 ou encore la survenue d'une co-infection ou d'une infection dans un contexte particulier de covid-19.

Ma question centrale est celle-ci: quelles mesures sont-elles mises en place en Belgique pour identifier, enquêter et signaler les cas potentiels?

La détection précoce chez les enfants est vitale. Les prélèvements chez un enfant avec un tableau suspect sont-ils centralisés et typés? Si oui, auprès de quels laboratoires?

Quelles mesures sont-elles déployées pour s'assurer que tous les professionnels de la santé disposent d'une information complète et actualisée en permanence?

De **voorzitter**: Mevrouw Merckx laat zich verontschuldigen.

01.05 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het staat buiten kijf dat de situatie in verband met hepatitis nauwkeurig moet worden opgevolgd. Over de cijfers is al gesproken, maar toch meld ik dat één patiënt is overleden en dat zeventien kinderen een levertransplantatie moesten ondergaan.

Volgens de WHO hebben de testen aan het licht gebracht dat er geen spoor is van het A-, B-, C-, D- of E-hepatitisvirus en dat het dus om een onbekende variant zou gaan. Er werd bovendien in verschillende gevallen ook het coronavirus of het adenovirus bij de patiënten aangetroffen. Maar nog volgens de WHO is het adenovirus slechts één hypothese en kan de aanwezigheid ervan de ernst van de pathologie niet verklaren. Een mogelijke oorzaak zou misschien te vinden zijn in de link met het Sars-CoV-2-virus of een nieuw adenovirus. Ook de hypothese dat de opmars gelinkt zou zijn aan de lockdown, waarbij kindjes in hun

vroege jaren minder in contact kwamen met virussen, wordt naar voren geschoven. Ter herinnering, het gaat vooral om kinderen tussen drie en vijf jaar. Steven Van Gucht van Sciensano roept op tot waakzaamheid. Anderzijds ziet hij geen reden tot grote ongerustheid.

Aangezien de oorzaak vooralsnog niet werd bevestigd, zijn er ook nog geen specifieke aanbevelingen. Uiteraard zijn er de gangbare hygiënemaatregelen. De Wereldgezondheidsorganisatie raadt de lidstaten aan om verder te testen en te monitoren via de nationale hepatitisnetwerken in samenwerking met het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding of ECDC en andere organisaties specifiek voor hepatitis en leveraandoeningen.

Mijnheer de minister, over welke meest actuele informatie beschikt u, zowel wat de oorzaken als wat de situatie in België betreft?

Hoe gaan de nationale referentielabo's aan het werk, zijnde Sciensano en het universitair ziekenhuis Saint-Luc?

Hoeveel peillaboratoria worden ingeschakeld via het netwerk hepatitis?

Hebt u lessen getrokken uit de coronacrisis op Europees en nationaal niveau?

Tot slot, ons land ondertekende in 2016 de doelstelling om hepatitis C uit te roeien tegen 2030. Wat is de stand van zaken?

01.06 Daniel Bacqueline (MR): Monsieur le ministre, plusieurs enfants ont été atteints de cette nouvelle forme d'hépatite, qui ne correspond pas aux hépatites habituelles, généralement peu fréquentes sur les enfants de cet âge-là. La prévalence concerne ici majoritairement des enfants de deux à cinq ans. Un seul cas a été constaté en Belgique, mais nous devons être prudents et vigilants. Sciensano nous met en garde contre cette nouvelle forme d'hépatite, dont les cas pourraient se multiplier. Plusieurs enfants pourraient être touchés dans les prochaines semaines.

Qu'est-il mis en place afin de détecter et surveiller l'émergence de cette maladie en Belgique, en particulier chez des enfants âgés de deux à cinq ans?

Comment les symptômes sont-ils signalés et rapportés dans notre pays?

Comment les professionnels sont-ils informés? De quelles informations disposent-ils aujourd'hui?

Le président: C'était la dernière question dans ce débat d'actualité. Quelqu'un d'autre souhaite-t-il intervenir dans les questions? Il sera encore possible d'intervenir dans les répliques ensuite.

Je cède dès lors la parole au ministre.

01.07 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, deze zaak houdt ons en heel wat mensen intussen bezig. Het is goed dat Steven Van Gucht, die werkzaam is bij Sciensano, al een eerste algemene reactie heeft gegeven, want Sciensano speelt, naast de FOD Volksgezondheid, een erg belangrijke rol in de opvolging van de kwestie. Aanvullend bij wat al is gezegd door de heer Van Gucht wil ik eerst een algemene inleiding geven over hoe wij normaal gezien te werk gaan en daarna zal ik ingaan op de concrete casus.

Door de instituten van volksgezondheid in verschillende landen wordt een continue monitoring gedaan om een mogelijke verhoging van een bepaald ziektebeeld, een bepaalde diagnose of een ziekteverwekker tijdig te kunnen identificeren. Ook als men niet zeker is over het feit of het gaat over een abnormale observatie, kan men een bepaalde observatie alvast delen met de verschillende landen om zo mogelijk een duidelijker beeld te krijgen van de situatie.

Als een dergelijke observatie wordt gedeeld, dan spreken wij van een signaal. Dat is de officiële terminologie. Dan kan enkel doorgedreven verder onderzoek uitwijzen of het verhoogde aantal diagnoses ook breder voorkomt in de andere landen en duidelijkheid geven of er echt sprake is van een uitbraak of dat het aantal observaties eigenlijk in de lijn ligt van wat wij kunnen verwachten met betrekking tot het aantal diagnoses. Het opvolgen van dat type van signalen is iets dat ook in België continu gebeurt door de Risk Assessment Group en de Risk Management Group. Dat wordt door de FOD Volksgezondheid en Sciensano

van zeer dichtbij gemonitord.

Op dit moment is de status van het voorliggende signaal rond hepatitis in onderzoek. Dat is ook weer jargon. Ook in België zijn kinderartsen reeds bevraagd om mogelijke gevallen die voldoen aan de klinische beschrijving te melden. Elke melding moet ook apart, op individueel niveau, worden onderzocht, omdat het belangrijk is om nauwkeurig vast te stellen of de gemelde mogelijke gevallen ook echt voldoen aan alle criteria van de klinische beschrijving.

Dat onderzoek wordt uitgevoerd door de regionale gezondheidsdiensten. Momenteel is er nog geen duidelijke conclusie over het signaal dat we nu bespreken, er valt niet één bepaalde ziektekiem aan te wijzen die bij alle mogelijke gevallen werd vastgesteld. Dat maakt natuurlijk ook de opvolging van dit signaal complexer. Meestal is er vanaf het begin één ziektekiem aanwijsbaar als oorzaak, maar het feit dat er bij dit signaal wordt uitgegaan van een klinisch beeld en niet van één specifieke ziektekiem, maakt de opvolging ervan gecompliceerder.

Het Europese ECDC heeft vorige week al een datacollectie opgestart om mogelijke gevallen te kunnen oplist en te inventariseren. Het feit dat er een gemengd beeld uit naar voren komt met mogelijk meerdere ziektekiemen die worden geobserveerd, maakt het veel moeilijker om duidelijke oorzakelijke conclusies te trekken. Dat is meteen ook de reden waarom ECDC nog niet met een finale *risk assessment* en conclusie naar buiten gekomen is, alhoewel dat eigenlijk gepland was tegen afgelopen maandag. ECDC heeft dus beslist dat het meer tijd nodig heeft om een duidelijker beeld te krijgen en de juiste conclusies te kunnen trekken en onderbouwen. Wij verwachten de conclusie van ECDC eerstdaags. Die conclusie is natuurlijk ook absoluut cruciaal voor de houding die ik verder zal aannemen.

Het eerste punt dat ik onderstreep, is dus dat er geen eenduidige ziektekiem gekoppeld kan worden aan wat wij hier zien gebeuren. Bij sommige kindjes is het adenovirus aangetoond, bij andere kindjes is covid aangetoond, bij nog andere werd geen ziektekiem gevonden. Dat maakt het onderzoek ingewikkeld. Ruimer wordt ook bekeken of er mogelijk sprake is van een klinisch beeld gekoppeld aan bijvoorbeeld twee ziektekiemen, een zogenaamde co-infectie. Sowieso lijken de absolute aantallen beperkt, zelfs als er wordt gekeken naar de gevallen over meerdere maanden. Daarmee kan al worden besloten dat dit tot op heden hoe dan ook een zeldzaam fenomeen is, maar door de mogelijke grote individuele impact – in het Verenigd Koninkrijk hadden kindjes al een levertransplantatie nodig – moeten wij dit alles toch wel zeer zorgvuldig en grondig opvolgen.

Het klinisch beeld dat wordt beschreven, is dat van een acute hepatitis bij kinderen. De meeste kinderen zijn vrij jong, onder de tien jaar. Het gebeurt wel vaker dat een kindje acute hepatitis blijkt te hebben, dat die diagnose wordt gesteld, maar in die situaties is de meest voorkomende oorzaak een infectie met een van de courante hepatitisvirussen, als ik dat zo mag uitdrukken, waarmee ik hepatitis A of hepatitis E bedoel.

Ook het hepatitis B- en het hepatitis C-virus zijn gekend als mogelijke oorzaken van een acute of chronische hepatitisdiagnose, hoewel B en C bij kinderen minder voor de hand liggen, aangezien de transmissie daarvan voornamelijk seksueel of via drugsgebruik gebeurt. Om die reden nemen we de kinderen bij wie de acute hepatitis wordt veroorzaakt door een van de gekende hepatitisvirussen, niet mee in het vervolgonderzoek. We zoeken naar een mogelijke aanvullende verklaring. De casedefinitie bevat daarom het criterium dat op zijn minst hepatitis A en E uitgesloten moeten zijn.

De oproepen aan de Belgische kinderartsen leverden tot nog toe één bevestigd geval op. De andere gemelde en onderzochte gevallen bleken niet aan de volledige klinische beschrijving te voldoen. Aanvullend labo-onderzoek – bijvoorbeeld het uitsluiten van een courante hepatitis A- en E-infectie – kan ertoe leiden dat enkele van die meldingen uiteindelijk alsnog aan de casedefinitie zullen voldoen, wat het aantal bevestigde gevallen zou doen stijgen.

Het is ook belangrijk te bekijken of de gedane observaties wel echt afwijken van de normale aantallen. Het gebeurt wel vaker dat kinderen met een acute hepatitis worden gediagnosticeerd en toch negatief testen voor de courante hepatitisvirussen. Er moet dus eerst worden vastgesteld of wat we nu observeren echt afwijkt van wat we mogen verwachten, dan wel of het in lijn ligt met de gebruikelijke observaties.

De RMG werkt momenteel aan een bredere communicatie om mogelijke gevallen te rapporteren aan de regionale gezondheidsdiensten. Die zullen eenzelfde vragenlijst gebruiken voor het verzamelen van informatie over de gevallen. Als er nieuwe relevante informatie beschikbaar komt, zal een nieuw schrijven

volgen.

Er was een vraag over de doelstellingen tegen 2030. De doelstellingen voor eliminatie van hepatitis tegen 2030 zijn voornamelijk gericht op infecties met hepatitis B en C. Het signaal rond deze onverklaarde hepatitis bij jonge kinderen bevat als criterium dat de routine hepatitisvirussen zijn uitgesloten. Bij dit signaal gaat het dus juist niet om hepatitis B- en C-infecties. In die zin staat dit verhaal los van die doelstellingen tegen 2030.

Om de doelstellingen voor hepatitis B te bereiken, is het voornaamste middel het voortzetten van de vaccinatie van kinderen tegen hepatitis B. We stellen een enorme vermindering van de incidentie vast in de gevaccineerde cohorten. Voor hepatitis C bestaat er helaas geen vaccin, maar sinds enkele jaren bestaat er wel een efficiënte behandeling. Daarmee is het opsporen van gediagnosticeerde patiënten en het behandelen ervan een van de belangrijkste preventieve maatregelen geworden. Het nationale hepatitisplan richt zich dan ook voornamelijk op de brede en vlotte inzet van de behandeling en op het opsporen van nog niet gediagnosticeerde patiënten, onder andere druggebruikers en andere risicogroepen.

De werkzaamheden zijn lopende. Ik verwacht de komende dagen nog een bespreking in de RMG op basis van de adviezen van de RAG. Dat is momenteel de stand van zaken.

01.08 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft aan dat kinderartsen ertoe werden aangezet om gevallen te melden. Mag ik hieruit concluderen dat de eerste lijn nog niet werd aangeschreven? U zegt dat de RMG aan een bredere communicatie werkt. Ik ben van mening dat dit toch wel al eerder had gekund. Men had de reeds voorziene informatie kunnen bundelen om deze zo snel en zo breed mogelijk te verspreiden. Ik hoop dat de lessen die we uit de covidcrisis hebben getrokken zullen worden toegepast, met name dat snelle, gestroomlijnde en eenduidige communicatie belangrijk is, zeker in gevallen waarbij kinderen betrokken zijn en een snelle diagnose dus van cruciaal belang is.

U geeft ook aan dat nog moet worden gecontroleerd of het huidige aantal gevallen afwijkt van het normale aantal gevallen. Daar moet inderdaad rekening mee worden gehouden. Is er in de voorliggende kwestie meer aandacht voor een bepaalde aandoening, waardoor meer gevallen worden vastgesteld, of is dit niet het geval? Ik heb toevallig recent het HELICON-congres over de epidemiologie met betrekking tot covid bijgewoond. Daar werd ook aangegeven dat de *baseline data* erg belangrijk zijn om vergelijkingen te kunnen maken. Ik hoop dat dit een aanleiding is om daar verder op in te zetten en werk te maken van dat datagestuurde beleid van de gezondheidszorg. Over de problematiek van de donororganen zal ik een bijkomende vraag indienen.

01.09 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, het is inderdaad belangrijk om dit verder op te volgen en ik zal dat zeker ook doen.

01.10 Dominiek Sneepe (VB): Mijnheer de minister, wij zullen het verder opvolgen en u en de diensten waarschijnlijk ook. Die datadeling is een van de belangrijkste lessen uit de covidcrisis. Er moet daar zeker aandacht voor zijn en iedereen moet de geijkte wegen bewandelen.

Een collega verwees naar de piste die zegt dat de lockdowns ervoor gezorgd hebben dat het immuunsysteem van kinderen op pauze gezet werd. Ik hoop dat deze piste ook meegenomen wordt en dat de wetenschappers daarmee ook rekening zullen houden. Mogelijk is dat immers een van de onderliggende oorzaken.

01.11 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, la détection précoce chez les enfants est vitale et le fait d'éviter toute sous-détection est tout aussi vital. Je suis frappée par le fait qu'il y a 114 cas au Royaume-Uni. Aujourd'hui, il y a un cas en Belgique mais personne ne peut affirmer avec certitude qu'il n'y a pas d'autres cas qui sont passés sous les radars.

Même si les pédiatres doivent notifier les cas, je pense que cela ne suffit pas puisque tous les enfants ne vont pas nécessairement chez le pédiatre. Rappelons qu'il y a des cas jusqu'à l'âge de 16 ans. Je vous suggère donc de prévoir une notification par l'ensemble des médecins généralistes ainsi que par les médecins de Kind en Gezin et de l'ONE. Il y a parfois des symptômes un peu atypiques, ce qui doit amener des plaintes qui peuvent évoquer une hépatite. Il faut alors faire une prise de sang pour rechercher des enzymes hépatiques perturbés qui démontreraient l'existence d'une hépatite, même si elle n'est pas sévère.

Il en va de même en cas de prise de sang pour une tout autre raison qui détecte une perturbation des

enzymes hépatiques: il faut que ce soit également notifié.

Par ailleurs, vous ne m'avez pas répondu sur le sujet mais j'espère qu'il y aura bien un laboratoire désigné lorsqu'il y a des tableaux suspects – y compris dans les prises de sang – pour pouvoir faire les recherches au niveau viral. Aujourd'hui, compte tenu de l'absence de certitude et de l'émission de plusieurs hypothèses, il faut s'assurer que la recherche virale et le typage soient réalisés toujours au même endroit pour garantir le plus vite possible un diagnostic étiologique.

Il me semble qu'il faut pouvoir étendre le dispositif en termes d'information et de notification.

01.12 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Bedankt voor uw uitleg, mijnheer de minister. Ik had u ook gevraagd of u lessen had getrokken uit de covidepidemie, omdat die in het begin wat onderschat is.

Ik wil even terugkomen op mijn subvraag over de uitroeiing van hepatitis C tegen 2030, al besef ik dat dat niets te maken heeft met deze vorm van hepatitis die we nu bespreken. Ik stel de vraag ook omdat, vorige week nog, heel wat actoren uit de sociale sector en de gezondheidszorg erop hebben gewezen dat we nog ver van die doelstelling verwijderd zijn. Ik citeer in dit verband een passage uit *Le Soir*.

"L'objectif de l'OMS ne sera atteint que si toutes les personnes concernées par cette infection sont dépistées et traitées. Cela concerne la population générale sans oublier les usagers de drogues, la population carcérale et les migrants. Ces publics ne bénéficient que trop peu de ces avancées thérapeutiques car ils sont en marge des soins. Répondre à l'objectif de santé publique d'élimination de cette maladie nécessite donc une réflexion en profondeur sur les inégalités d'accès aux soins. Cela nous oblige à repenser l'offre de soins afin d'en améliorer l'accès aux plus fragiles, et ce dans l'intérêt général. On trouve en trame de fond le discours collectif stigmatisant qui existait dans les années sida avec une conséquence sur les soins dans la mesure où ce discours est partagé par certains soignants. Le coût excessif des traitements antiviraux imposé par l'industrie renforce cette approche stigmatisante."

U hebt inderdaad gezegd dat er een efficiënte behandeling is. Dat klopt, dat is het geneesmiddel Sovaldi, maar daarvoor vraagt men 40.000 euro. Dat is dus wel een probleem.

Goed, ik maakte van dit actualiteitsdebat over deze nieuwe hepatitis gebruik om daarop toch ook even de aandacht te vestigen. Ik hoop dat daarvoor ook wat actie ondernomen wordt.

01.13 Daniel Bacquelaire (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

J'attire votre attention sur la nécessité d'informer clairement les médecins généralistes et la première ligne au-delà des pédiatres, ainsi que les services de crèche et de garde d'enfants. Chacun doit être attentif lorsqu'il est en contact avec les enfants à déceler d'éventuels symptômes et à les rapporter. C'est cela qui permet de faire un certain nombre d'observations qui nous amènent à définir un profil et les risques. En outre, le partage des observations au niveau européen est essentiel pour détecter au plus vite l'étiologie de cette nouvelle forme d'hépatite.

01.14 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Fonck, ik wil even terugkomen op uw opmerking – ik denk dat ze ook gedeeld wordt door andere leden – over de artsen die de doelgroep zullen zijn van communicatie.

Vanaf het moment dat de melding binnenkwam, hebben de FOD en Sciensano zeer nauw contact gehad met de kinderartsen. Men bereidt echter inderdaad wel een bredere communicatie voor. Ik moet u eerlijk bekennen dat ik niet durf improviseren over de precieze doelgroep van die bredere communicatie. Ik ga er echter inderdaad van uit dat deze niet alleen uit kinderartsen zal bestaan. Het was een beetje een zaak van efficiëntie dat men in allereerste instantie zeer snel in contact is gegaan met kinderartsen, en dat grondig heeft gedaan.

Het is inderdaad opmerkelijk dat wij vanuit het Verenigd Koninkrijk een omvangrijk cijfer krijgen, terwijl wij spreken over één bevestigd geval. Ik durf daarover niet veel zeggen. Het zal ook belangrijk zijn om te bekijken wat ECDC daarover zegt, omdat men toch een soort van eenvormigheid moet hebben in de beoordeling. Het is zeker een zaak om op te volgen. Alle mogelijke hypothesen moeten opengehouden worden.

Nogmaals, ook al gaat het niet over grote cijfers, voor die individuele kinderen en hun familie kan dat zeer

zorgwekkend, angstaanjagend en inderdaad ook zeer ernstig zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mises en observation en santé mentale selon la loi du 26 juin 1990" (55025513C)

02 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opnemingen ter observatie van de geestelijke gezondheid volgens de wet van 26 juni 1990" (55025513C)

02.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous interpelle aujourd'hui pour mettre le focus sur ce dossier dont on ne parle pas.

Les psychiatres, les fédérations et syndicats, la plate-forme bruxelloise en santé mentale vous ont sollicité à plusieurs reprises par courrier depuis 2020. Une note conceptuelle sur la place des soins non volontaires dans le réseau de santé mentale vous a également été adressée en juin 2021. Il n'y a eu ni réponse ni aucune prise en compte de votre part.

Difficultés majeures rencontrées par les services agréés, obligation d'accueil et d'hospitalisation en surnombre, prises en charge intensive et situations de violence croissantes, insuffisance d'encadrement des soignants, travail social intense mais avec trop peu d'encadrement par des assistants sociaux, difficultés financières vu les non-paiements et les patients fort paupérisés, autant d'exemples qui n'ont fait que s'aggraver depuis le début de la pandémie covid-19.

Ces patients ont des atteintes psychiatriques et somatiques et sont dans des situations sociales particulièrement difficiles.

On assiste également à une augmentation importante d'admissions forcées ces dernières années. Un renfort des équipes et un soutien financier supplémentaire sont donc indispensables.

Vous avez annoncé des projets d'intensification d'unités *high intensive care* en psychiatrie(HIC). Mais, s'il y a déjà neuf services de ce type en Flandre, il n'y en a aucun en Wallonie ni à Bruxelles. Un projet bruxellois a été introduit il y a plusieurs mois mais aucune réponse n'y a été apportée. De plus, les HIC nécessitent de geler des lits alors qu'il en manque pour les mises en observation, et ils ne constituent pas des unités adaptées pour ces mises en observation et ne répondent pas à ces besoins spécifiques.

Monsieur le ministre, je relaie ici un appel à l'aide des services. Tous les appels, les demandes de rendez-vous, les courriers, la note conceptuelle n'ont fait, jusqu'à présent, l'objet d'aucun retour, d'aucune réaction alors que la réalité sur le terrain est extrêmement difficile et délicate.

Allez-vous prendre en compte les appels de ce secteur? Prenez-vous la mesure de la gravité de la situation, des besoins supplémentaires indispensables pour assurer une prise en charge de qualité et soutenir les équipes?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, vous savez sans doute que la loi sur les admissions forcées relève de la compétence de la Justice.

Sous la précédente législature, un groupe de travail a été créé pour traiter ce sujet. Plusieurs acteurs se sont penchés sur les éléments de la loi qu'il faudrait adapter. Ils ont rédigé un rapport à cet égard qui est en phase de finalisation auprès de la Justice. Dans ce rapport, la note conceptuelle sur la place des soins non volontaires dans le réseau de santé mentale est reprise comme référence.

Plus concrètement, depuis la législation précédente, deux appels à projets ont été lancés. En raison de circonstances imprévues, notamment la pandémie et les efforts qui ont dû être déployés dans ce contexte, un nouvel appel à projets officiel n'a pas encore pu être lancé. Toutefois, des propositions de projets ont déjà été reçues. Cependant, elles ne sont pas conformes aux conditions telles que stipulées dans les deux appels à projets. En effet, les projets pilotes "Intensification" doivent répondre à un certain nombre de conditions. Ainsi, les propositions doivent notamment être harmonisées au sein des réseaux respectifs et

être budgétairement neutres en termes de personnel. Autrement dit, suffisamment de lits doivent être gelés pour atteindre le niveau de personnel souhaité. Elles doivent être basées sur les deux modèles tels que développés au sein du groupe de travail "Intensification des soins résidentiels".

Un examen des propositions reçues montre que celles-ci ne sont pas neutres sur le plan budgétaire, contrairement au projet déjà approuvé en Flandre dans le passé. Donc, hélas, il n'a pas été possible de donner une réponse positive aux projets soumis jusqu'à présent, ce qui, je crois, explique aussi, madame Fonck, les déséquilibres que vous dénoncez.

Dans le cadre de la réalisation d'une prise en charge résidentielle plus humaine des personnes en crise, qu'elles soient ou non en statut d'admission forcée, il est prévu que les projets intensification soient étendus à l'ensemble du pays. Pour bien comprendre le fonctionnement du modèle HIC (*High & Intensive Care*) et son interaction avec l'équipe mobile de crise, des rencontres avec le secteur bruxellois ont été organisées ainsi qu'une visite aux projets HIC en Flandre avec les hôpitaux intéressés. Dans ce contexte même, mon administration prépare un troisième appel à projets "Intensification des soins résidentiels" pour lesquels j'ai prévu un budget de 15 millions d'euros.

L'utilisation de ce budget tiendra compte du fait que certaines régions n'ont pas ou peu de possibilités de gel des lits et prendra en compte les résultats provisoires de l'étude scientifique des projets déjà approuvés.

Lors de la réunion de l'organe de concertation Adulte du 10 mars 2022, le Pr Bruffaerts a présenté les premiers résultats du suivi *Evaluation of Psychiatric High and Intensive Care* (EPHIC). Ceux-ci mettent en évidence des questions importantes qui devront être prises en compte dans ce troisième appel à projets. Dans ce contexte, je peux également vous informer que le SPF Santé publique organise un webinaire "Intensification, projets, idées et HIC" le 1^{er} mai 2022. On avance donc à partir d'un budget, d'une information mieux développée. J'espère ainsi bientôt pouvoir adresser ce problème avec une possibilité de différenciations sous-régionales et régionales, ce qui me semble nécessaire à ce stade.

02.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous renvoyez d'abord à la Justice. Or je ne vous parle pas de la loi, mais des soins de santé.

02.04 Frank Vandenbroucke, ministre: (...)

02.05 Catherine Fonck (Les Engagés): D'accord, mais il faut quand même le repreciser, parce que c'est terrible. Ces soins de santé sont prodigués sans que le patient du réseau de soins de santé mentale se porte volontaire. On dénombre 7 000 mesures de mise en observation par an dans notre pays. Ces soins occupent donc une place importante. Vous me parlez d'appels à projets, lesquels n'étaient pas neutres sur le plan budgétaire. Néanmoins, il faut se demander s'il est encore possible de geler des lits psychiatriques. Pour ma part, comme je connais un petit peu ce terrain, je ne suis pas certaine que ce soit le cas.

Par ailleurs, comme vous renvoyez toujours au *high & intensive care* en psychiatrie, je rappelle que cette pratique est réservée à des patients lourds. Cependant, les mises en observation en question ici participent d'un autre contexte. C'est pourquoi je crains que le HIC ne constitue pas une réponse à des situations de mise en observation. Une approche particulière est donc nécessaire.

Certes, en quelques aspects, vous allez devoir vous articuler avec la Justice, mais surtout avec les différentes Régions. Dès lors, est-ce trop vous demander – peut-être pas à vous, étant donné que vous êtes fort occupé, mais du moins à votre cabinet – que de répondre aux demandes épistolaires de rencontre et aux envois de projets? Il n'y a pas eu une seule petite réponse. Rien! J'ai encore contacté quelqu'un ce matin pour m'en assurer. Peut-être est-ce trop demander, mais je souhaite que votre cabinet organise une rencontre avec ces structures qui se sont bien organisées. Cela me semble donc assez simple. De la sorte, vous pourrez prendre en compte la spécificité des mises en observation en santé mentale. Je vous assure que, pour le patient, la santé publique et la Justice, ainsi qu'au nom du respect des soignants, c'est vraiment fondamental, monsieur le ministre.

02.06 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, permettez-moi de réagir.

Madame Fonck, je crois, mais je ne suis pas sûr, que, sur le fond, nos points de vue ne sont pas très éloignés. Par exemple, je suis bien conscient du fait que l'exigence de réduction des lits n'est pas forcément

une condition qu'il convient de poser à l'heure actuelle. L'approche en la matière sera donc différente avec des possibilités différenciées. Nous travaillons actuellement sur ce dossier.

En outre, si vous avez écho de lettres ou de demandes qui auraient été envoyées par des instances auxquelles je n'aurais pas répondu, ne pourriez-vous pas me les signaler afin que je puisse voir ce qui ne fonctionne pas à mon niveau?

02.07 Catherine Fonck (Les Engagés): Je n'ai pas dit qu'un problème se posait à votre niveau. Mais cela dépend peut-être de ce que recouvre le "vous".

Monsieur le ministre, j'ai ici les copies des courriers qui vous ont été adressés. J'ai une copie de la note conceptuelle et du projet qui vous ont été envoyés. Je vais demander qu'on en fasse des photocopies afin de vous les transmettre dès cet après-midi, à moins que vous ne préfériez que je vous les envoie par mail.

02.08 Frank Vandebroucke, ministre: Il serait plus facile de me les transmettre par mail.

02.09 Catherine Fonck (Les Engagés): Je vous les enverrai donc par mail.

En conclusion, monsieur le ministre, je vous demande de prendre le temps de rencontrer les soignants, de les écouter quant à cette approche particulière, mais qui est nécessaire.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes et interpellation de

- **Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le statut de solidarité nationale et les avantages de la carte de victimes d'attentats" (55025443C)**

- **Nabil Boukili à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les 'avantages' de la carte de victime d'attentat et le statut de solidarité nationale" (55000268I)**

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La carte de victime d'attentat" (55027038C)**

03 Samengevoegde vragen en interpellatie van

- **Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het statuut van nationale solidariteit en de voordelen van de kaart voor slachtoffers van terreur" (55025443C)**

- **Nabil Boukili aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De 'voordelen' van de kaart van nationale solidariteit en het statuut van nationale solidariteit" (55000268I)**

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kaart van nationale solidariteit voor slachtoffers van een terreurdaad" (55027038C)**

03.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, la commission d'enquête parlementaire Attentats mise sur pied après les attentats terribles qui nous ont touchés à Bruxelles avait émis un certain nombre de recommandations. Une *task force* interfédérale avait été mise en place pour mettre en œuvre ces différentes recommandations.

Il y a notamment eu la mise sur pied d'un groupe de travail sur les avantages de la carte de victime d'attentat, qui résultait d'une recommandation visant à avoir cette carte de victime d'attentat avec un certain nombre de droits qui y étaient liés.

L'ASBL Life4Brussels vous a interpellé en octobre 2021 – cela fait un petit temps que j'ai déposé la question – au sujet de cette carte de victime d'attentat pour laquelle des avantages devraient être attribués par le SPF Santé. Des propositions avaient en effet été formulées par le groupe de travail auquel je viens de faire référence mais selon le SPF Santé, les travaux de ce groupe n'ont jamais abouti en raison d'un "désinvestissement des entités fédérées". La même ASBL Life4Brussels vous a personnellement sollicité il y a quatre mois à ce sujet. Mais il semble qu'aucune suite n'ait été donnée.

Pour rappel, monsieur le ministre, les seuls droits actuels sont ceux que confère le statut de solidarité nationale, à savoir le remboursement des frais de santé en lien avec l'attentat et la gratuité de la STIB, décision prise par la Région de Bruxelles-Capitale. Cela n'a donc rien à voir, me semble-t-il, avec l'esprit de

la carte et des droits pour les victimes d'attentat. Le groupe de travail, s'il n'a pas abouti, avait quand même émis un certain nombre de recommandations.

Qu'en est-il? Quelles réponses pouvez-vous apporter aux victimes concernées et aux associations qui oeuvrent énormément pour aider et soutenir les victimes? Vous le savez comme moi, des victimes d'attentat vivent encore des situations extrêmement douloureuses aujourd'hui.

03.02 Nabil Boukili (PVDA-PTB): Monsieur le président, monsieur le ministre, nous avons été interpellés par Life4Brussels, association d'aide aux victimes d'attentat, qui vous a adressé un courrier datant du 7 octobre 2021. Cette lettre concerne les "avantages" devant être attribués par le SPF Santé à la suite des travaux de la *task force* interfédérale de 2017. Cette *task force* avait été instituée dans le but de mettre en œuvre les recommandations de la commission d'enquête parlementaire Attentats. Plusieurs réunions ont été organisées par un groupe de travail dédié aux avantages de la carte de victime d'attentat au sein de la *task force*.

Des propositions ont été faites quant à ces avantages, mais les travaux de ce groupe n'ont jamais abouti et sont aujourd'hui au point mort. Le SPF a indiqué à l'époque que cet échec avait pour cause un désinvestissement de la part des entités fédérées, qui n'auraient pas donné suite aux demandes du Service public fédéral.

Près de six ans après les événements tragiques du 22 mars 2016, l'association Life4Brussels vous a écrit à la demande des victimes afin de déterminer des droits que cette carte leur confère. Les seuls droits qui en découlent aujourd'hui sont ceux que lui confère le statut de solidarité nationale, à savoir le remboursement des frais de santé en lien avec l'attentat, ainsi que la gratuité des transports de la STIB prévue par un arrêté de la Région de Bruxelles-Capitale. Life4Brussels n'a jamais obtenu de réponse suite à cette lettre envoyée le 7 octobre 2021.

Monsieur le ministre, pourquoi n'avez-vous toujours pas répondu à cette demande près de cinq mois après sa réception?

Pouvez-vous vous engager à reprendre ce dossier en main et à convoquer, à nouveau et dans les plus brefs délais, les membres du groupe de travail de la *task force* interfédérale afin de mener à terme la discussion et fixer les "avantages" de la carte de victime d'attentat, comme votre cabinet s'y était engagé en 2017?

03.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, je me devais d'intervenir comme mes collègues sur cette fameuse carte de victime d'attentat qui symbolise l'octroi du statut de solidarité nationale. Si plus de 1300 cartes ont à ce jour été distribuées, les victimes subissent toujours le manque de clarté autour des bénéfices qui vont de pair avec cette carte comme la gratuité des transports de la STIB, mais pas de la SNCB – la condition étant d'être reconnu invalide au moins à hauteur de 10 % –, l'extrême lenteur pour obtenir la carte ou la renouveler en cas de perte, le manque de clarté et d'information en ce qui concerne les remboursements de soins de santé.

Sur ce dernier point, si cette carte offre la gratuité des soins de santé en lien avec un dommage subi lors des attentats, le détenteur de la carte doit, à chaque prestation de soins, démontrer qu'ils ont un lien avec l'attentat. Mais les remboursements obtenus de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) sont difficiles, voire impossibles à contrôler, ce qui n'exclut donc pas les erreurs et les remboursements insuffisants.

Par ailleurs, le groupe de travail de la *task force* interfédérale aurait proposé que cette carte permette aux victimes de profiter de certaines activités culturelles et sportives, dans le but de les aider à se reconstruire, sauf que ce groupe de travail aurait été complètement délaissé en raison de la répartition des compétences entre les différents niveaux de pouvoir.

Par contre, une autre mesure découlant du statut de victime, à l'initiative de Brussels Airport et de la police, a bel et bien été concrétisée avec des effets très bénéfiques: lorsqu'une victime se présente à l'aéroport de Bruxelles-National, moyennant une prise de rendez-vous préalable, un policier ou un psychologue se tient à sa disposition afin de l'accompagner pour lui permettre de passer le plus rapidement le *check-in* (épisode traumatisant) en toute sérénité. Sauf que ce service reste inconnu de la plupart des victimes.

Monsieur le ministre, combien de fois le groupe de travail "Avantages de la carte de victime d'attentat" s'est-il

réuni à ce jour? Pourquoi ses travaux ont-ils été abandonnés?

En quoi la répartition des compétences entraverait-elle aujourd'hui l'attribution des avantages liés à cette carte? La charge de la preuve reposant sur la victime, telle qu'elle est conçue et contrôlée aujourd'hui en ce qui concerne le remboursement des soins de santé, vous paraît-elle appropriée? La preuve est-elle aisément démontrable? De quelle façon les remboursements de l'État sont-ils effectivement contrôlés? Comment comptez-vous résoudre les problèmes de transparence et de clarté liés aux remboursements de soins de santé effectués par la CAAMI?

03.04 **Frank Vandebroucke**, ministre: Monsieur le président, les informations que l'on me demande concernent évidemment un dossier qui date d'avant mon entrée en fonction. Néanmoins, ma cellule stratégique a tenté autant que possible de rassembler quelques éléments de réponse.

Je réponds d'abord à la première question de M. Boukili qui est également une question de Mme Fonck. Je peux confirmer qu'il n'y a pas eu de réponse formelle au courrier spécifique auquel vous faites référence, monsieur Boukili. En effet, à l'époque de ce courrier, il y avait déjà des contacts entre l'organisation en question et les cellules stratégiques du ministre de la Justice et du ministre de l'Économie auxquelles des membres de ma propre cellule stratégique participaient occasionnellement. Étonnamment, la demande à laquelle vous faites référence n'a pas été abordée lors de ces contacts. Aujourd'hui encore, les associations qui représentent les victimes sont en contact avec différentes cellules stratégiques. En plus des ministres cités, des contacts ont lieu avec les ministres de la Défense et des Pensions. Ma cellule stratégique et mes administrations, comme la CAAMI et Medex, participent à des discussions lorsqu'elles sont concernées par la thématique.

Pour répondre à votre deuxième question sur le fond, la recommandation n° 9 de la commission d'enquête sur les attentats dit: "La commission d'enquête recommande que soit organisé un statut unique et que soit délivrée une carte de victime opposable à toute institution." Donc, la carte de victime à laquelle vous faites référence renvoie à cette recommandation. Celle-ci a été mise en œuvre par la loi du 18 juillet 2017 relative à la création du statut de solidarité nationale, à l'octroi d'une pension de dédommagement et au remboursement des soins médicaux à la suite d'actes de terrorisme. La carte à laquelle vous faites référence existe. Il ressort du courrier dont vous parlez que Life4Brussels souhaitait que certains avantages soient associés à cette carte qui ne découlent pas nécessairement de la recommandation parlementaire. Il s'agit d'autres avantages que ceux qui s'appliquent aujourd'hui comme le remboursement intégral des frais médicaux liés aux attentats et le droit à une pension de dédommagement.

D'après les informations dont vous et moi disposons, un groupe de travail aurait été créé à cette fin. Une vérification effectuée auprès du SPF Santé publique m'indique que mon administration n'a pas été associée à cet exercice. Vous faites également référence à mon cabinet, mais mes collaborateurs et moi-même sommes entrés en fonction seulement en octobre 2020. Je ne dispose donc d'aucune information formelle sur la période avant ma prise de fonction. Je ne peux donc pas non plus constater comme vous, ou l'association que vous avez contactée, que le groupe de travail n'a pas eu lieu ou n'a pas clôturé ses travaux. Je constate, tout comme vous, qu'au niveau fédéral, le statut de solidarité nationale a été organisé et la carte victime accordée. Cette recommandation du Parlement a donc été mise en œuvre. Par ailleurs, je constate aussi que dans plusieurs dossiers, il existe un dialogue actif avec les associations qui représentent les victimes.

Mme Rohonyi a également posé plusieurs questions concernant spécifiquement le remboursement des frais médicaux. La nécessité de démontrer un lien de causalité est une décision politique prise par le gouvernement de l'époque. Il s'agit, en effet, d'une différence importante entre les victimes d'un acte terroriste et les victimes de guerre, qui entraîne une certaine charge de travail. C'est le médecin-conseil de la mutualité qui évalue le lien de causalité. La Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) ne se charge plus elle-même de ce contrôle.

S'agissant du remboursement du ticket modérateur, il se fait presque automatiquement et intégralement. En général, la situation est claire: ce ne sont que les frais non couverts par la nomenclature INAMI qui doivent être soumis à la commission des soins de santé de la CAAMI. Dans ce cas, il est possible que la commission plafonne le remboursement et qu'il ne soit, dès lors, que partiel pour la victime.

Enfin, s'agissant de la transparence, les mutualités discutent actuellement avec la CAAMI la manière d'organiser une communication plus transparente envers les victimes. Deux options sont en discussion. La

première est que la mutualité rende compte directement à ses membres sur le remboursement assurance maladie-invalidité et que la CAAMI rende également compte directement aux victimes sur le remboursement complémentaire. La deuxième option est que la CAAMI rende compte aux mutualités sur le remboursement complémentaire et que les mutualités rendent compte sur l'ensemble à leurs membres. J'attends une décision sur la question dans un avenir proche.

03.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Effectivement, vous confirmez qu'il n'y a pas eu de réponse au courrier d'octobre 2021 parce que vous considériez que les contacts étaient pris par ailleurs. Je pense que les représentants des victimes l'ont mal vécu.

Un statut de solidarité nationale a été accordé, ainsi qu'une carte? C'est tout à fait correct. Nous devons tous reconnaître que le contenu, soit les droits supplémentaires et les "avantages" – qu'est-ce qu'un avantage quand on a été victime d'un attentat? –, est réduit à sa plus simple expression.

Monsieur le ministre, même si c'était avant vous, peu importe: à tout moment, on peut se reposer la question. Vous venez d'expliquer, en matière de remboursement, l'enjeu lié aux liens de causalité, qui entraîne des plafonnements et des remboursements partiels. Reconnaissez comme moi qu'il reste des zones floues au niveau du lien de causalité, notamment pour toutes les répercussions sur le plan psychique.

Vous devriez revoir ce dossier avec les associations de victimes et avec les mutualités. Des efforts supplémentaires devraient être faits en la matière. Un petit nombre de victimes des attentats sont encore dans une situation extrêmement difficile. Cela doit nous amener à avoir une approche particulière, qui soit plus forte.

03.06 Nabil Boukili (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Cela fait plus de deux ans que je suis ce dossier des victimes des attentats, avec d'autres collègues dont Mmes Rohonyi et Fonck. J'hallucine toujours qu'un pays comme la Belgique traite ses victimes de cette manière irrespectueuse, avec un tel manque de considération. Les réponses qui nous ont été données par le ministre de la Justice, par la ministre Lalieux, ou d'autres, continuent à m'étonner quant au manque de motivation pour prendre ce dossier à bras-le-corps. Cela fait six ans! Et les victimes souffrent encore. Nous sommes interpellés tout le temps, parce que cette situation est insupportable.

Vous dites à juste titre que vous n'étiez pas présent quand ces travaux ont commencé et que vous ne connaissiez pas le dossier. Pourtant, l'association vous a contacté depuis quelques mois. La moindre des choses serait de lui donner une réponse sans devoir attendre que des parlementaires doivent vous interpellier pour que les choses bougent. Elle mérite le respect et elle mérite d'avoir une réponse claire de la part du ministre. Ce que vous nous avez dit ici, vous auriez pu le dire à l'association, qui vous a envoyé une lettre il y a des mois.

Il y a toujours ce manque de considération pour les victimes. C'est insupportable et c'est indigne d'un pays comme la Belgique qui se dit démocratique et solidaire de ses victimes. Dans les faits, ce n'est pas le cas.

Monsieur le ministre, à l'instar de vos collègues du gouvernement, vos réponses sont insuffisantes et vont susciter de nouvelles interpellations et questions.

Je dépose ici une motion de recommandation. Ce qu'elle demande pourrait tout à fait être accepté par la majorité, à savoir d'établir un agenda de réunions pour le groupe de travail dédié aux soi-disant avantages de la carte "victime attentat", d'aboutir à un accord en 2022 – six ans après les attentats – pour fixer les soi-disant avantages de la carte "victime attentat" et de répondre à l'association Life4Brussels et de la tenir au courant du suivi du dossier de la carte "victime attentat".

Je dépose donc une motion et j'espère qu'on pourra avancer dans ce dossier et qu'on va enfin arrêter cette mascarade scandaleuse et honteuse pour un pays comme le nôtre!

03.07 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, même si je me dois de partager la déception exprimée par mes deux collègues.

Vous nous expliquez très justement que le flou artistique qui entoure aujourd'hui les avantages afférents à cette carte résulte d'une responsabilité partagée de ce gouvernement et de l'ancien. C'est vrai. Donc, vous

tentez de nous expliquer qu'aujourd'hui, il existe des contacts réguliers avec les associations sur des thématiques lorsqu'elles sont concernées par ces dernières sauf que ce que vous nous dites là contraste totalement avec le ressenti et les constats posés par les associations qui représentent les victimes d'attentat. Ce n'est d'ailleurs pas pour rien qu'une demande très claire vous a été formulée par courrier par Life4Brussels, laquelle n'a donc toujours pas obtenu de réponse, comme vous venez de le reconnaître à l'instant.

Pour le reste, vous nous dites que cette fameuse recommandation 9 émise par la commission d'enquête Attentats a été exécutée par l'octroi de cette carte. C'est vrai. Mais cette recommandation était très large pour laisser au gouvernement, le précédent et l'actuel, le soin d'y conférer des droits concrets. Or, aujourd'hui que voit-on? Soit ces droits ne sont toujours pas effectifs, soit ce sont des droits qui sont refusés par votre cabinet avant même que vous ayez l'occasion de rencontrer l'association qui en fait la demande pour qu'elle explique le bien-fondé de sa demande et des droits afférents à cette carte, soit ces droits sont inconnus de leurs bénéficiaires puisque ce sont uniquement les victimes qui sont soutenues et prises en charge par les associations telles que Life4Brussels qui sont correctement informées de leurs droits. Cela pose un énorme problème sur lequel on met le doigt depuis de nombreux mois. C'est l'État qui doit dispenser cette information cruciale! C'est une obligation qui découle des recommandations de la commission d'enquête qu'on a évoquée. Ce n'est pas aux associations de le faire.

En guise de conclusion, je voudrais revenir sur deux des avantages censés découler de cette carte. Premièrement, la gratuité des transports. Comme je l'ai dit, il y a une gratuité du réseau STIB mais pour la TEC, De Lijn ou encore la SNCB, il faut être reconnu invalide à 10 % par le Medex. J'aurais donc voulu avoir de votre part un engagement clair pour supprimer cette condition ou, en tout cas, montrer une certaine ouverture d'esprit. Je n'ai rien entendu à ce sujet.

Il y a aussi le volet remboursement des soins de santé. J'avais évoqué avec vous la difficulté de la charge de la preuve, qui repose sur la victime, alors que les victimes civiles de guerre n'ont, quant à elles, pas à prouver le lien de causalité avec l'événement à la source de leur dommage, précisément parce que cela les obligerait à revivre à l'infini leur traumatisme. Là aussi vous nous dites que ce n'est pas vous qui l'avez décidé. Sauf qu'aujourd'hui, monsieur le ministre, vous êtes ministre de la Santé, et que vous avez donc la capacité de corriger cette décision qui n'a pas été prise par vous-même, mais par votre prédécesseur. Au lieu de cela, vous n'avez pas répondu à ma question relative à la lourdeur de cette charge de la preuve. Là aussi, comme pour la gratuité des transports, je pense qu'il aurait été beaucoup plus respectueux pour mon travail, mais surtout pour les victimes d'attentats, de leur lancer un signal et de prendre un engagement clair à ce sujet.

Motions

Moties

La présidente:

En conclusion de cette discussion, les motions suivantes ont été déposées.
Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Une motion de recommandation a été déposée par M. Nabil Boukili et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de M. Nabil Boukili

et la réponse du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

- considérant que le 22 mars 2016, 32 personnes ont été tuées dans les attentats de Bruxelles et plus de trois cents personnes ont été blessées à Bruxelles. De nombreuses autres personnes ont été profondément touchés par les attentats, y compris les premiers intervenants, les membres de la famille des personnes tuées et blessées et les personnes prises dans les attentats mais non blessées physiquement;

- considérant que les victimes et leurs familles sont, encore à ce jour, confrontées à des situations inextricables qui retardent leur reconstruction, que rien n'a été mis en place pour une prise en charge des premiers intervenants, que des lacunes énormes persistent dans la mise en place de garanties pour une protection optimale de leur droit à la santé, leur droit à un accès à la justice, leur droit à la vérité et leur droit à une indemnisation efficace et rapide;

- considérant qu'en vertu des instruments internationaux, les victimes d'actes terroristes ont droit à une aide matérielle, sociale, juridique et psychologique et que, suite à sa visite en Belgique en 2018, la rapporteuse

spéciale des Nations Unies sur les droits de l'homme s'est dite profondément préoccupée par les expériences quotidiennes des victimes du 22 mars;

- considérant que ces constats sont symptomatiques de mesures inachevées, et plus généralement, de l'insuffisance des mesures prises par le gouvernement et que ce retard à aider les victimes entraîne un phénomène de victimisation secondaire, nouvelle source de troubles et de stress;

- considérant que la commission d'enquête parlementaire recommande que "*soit délivrée une carte de victime opposable à toute institution*" et que "*ce statut détaille tout ce qui découle de cette reconnaissance en ce qui concerne les avantages octroyés, l'invalidité reconnue, etc.* "; (p. 24, DOC 54 1752/007-4 mai 2017);

- considérant que le ministre n'a toujours pas répondu à la lettre du 7 octobre 2021;

- considérant que nous commémorerons bientôt le triste sixième anniversaire des attentats de Bruxelles;

- considérant l'urgence et l'importance de la dimension humaine dans ce dossier;

demande au gouvernement

- de convoquer puis d'établir un agenda de réunions pour le groupe de travail dédié aux "avantages de la carte victime d'attentat";

- d'aboutir à un accord en 2022, 6 ans après les attentats, pour fixer les "avantages" de la carte victimes d'attentats;

- de répondre à l'association Life4Brussels et de les tenir au courant du suivi du dossier de la carte victime des attentats."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door heer Nabil Boukili en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van de heer Nabil Boukili

en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

- overwegende dat er op 22 maart 2016 bij de aanslagen in Brussel 32 mensen om het leven zijn gekomen en meer dan driehonderd mensen gewond zijn geraakt. Vele anderen werden zwaar getroffen door de aanslagen, zoals de eerstehulpverleners, de families van de overleden en gewonde slachtoffers en de personen die op de plaatsen van de aanslagen aanwezig waren maar niet fysiek gewond raakten;

- overwegende dat de slachtoffers en hun families nog tot op de dag van vandaag geconfronteerd worden met uiterst complexe situaties die hun herstel vertragen, dat er niets gedaan werd voor de opvang van de eerstehulpverleners, dat er enorme leemten blijven bestaan op het vlak van de waarborging van een optimale bescherming van hun recht op gezondheid, hun recht op toegang tot de justitie, hun recht op de waarheid en hun recht op een doeltreffende en snelle schadeloosstelling;

- overwegende dat slachtoffers van terreurdaden krachtens internationale instrumenten recht hebben op materiële, sociale, juridische en psychologische bijstand en dat de speciale rapporteur van de Verenigde Naties voor de mensenrechten naar aanleiding van haar bezoek aan België in 2018 haar grote bezorgdheid geuit heeft over hetgeen de slachtoffers van 22 maart dagelijks moesten meemaken;

- overwegende dat die vaststellingen kenmerkend zijn voor de halfslachtige maatregelen en, meer in het algemeen, voor de ontoereikendheid van de door de regering genomen maatregelen, en dat die traagheid in de hulpverlening aan de slachtoffers ertoe leidt dat er een fenomeen van secundaire victimisatie ontstaat, dat op zijn beurt een bijkomende bron van stoornissen en stress is;

- overwegende dat de parlementaire onderzoekscommissie aanbeveelt 'een 'slachtofferkaart' af te geven die bij elke instelling kan worden voorgelegd' en 'dat die status in detail duidelijk maakt wat die erkenning precies inhoudt aangaande toegekende voordelen, erkende invaliditeit enzovoort' (DOC 54 1752/007, 4 mei 2017, p. 13);

- overwegende dat de minister nog steeds niet geantwoord heeft op de brief van 7 oktober 2021;

- overwegende dat we binnenkort de trieste zesde verjaardag van de aanslagen in Brussel zullen herdenken;

- gezien de urgentie en het belang van het menselijke aspect in deze zaak,

vraagt de regering

- de werkgroep die zich bezighoudt met de 'voordelen van de slachtofferkaart' bijeen te roepen en een vergaderschema op te stellen;

- in 2022, zes jaar na de aanslagen, tot een akkoord te komen om de 'voordelen' van de slachtofferkaart vast te leggen;

- de brief van de vereniging Life4Brussels te beantwoorden en haar op de hoogte te houden van het verdere verloop van het dossier omtrent de 'slachtofferkaart'."

Une motion pure et simple a été déposée par Mme Gitta Vanpeborgh.

Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Gitta Vanpeborgh.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De benoeming van de leden van het beheerscomité van het FMO" (55025450C)

04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nomination des membres du comité de gestion du FAM" (55025450C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, op 18 februari werd op de ministerraad de benoeming van leden van het beheerscomité van het FMO van het RIZIV aangekondigd. Het FMO kampt al een hele tijd met een administratieve achterstand. Ik heb u daarover in het verleden al eerder ondervraagd.

Mijnheer de minister, op welke manier worden de leden die worden voorgedragen geselecteerd? Wat is de werkwijze of de procedure?

Hoeveel kandidaten werden er aangekondigd en hoeveel dienden een kandidatuur in? Werd er een beroep gedaan op externe bureaus, agentschappen of headhunters? Hoeveel kandidaten werden voor een selectie aangehouden? Welke criteria werden bij de selectie gehanteerd? Wat was de weging van elk van de criteria ten opzichte van de uiteindelijke score? Hoe gebeurde de uiteindelijke selectie en voordracht?

Ontvangen de uittredende leden van het beheerscomité een vergoeding? Zo ja, welke vergoeding? Wat is het totaalpakket en voor welke looptijd?

Vanaf wanneer zal het beheerscomité opnieuw volledig aan de slag kunnen?

Hoe staat het met de achterstallige dossiers en de eventuele uitbetalingen daarin?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, de leden van het beheerscomité van het FMO werden voorgedragen door de ministerraad van 18 februari, conform de reglementering. Het ging enerzijds om een vertegenwoordiger van een verzekeringsinstelling en anderzijds om een vertegenwoordiger van de overheid.

Er is niet in een selectieprocedure voorzien. Er werd dus ook niet gebruikgemaakt van een extern bureau of een agentschap, laat staan een headhunter.

Uittredende leden van het beheerscomité ontvangen geen vergoeding. Het beheerscomité heeft altijd ten volle kunnen werken. De normale werking van het beheerscomité werd op geen enkel moment gehinderd.

U vroeg ook naar een stand van zaken in verband met de dossiers. Ik vestig uw aandacht erop dat niet alle aanvraagdossiers tot een schadevergoeding leiden. Ter herinnering, het fonds kan in overeenstemming met de wet van 31 maart 2010 slechts een schadevergoeding betalen met eigen middelen in het geval van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, wanneer de ernstgraad is bereikt en in gevallen waar het in zijn advies een aansprakelijkheid van de zorgverlener aanhoudt en de ernstgraad is bereikt.

In het laatste geval worden de verantwoordelijke zorgverlener en zijn verzekeraar uitgenodigd om een schadevergoedingsvoorstel te doen. Alleen wanneer de zorgverlener of zijn verzekeraar weigert te vergoeden, treedt het fonds in zijn plaats en vergoedt het zelf, maar het zal die schadevergoeding in de rechtbank terugvorderen.

Wat de werking van de taskforce betreft, kan ik u meedelen dat midden maart in bijna 30 % van de achterstallige dossiers ondertussen een advies was gegeven. Uiteraard wordt vervolgens onmiddellijk het proces voor de schadevergoeding opgestart, indien het dossier daarvoor in aanmerking komt.

04.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, uw antwoord is nogal kort. Er zijn inderdaad twee personen aangesteld die over de juiste partijkaart beschikken; dat zal bij de selectie wel geen rol gespeeld hebben.

Maar het belangrijkste pijnpunt betreft natuurlijk de achterstallige dossiers. U zegt dat er in 30 % achterstallige dossiers, een derde dus, een advies is gegeven. We konden allemaal al kennismaken van schrijnende verhalen van mensen die jarenlang op de behandeling van hun dossier en de eventuele

uitbetaling van een schadevergoeding wachten. Begrijp ik u goed dat er dus nog niemand is uitbetaald?

04.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat kunt u afleiden, maar ik kan dat niet formeel bevestigen. Wat ik zeg, is dat het proces voor de schadevergoeding onmiddellijk is opgestart.

04.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Is het opgestart of is er effectief vooruitgang geboekt? Heeft de taskforce effectief gedaan wat de slachtoffers terecht verwachten, namelijk uitbetaling zodra beslist is dat de slachtoffers recht hebben op een schadevergoeding? Dat was mijn factuele vraag. Ik lees ze u nogmaals voor: "Kan de minister een stand van zaken geven in verband met de achterstallige dossiers en de eventuele uitbetalingen ervan?" Ik stel vast dat ik geen antwoord heb gekregen. Ik zal die vraag opnieuw indienen.

Slachtoffers wachten al jaren op een uitspraak in hun dossier en op een schadevergoeding. U bent naar onze commissie gekomen met de aankondiging dat u een taskforce zou activeren om de problemen aan te pakken. Dat is nu bijna een jaar geleden; de discussie dateert van vorige zomer. Ik kan alleen vaststellen dat er voor de slachtoffers de facto nog niets gebeurd is. Dat is bijzonder nalatig.

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

05 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De genderneutraliteit en de aanpassing van de tegemoetkoming in de kosten voor contraceptiva" (55025452C)

- **Sophie Rohonyi** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van anticonceptiva voor transmannen" (55027034C)

05 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La neutralité de genre et l'adaptation de l'intervention dans le prix des contraceptifs" (55025452C)

- **Sophie Rohonyi** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'intervention dans le prix des contraceptifs pour les hommes transgenres" (55027034C)

05.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ook deze vraag betreft de ministerraad van 18 februari 2022, waar aanpassingen werden besproken met het oog op een genderneutrale wetgeving met betrekking tot de tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva. Die aanpassingen werden al eerder aangekondigd door de regering, dus ik vermoed dat het om een uitrol van het beleid gaat.

Ik heb hierover de volgende vragen, mijnheer de minister.

Wat was de precieze achtergrond van de agendering hiervan? Wat is er effectief beslist en wanneer wordt de beslissing uitgerold? Is zij vandaag al in voege?

05.02 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, je tenais à revenir sur cette décision intervenue en février dernier au sein du Conseil des ministres et qui approuvait l'extension de la gratuité des contraceptifs.

Il ressort de cette décision qu'un homme transgenre, qui a modifié sa carte d'identité pour qu'elle corresponde à son "identité réelle" mais qui dispose toujours de la faculté biologique lui permettant de tomber enceinte, pourra accéder au régime de remboursement réservé jusqu'il y a peu aux femmes jusqu'à 25 ans. Une discrimination vient donc d'être abolie, ce dont on ne peut que se réjouir.

Monsieur le ministre, à l'instar de ma collègue, je souhaiterais en savoir plus. Disposez-vous du nombre d'hommes transgenres qui ont fait usage de cette possibilité de remboursement depuis cette modification? Cette possibilité est-elle aujourd'hui suffisamment connue des hommes transgenres? Le budget afférent au remboursement des contraceptifs a-t-il été augmenté en conséquence pour répondre aux nouvelles demandes inhérentes à l'inclusion des hommes transgenres dans le remboursement que j'ai évoqué? Dans la positive, à combien s'élève cette augmentation? Vous paraît-elle suffisante? Une augmentation est-elle prochainement envisagée afin d'inclure davantage de personnes dans le cadre de ce remboursement des contraceptifs, notamment en reculant l'âge limite pour y accéder ou en incluant davantage de sortes de contraceptifs?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Op 25 juni 2017 werd een nieuwe wet aangenomen tot hervorming van de regelingen inzake transgenders, wat de vermelding van een aanpassing van de registratie van het geslacht in de akte van de burgerlijke stand en de gevolgen daarvan betreft. Daardoor kunnen transmannen zich laten registreren als man, maar lichamelijk nog steeds vrouwelijke noden hebben, onder andere wat betreft anticonceptie.

Het koninklijk besluit van 16 september 2013 dat de specifieke tegemoetkoming van contraceptiva vaststelt, verwijst telkens naar een terugbetaling voor vrouwen. De geslachtsvoorwaarde wordt dus niet uitdrukkelijk gesteld, maar ze kan wel worden afgeleid uit deze verwoording. Daar werd dus geen rekening gehouden met de situatie van transmannen. Transmannen die nog beschikken over de vrouwelijke voortplantingsorganen en op die manier zwanger kunnen worden, verkeren op dat vlak in een gelijkaardige situatie als personen met vrouwelijke voortplantingsorganen die juridisch als vrouw geregistreerd zijn.

Het onderscheid dat het KB creëert in de tussenkomst in de kosten kan niet gerechtvaardigd worden en maakt dus een directe discriminatie uit.

Het dossier op de ministerraad van 18 februari wijzigde het KB van 16 september 2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen jonger dan 25 jaar en voor vrouwen met recht op voorhoogde tegemoetkoming. Het woord 'vrouwen' werd vervangen door 'rechthebbenden'. De ministerraad heeft dat aanvaard en beslist het voor te leggen aan de koning na advies van de Raad van State. Ondertussen is de wijziging van het KB vorige week verschenen in het *Belgisch Staatsblad*.

Nous n'avons pas encore de chiffres relatifs à la demande d'intervention des hommes transgenres. Il s'agit d'un nombre limité sans doute de bénéficiaires. Le budget supplémentaire est estimé à 20 000 euros. Ce montant est prévu.

Une extension supplémentaire, comme le relèvement de l'âge, a été analysée, mais n'a pas été retenue en tant que priorité étant donné le surcoût considérable par rapport aux groupes atteints. En effet, la réglementation actuelle prévoit déjà une intervention supplémentaire pour des personnes bénéficiant d'une allocation majorée sans limite d'âge. C'est une mesure très importante dans ma politique. L'intervention pour la pilule du lendemain n'a pas non plus de limite d'âge.

05.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

05.05 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je tenais tout d'abord à insister sur le fait que je partage complètement votre objectif d'une vraie neutralité de genre dans l'accès à la contraception. Toutefois, pour réellement rencontrer cet objectif, il faudrait, à côté de la décision que vous avez prise et qui visait à corriger un oubli du législateur en 2015, sensibiliser à l'importance de partager la charge contraceptive au sein du couple pour des raisons financières, mais aussi pour éviter qu'un seul partenaire, comme on le voit trop souvent, n'ait à prendre une pilule hormonale pendant des années voire des décennies.

On voit d'ailleurs aujourd'hui aussi que des méthodes thermiques existent pour les hommes – je pense à l'anneau contraceptif, au slip chauffant – mais on voit que l'on manque de littérature scientifique pour prouver leur efficacité et, aussi, leur caractère réversible pour inciter davantage d'hommes à y avoir recours en les rassurant, en leur expliquant que c'est absolument sans danger pour eux. Je pense donc que cette piste de la contraception masculine n'est pas suffisamment investie alors qu'elle permettrait justement de rencontrer nos objectifs dans l'accès à la contraception.

Pour ce qui concerne le relèvement de l'âge pour la contraception féminine, je vous avoue que je suis extrêmement déçue. Vous nous expliquez en fait que cela coûterait trop cher, le budget que cela représenterait. Je tiens tout de même à préciser que les grossesses non désirées ont aussi un coût que l'on se doit d'éviter au maximum. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les quatre questions jointes sur la fermeture des maternités, n° 55025525C de M. Hervé

Rigot, n° 55025670C de Mme Sofie Merckx, n° 55027036C de Mme Sophie Rohonyi et n° 55027189C de Mme Catherine Fonck sont reportées.

06 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'émergence d'une Europe de la Santé" (55025589C)

06 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het opbouwen van een Europese gezondheidsunie" (55025589C)

06.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le Ministre,

En ce début février, une réunion informelle des ministres de la santé des pays membres de l'UE s'est déroulée à Grenoble, à l'invitation de la France, qui assure actuellement la présidence du Conseil.

Cette réunion avait principalement pour objectif de faire émerger l'esquisse d'une Europe de la santé, à travers un enjeu qui est apparu essentiel au cours de cette pandémie, à savoir la mutualisation ou l'achat conjoints de vaccins.

Sauf que d'autres dossiers ont été évoqués, tels que le certificat numérique européen, l'action transversale en matière de maladies rares, ou encore l'approche ONE HEALTH au niveau européen (ndlr: Le concept « One Health » ou « une seule santé » en français, est mis en avant depuis le début des années 2000, avec la prise de conscience des liens étroits entre la santé humaine, celle des animaux et l'état écologique global. Il vise à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires.), la création d'un label "Hôpital Européen " pour mutualiser des pratiques de qualité.

L'on ne peut que se réjouir de cette volonté commune qui assurément est apparue comme étant nécessaire au cours de cette grave crise sanitaire notamment en matière d'accès aux produits de santé, tels que les vaccins.

En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:

Si une déclaration commune est attendue au cours de la présidence française de l'UE en la matière ?

Si une feuille de route sera tracée à cet égard?

Si certains sujets évoqués (cfr supra) apparaissent plus consensuels que d'autres?

Si notre pays entend contribuer à l'émergence de cette Europe de la santé et de quelle manière?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Chère collègue, la présidence française de l'Union européenne avait préparé une proposition de déclaration qui aurait dû être approuvée lors de la réunion ministérielle informelle EPSCO à Grenoble le 10 février. Bien qu'il y ait eu un débat très positif sur la proposition française de lancer une Union européenne de la santé et un pilier européen de la santé publique, cette déclaration n'a finalement pas été approuvée. Après tout, il est rare d'avoir des textes formels ou même de faire une consultation informelle lors d'une réunion ministérielle informelle EPSCO. Plusieurs ministres avaient d'ailleurs vu cette déclaration très tardivement et n'avaient donc pas pu s'assurer du soutien de l'ensemble de leur gouvernement. On me demande si une feuille de route sera tracée à cet égard. En effet, c'est bien l'intention de la présidence française. Mais nous n'avons pas encore reçu de proposition.

Certains sujets apparaissent-ils plus consensuels que d'autres? En général, il est plus facile de trouver un consensus pour coopérer sur des sujets dans le domaine de la sécurité sanitaire que sur la prévention des maladies non transmissibles ou sur les systèmes de santé. Cependant, il y avait beaucoup d'ambition à Grenoble. Ce n'est pas une histoire en noir et blanc et plus de discussions seront nécessaires afin de parvenir à un consensus.

Voulons-nous contribuer? Effectivement. Nous attendons avec impatience plus de clarification de la présidence française sur cette ambition, afin de pouvoir nous positionner. Nous sommes convaincus qu'une Europe de la santé publique ou un pilier européen de la santé publique seraient bien utiles, mais cela devrait se focaliser sur les domaines où la collaboration au niveau de l'Union européenne présente une plus-value claire.

06.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse, même si j'ai du mal à comprendre si les choses sont pliées ou pas, si ce débat est clôturé ou pas. Vous dites que la déclaration n'a pas été approuvée mais dans le même temps, vous attendez des clarifications de la part de la présidence française, qui est donc à l'initiative de cette déclaration.

06.04 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai même dit personnellement à mon collègue français que c'était un sujet qui m'intéressait beaucoup et que je l'encourageais à poursuivre ce débat. C'est peut-être un débat qu'il faudrait avoir lors des présidences qui suivent, et peut-être aussi lors de la présidence belge en 2024. Ce n'est donc pas du tout clôturé en ce qui me concerne.

06.05 Sophie Rohonyi (DéFI): D'accord, je vous en remercie parce que déjà, cette Europe de la santé permettrait de donner un nouveau sens au projet européen, un nouveau souffle. C'est du bon sens aussi. Cela permettrait à l'Union européenne de se coordonner, de mutualiser nos connaissances, l'état de nos recherches, et ce, bien sûr, au service du patient.

Là où je vous suis moins, c'est lorsque vous dites qu'il est plus facile de se mettre d'accord sur des questions de sécurité sanitaire que de prévention. Les défis en la matière sont pourtant les mêmes partout en Europe: les cancers, les maladies rares, l'obésité ou le vieillissement de la population, la précarité croissante due à l'explosion des prix de l'énergie, les risques de futures zoonoses - cela concerne davantage la sécurité sanitaire. Tous les pays de l'UE rencontrent ces défis, ce qui par conséquent démontre que cette Union de la Santé nécessite de se pencher sur ces questions de prévention.

Pour le reste, j'entends votre volonté de continuer à travailler en ce sens. Je ne peux que vous y encourager.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter:** Vraag nr. 55025592C van mevrouw Sneppe wordt op haar verzoek uitgesteld. Vraag nr. 585025610C van mevrouw Bury, van wie ik zonder nieuws ben, wordt zonder voorwerp.

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wet over de patiëntenrechten en de begripsbepaling van 'eigen personeel'" (55025617C)

07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La loi relative aux droits du patient et la définition de "personnel propre"" (55025617C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

In de Memorie van toelichting van artikel 6 van de Wet Patiëntenrechten wordt het volgende gesteld:

“Uiteraard kan het recht op vrije keuze enkel uitgeoefend worden in het kader van de voorwaarden waaronder de gezondheidszorg ter beschikking wordt gesteld. Voor wat betreft de uitoefening van het recht op vrije keuze in een gezondheidszorgvoorziening is het bovendien omwille van praktische overwegingen niet steeds mogelijk om de beroepsbeoefenaar door de patiënt vrij te laten kiezen en deze keuze te laten wijzigen. Denken we bijvoorbeeld aan het geval dat binnen de gezondheidszorgvoorziening maar één beroepsbeoefenaar waaraan de patiënt nood heeft, werkzaam is. De patiënt zal in dat geval de beroepsbeoefenaar niet kunnen kiezen. Ook de toename van het werken in teamverband zal de vrije keuze van beroepsbeoefenaar binnen een gezondheidszorgvoorziening beïnvloeden.”

Verder spreekt men in de memorie van toelichting over “eigen personeel”. Hierbij is echter een verduidelijking nodig want voor de eerstelijnsbijstand kan dit verdere – verstrekkende – gevolgen hebben.

In dit verlengde mijn vragen voor de minister:

- 1. Klopt het dat de beperking van artikel 6 van deze wet ook geldt voor zelfstandige zorgverleners? Zodat het woord “personeel” dus niet begrepen mag worden als loontrekkend personeel?*
- 2. Geldt deze beperking dan enkel voor loontrekkenden?*
- 3. Ontstaat er dan een schending van het gelijkheidsbeginsel?*

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, de term 'personeel' moet in de ruime zin van het woord worden begrepen, namelijk alle zorgverleners die in een bepaalde zorginstelling werken, ongeacht hun arbeidsrechtelijk statuut, dus ongeacht of zij nu werknemer, zelfstandige of ambtenaar zijn.

De vrije keuze van beroepsbeoefenaar door de patiënt, zoals bepaald in artikel 6 van de bedoelde wet, is van toepassing op elk type van beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg, zoals omschreven in artikelen 2 en 3 van de betreffende wet. De patiënt kiest daarbij vrij de beroepsbeoefenaar en kan zich steeds tot een andere beroepsbeoefenaar richten.

Artikel 2 van de wet betreffende de rechten van de patiënt bepaalt het toepassingsgebied van de wet en wat specifiek onder de term 'beroepsbeoefenaar' moet worden begrepen, namelijk de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk, bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake geneeskunde, artseni, bereidkunde, enzovoort.

Bovendien specificeert artikel 3, § 1, van de wet betreffende de rechten van de patiënt dat de wet van toepassing is op contractuele en buitencontractuele, privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg en rechtsverhoudingen die tot stand komen wanneer de gezondheidszorg door een beroepsbeoefenaar aan een patiënt wordt verstrekt.

Wat de memorie van toelichting daarbij wil verduidelijken, is dat de vrije keuze in sommige gevallen beperkt kan worden door de wet of door omstandigheden eigen aan de organisatie van de gezondheidszorg, ongeacht in welke context die organisatie zich afspeelt, hetzij ambuland, hetzij in een zorgvoorziening.

07.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, belangrijk in de vraag was of het gelijkheidsbeginsel niet wordt geschonden. Ik zal mij nog even informeren, maar naar uw antwoord te horen, lijkt het mij dat er op dat vlak geen probleem is.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

08 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nomenclatuur voor tandartsen en mondhygiënisten buiten een tandartskabinet" (55025627C)**

08 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nomenclature pour dentistes et hygiénistes bucco-dentaires en dehors d'un cabinet de dentisterie" (55025627C)**

08.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, men gaat nog altijd te onregelmatig naar de tandarts en dat geldt ook voor minderjarigen. Ook al werden er vroeger inspanningen geleverd om de financiële drempels weg te werken en wordt de meeste preventieve mondzorg voor kinderen volledig terugbetaald, er gaan nog altijd te weinig kinderen naar de tandarts.

Van sommige lokale besturen heb ik gehoord dat zij graag een steentje willen bijdragen door een screening van de mond bij minderjarigen mogelijk te maken, bijvoorbeeld in de Huizen van het Kind. Nu blijkt dat er geen tandheekundige nomenclatuur kan worden geattesteerd als er buiten de muren van een regulier tandartskabinet wordt gewerkt, bijvoorbeeld voor een mondonderzoek, en dat is een probleem.

Klopt het dat er buiten de muren van een tandartskabinet geen tandheekundige nomenclatuur kan worden gebruikt? Zijn er misschien uitzonderingen mogelijk, en zo ja welke? Is het nuttig om bepaalde preventieve nomenclatuur, zoals een mondonderzoek, toegankelijk te maken voor gebruik buiten een tandartskabinet? Kunt u uw eventuele plannen daaromtrent toelichten? Welke voorwaarden moeten er vervuld zijn?

Denkt u dat ook mondhygiënisten, voor wie er toch een belangrijke taak is weggelegd, toegang moeten hebben tot nomenclatuur in geval van zorg buiten de muren van een kabinet? Zo ja, welke voorwaarden worden daaraan gekoppeld? Wat zijn uw plannen daaromtrent?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Sinds de zesde staatshervorming valt de collectieve preventie voor de bewustmaking rond mondzorg onder de bevoegdheid van de gemeenschappen. Zo zijn de

bewustmakingscampagnes rond de mondgezondheid van kinderen, zoals glimlachen.be en Sourire pour tous, de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen; vroeger werden die gefinancierd door het RIZIV.

Alle verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur moeten worden uitgevoerd overeenkomstig de criteria in de artikelen 14, 17 en 19 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Maar ook andere reglementering moet daarbij in acht worden genomen, zoals die inzake afvalbeheer of stralingsbescherming.

Een tandheelkundige ingreep die door een tandheelkundige wordt uitgevoerd, moet dus plaatsvinden onder bepaalde voorwaarden, met inachtnaam van verschillende reglementeringen. Niettemin is het niet uitgesloten dat sommige handelingen uitgevoerd worden buiten een vaste tandheelkundige praktijk, op voorwaarde dat aan de verschillende wettelijke vereisten is voldaan.

De nomenclatuur voorziet uitdrukkelijk in een raadpleging van een tandheelkundige, door een geneesheer aangevraagd, bij een zieke thuis. Het Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2022-2023 voorziet wat die verstrekking betreft in de afschaffing van de voorwaarde van het verzoek van de behandelende arts om de toegang van de tandheelkundige bij de patiënt thuis te vereenvoudigen. Het akkoord voorziet ook in de identificatie van de verstrekkingen van artikel 5 die worden uitgevoerd buiten een vaste praktijk door middel van een pseudocode met als doel die praktijk te kwantificeren en te evalueren en, indien nodig, in de toekomst stappen te kunnen ondernemen om de praktijk ook te reguleren.

Wat uw derde vraag betreft, het KB van 28 maart 2018 betreffende het beroep van de mondhygiënisten bepaalt dat mondhygiënisten zelfstandig preventieve handelingen mogen uitvoeren. Het is niet de bedoeling om de mondhygiënisten te beperken tot een tandheelkundige praktijk, maar om de mondpreventie in de ziekenhuizen, woon-zorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen, voorzieningen voor personen met een beperking en voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

De Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen werkt momenteel aan de delegatie van handelingen die reeds in de tandheelkundige nomenclatuur zijn opgenomen, aan mondhygiënisten. De nationale commissie zal vervolgens onderzoeken hoe mondhygiënisten nog beter kunnen worden geïntegreerd in de verzekering voor geneeskundige verzorging door het uitwerken van een pseudonomenclatuur, die het mogelijk zal maken om een volledig overzicht te krijgen van de activiteit van mondhygiënisten voor handelingen waarvoor er momenteel nog geen nomenclatuurcode bestaat.

08.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het zelf ook altijd verwarrend dat er in de mondzorg een stuk preventie is waar wel een federale nomenclatuur aan vasthangt. Ik ken de spijtige gevolgen van de zesde staatshervorming. Het hele pakket was beter overgeheveld naar de Gemeenschappen, maar op het moment wordt de nomenclatuur nog altijd federaal geregeld.

Ik hoor dat er pseudocodes in het leven zijn geroepen om de praktijken buiten de tandartspraktijk te evalueren en op te volgen. Ik dring erop aan om dat nauwgezet te bekijken en het zoveel mogelijk te stimuleren en te bevorderen. Wij moeten er ook snel conclusies uit trekken, want wij moeten alle inspanningen – de inspanningen van de lokale besturen zijn heel welkom – ook honoreren met een vergoeding.

Ik vroeg ook in welke zin mondhygiënisten zouden kunnen worden ingeschakeld. Uw Vlaamse collega wacht op een overleg met u over de afbakening van preventieve zorg en handelingen van mondhygiënisten die ressorteren onder de federale bevoegdheid. Ook zij wachten op duidelijkheid en een juiste verdeling van het takenpakket, waartegenover dan ook de juiste financiële middelen moeten worden gezet.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55025645C van de heer De Caluwé wordt op zijn verzoek uitgesteld.

09 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling en het inzetten van tests inzake alcoholgebruik" (55025668C)

09 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement et l'utilisation de tests pour détecter la consommation d'alcool" (55025668C)

09.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, toxicologen van de UGent hebben een test ontwikkeld waarmee kan worden nagegaan of een persoon in een tijdsperiode van een maand al dan niet alcohol heeft gedronken. De analyse van fosfatidylethanol blijkt een aanzienlijke stap in dit onderzoekdomein te zijn aangezien deze stof lang in het lichaam van de betrokkene blijft. Het onderzoek kwam tot stand in het verlengde van de campagne Tournée Minérale.

De test kan belangrijk zijn voor de opvolging van een rijverbod wegens alcoholovertredingen en ook voor de behandeling van verslaving en de opvolging na het afkicken, wat recidive kan voorkomen.

Mijnheer de minister, bestaan er plannen voor de terugbetaling van de test? Bestaan er plannen om die test in te zetten voor de begeleiding van patiënten met een alcoholprobleem of -verslaving? Zijn er in die zin al stappen gezet of heeft er al overleg plaatsgevonden?

09.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, het RIZIV heeft tot nu toe geen vraag tot terugbetaling voor die test ontvangen. Aanvragen tot terugbetaling kunnen worden ingediend via de in-vitro-diagnosticprocedure, waarna de aanvraag in eerste instantie behandeld wordt door de Technisch-Geneeskundige Raad. Daarbij wordt onder meer het klinisch nut, de gevalideerde klinische praktijkrichtlijn over het gebruik ervan, de betrouwbaarheid, de kostenefficiëntie en de budgettaire impact in rekening gebracht.

De kosten gemeoid met verstrekkingen die door de werkgevers, de particuliere instellingen of de openbare besturen worden geëist, kunnen niet door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste worden genomen.

In het kader van de interfederale strategie inzake schadelijk alcoholgebruik leg ik de komende week aan de IMC Drugs een eerste voorstel voor. Daarbij vragen wij aan de betrokken ministers om de probleemstelling, de visie, de waarden en de normen, alsook de algemene en specifieke doelstellingen en methodologie, goed te keuren. Ik kan mij nu dus niet concreet uitspreken over mogelijke acties, zeker niet over acties aangaande de implementatie van tests in de justitiële sfeer, bijvoorbeeld alcoholtests in het kader van een herstelonderzoek bij wie het rijbewijs is ingetrokken.

Er zijn, mijns inziens, pro's en contra's aan het werken met zulke tests voor de therapeutische relatie. Ik laat het aan de expertise van therapeuten over om daarin de volgens hen correcte afweging te maken.

09.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik leid uit uw antwoord af dat u het voorstel nog niet voorlegt aan de interministeriële conferentie. U zegt dat u het zult bespreken met de therapeuten. Het is reeds goed dat het besproken zal worden. Ik begrijp dat men ten aanzien van werkgevers geen verplichtingen of maatregelen kan opleggen; dat was ook de vraag niet. Ten opzichte van openbare besturen zou men nog kunnen zeggen, zeker in de justitionele marge of in de politieregio's, dat de test volledig moet worden betaald.

Als zorgverstrekker lijkt het mij alleszins een zeer handig middel om te kunnen nagaan of iemand die in behandeling is geweest of is, effectief alcohol heeft gebruikt, dat bovendien betaalbaar is. Heel veel patiënten die uiteindelijk in de verslavingszorg terechtkomen hebben betalingsmoeilijkheden. Een extra financiële last kunnen wij hun dus niet zomaar opleggen.

Metten is weten. Ik heb vrij veel ervaring in de verslavingszorg. Zeggen is toch nog iets heel anders dan met echte meetwaarden werken. De patiënten op basis van correcte gegevens kunnen begeleiden, is zeker belangrijk. Ik doe dus toch een warme oproep om het voorstel te overwegen en met de therapeuten in overweging te nemen.

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

10 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vergoedingsvoorwaarden voor thuisverpleging" (55025669C)

10 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conditions de remboursement des soins à domicile" (55025669C)

10.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het is een vrij lange vraag, dus ik verwijs naar de ingediende versie.

In de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen van 8 februari gaf u aan dat u werkt aan het doorvoeren van een administratieve verlichting voor de verpleegkundigen binnen de eerstelijnsbijstand. In de meeste gevallen gaat het om thuisverpleegkundigen. In Artikel 8 van de Nomenclatuur worden alle vereisten opgesomd waar een verpleegdossier moet aan voldoen. Daar valt ook het registreren van pseudocodes onder die in het kader van de verzorging van een palliatieve patiënt, het vermelden van het resultaat van een coördinatievergadering. Dit gaat voorbij aan het feit dat de palliatieve patiënt geen beroep doet op een multidisciplinaire equipe. Daarnaast zijn de eisen van de DGEC bijzonder hoog voor wat betreft bv. de observaties en evaluaties van de zorgen die verpleegkundigen bij de patiënten uitvoeren.

Voor geen enkel zorgberoep is de inhoud van het patiëntendossier een vergoedingsvoorwaarde van de zorgprestaties. Dit bestaat enkel en alleen voor thuisverpleegkundigen. De DGEC vordert regelmatig voor de Leidend Ambtenaar, Kamer van Eerste Aanleg en Kamer van Beroep tegen thuisverpleegkundigen het bedrag van de volledige zorgprestaties voor bepaalde patiënten terug omdat bv. één of twee van de voornoemde elementen ontbreken. Bij zo'n vordering wordt zelfs niet betwist of de zorgprestaties uitgevoerd werden of – of de afhankelijkheidsgraad van de patiënt foutief werd ingeschat – maar betreft het enkel een administratieve verplichting waard niet werd aan voldaan. Eigenlijk zou een alternatieve sanctie zoals een beperkte administratieve boete of een proces verbaal van inregelstelling meer passend zijn. Hier gaat immers tijd, middelen en inspanning verloren.

Mijn vragen voor de minister:

Gaat de minister er mee akkoord dat deze vorderingen disproportioneel zijn?

Wil de minister in dit verlengde de wetgeving hieromtrent herbekijken met het oog op (administratieve) vereenvoudiging?

Gaat de minister meer in de redenering dat het meer logisch is om het verpleegdossier te bekijken als instrument waarvoor het moet dienen – met name de zorg van de patiënt – dan wel als vergoedingsvoorwaarde voor de zorgprestaties waarvan de uitvoering niet wordt betwist? Zo nee, waarom niet?

Gaat de minister het nodige doen om de vergoedingsvoorwaarde – in het kader van de kwaliteitswet die recent in werking trad – af te schaffen dan wel te beperken voor de thuisverpleegkundigen?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, om te beginnen moet ik zeggen dat de begrippen patiëntendossier en verpleegdossier door elkaar worden gebruikt, hoewel het eigenlijk twee verschillende zaken zijn. Artikel 33 van de kwaliteitswet bepaalt wat er in een patiëntendossier moet staan. Het recht op een patiëntendossier steunt op artikel 9 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Een verpleegdossier daarentegen wordt omschreven in artikel 8, § 4, 2°, van de nomenclatuur. Zowel het patiëntendossier als het verpleegdossier zijn meer dan een administratieve verplichting. Ze zijn beide erg belangrijk voor de opvolging van patiënten.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV is overeenkomstig artikel 139, vierde lid, van de wetgeving van 14 juli 1994 bevoegd voor de controle op de aangerekende prestaties. Wanneer een zorgverlener een bepaling uit de nomenclatuur niet respecteert, leidt de ziekteverzekering schade en is de sociaal inspecteur van deze dienst bevoegd om de inbreuk vast te stellen. Artikel 142 § 1, 2°, van dezelfde wet voorziet de maatregelen die opgelegd kunnen worden voor dergelijke inbreuk.

De leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges kunnen de terugbetaling opleggen van de waarde van ten onrechte aangerekende verstrekkingen en/of een administratieve geldboete van 5 % tot 150 % van de waarde van de terugbetaling. Daarnaast voorziet het artikel 157 van deze wet de mogelijkheid een gedeelte van de administratieve geldboete op te leggen met uitstel gedurende een periode van maximaal drie jaar. De wetgever voorziet dus een voldoende ruime marge.

Zowel de leidend ambtenaar als de administratieve rechtscolleges beoordelen in alle onafhankelijkheid zelf welke maatregelen gepast zijn voor de door de sociaal inspecteur van de dienst vastgestelde inbreuk. Het behoort niet tot mijn bevoegdheid te oordelen over de proportionaliteit van deze maatregelen.

Ten tweede is het, aansluitend op het antwoord op de vorige vraag, onduidelijk hoe het bijhouden van een verpleegdossier op zichzelf kan worden aanschouwd als administratieve overlast.

Ten derde omschrijft de nomenclatuur uitgebreid wat een verpleegdossier moet inhouden, net omdat het moet dienen als instrument van de zorg. Wanneer de vereisten van de nomenclatuur gerespecteerd worden en de zorgverlener zijn verpleegdossier dus nauwkeurig bijhoudt, heeft men automatisch een bruikbaar instrument om de kwaliteit en continuïteit van de zorg op te volgen. Dat is natuurlijk enkel het geval wanneer het verpleegdossier correct en waarheidsgetrouw wordt ingevuld.

Tot slot, de gedeeltelijke inwerkingtreding van de kwaliteitswet heeft geen impact op de bepaling van de nomenclatuur. Overeenkomstig artikel 35, § 1, stelt de Koning de nomenclatuur vast. Die is bovendien van openbare orde. In die context moet uw vraag over vergoedingsvoorwaarden en dergelijke worden beoordeeld.

10.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u legt het allemaal vrij technisch of theoretisch uit, maar in de praktijk blijken er toch problemen te zijn. De discussies tussen de thuisverpleegkundigen en de leidend ambtenaar blijken vooral ten koste van de patiënt te gaan. Het verpleegdossier, waarvan u stelt dat het een bruikbaar instrument is voor de continuïteit van de zorg, blijkt ook en vaak niet optimaal te worden ingevuld en daar worden niet altijd sancties aan verbonden. Er zijn namelijk organisaties die wel pleiten voor het inlezen van het eID maar het verpleegdossier niet op orde hebben en daar geen sancties voor krijgen. Andere, kleinere organisaties gaan dan weer wel met dat verpleegkundige dossier werken en geven aan dat het inlezen van het eID voor overlast zorgt.

Wij hebben vanochtend nogmaals gehoord, met name in de hospitaalcontext, dat we verpleegkundigen te kort hebben. We hebben handen aan het bed te kort. Het is aan u als minister van Volksgezondheid om ernaar te streven dat prestaties op een eenvoudige en effectief controleerbare manier kunnen worden uitgevoerd en vergoed, en dat een thuisverpleegkundige niet riskeert aan willekeur te worden blootgesteld, waardoor een deel van de aangerekende prestaties teruggeven zou moeten worden. Anderzijds mogen pseudocodes en fraude uiteraard niet getolereerd worden.

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

11 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een campagne over het Nederlandsonkundige personeel bij medische interventies" (55025610C)

11 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Une campagne sur la méconnaissance du néerlandais du personnel lors d'interventions médicales" (55025610C)

11.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Onlangs was er in de Vlaams Rand een zoveelste incident waar het MUG-team bij een medische interventie het Nederlands onkundig was. Het slachtoffer overleed ter plaatse. Deze problematiek wordt al decennia lang aangeklaagd in gemeenteraden, provincieraden en parlementen, maar er komt geen verandering in.

Als antwoord op de vraag van Vlaams Volksvertegenwoordiger Jan Laeremans aan minister Benjamin Dalle betreffende cijfers over dergelijke voorvallen en het aantal klachten (vraag 58) kregen we het bedroevend antwoord dat er slechts een handvol klachten ingediend worden per jaar.

De verklaring hiervoor is wellicht tweeledig : (1) slachtoffers zijn niet snel geneigd klacht in te dienen wanneer zij zich in een afhankelijke positie bevinden en (2) de mogelijkheid om klacht in te dienen bij het Vlaams Meldpunt voor Taalklachten en Taalwetwijzer is onvoldoende gekend.

Om aan dit laatste enigszins tegemoet te komen, kan er aan gedacht worden om een affiche-campagne op te starten - wat in dokterspraktijken een courante praktijk is (cfr. medische aangelegenheden). Deze campagne kan patiënten wijzen op het bestaan van en een duidelijke verwijzing inhouden naar beide meldpunten, wanneer zij te maken hebben met taalwantoestanden in de gezondheidszorg. In de eerste plaats zou deze campagne moeten uitgerold worden in de gehele Vlaamse Rand, bij Vlaamse artsen in Brussel en in de taalgrensgemeenten.

Bent u op de hoogte van deze reeds zeer lang aanslepende problematiek?

Heeft U hierover reeds overleg gepleegd met uw Vlaamse collega van Volksgezondheid Minister Beke? Wat vindt U van zo'n affiche-campagne? Neemt u – in samenspraak met uw Vlaamse collega - ter zake zulk een initiatief?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Alle MUG-teams van alle ziekenhuizen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest – de teams waarnaar u verwijst – dienen tweetaligheid te garanderen. Ze vallen allemaal onder de toepassing van het KB van 18 juli 1996 met betrekking tot de gecoördineerde wetten op het gebruik van de talen in bestuurszaken. Openbare ziekenhuizen vallen hier geheel onder. De private en universitaire ziekenhuizen vallen alleen onder het KB van 18 juli 1996 wanneer, ten eerste, zij een publieke opdracht uitoefenen die de grenzen van het privaat bedrijf te buiten gaan en, ten tweede, die publieke opdracht aan hen werd toevertrouwd door de wet of de openbare machten in het belang van het algemeen goed. Dit is het geval bij het organiseren van een door de bevoegde overheidsdienst erkende spoedgevallendienst of een MUG. De taalrol van het personeel is van ondergeschikt belang. De tweetaligheid moet gegarandeerd zijn.

Het is inderdaad belangrijk dat mensen met een acuut gezondheidsprobleem waarvoor de MUG moet uitrukken, in hun eigen taal worden benaderd.

Gezien het aantal klachten – misschien geven die geen volledig beeld zoals u zelf ook al zei – kunnen we niet concluderen dat hier sprake is van een algemeen probleem.

U verwijst naar het Vlaams Meldpunt Taalklachten en de Taalwetwijzer, maar ik dien u ook te wijzen op de bevoegdheden van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht, die belast is met het algemeen toezicht op de toepassing of de controle. De Vaste Commissie voor Taaltoezicht valt onder de bevoegdheid van Binnenlandse Zaken.

11.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik moet mijn vraag dus blijkbaar nog eens stellen aan minister Verlinden.

Mijn vraag was om een campagne op te starten. U zegt dat de cijfers *misschien* geen volledig beeld schetsen; inderdaad, dat is zo. De mensen weten zelfs niet waar ze een klacht kunnen indienen en ze doen het vaak ook niet omdat er een soort hiërarchie is. Het is niet makkelijk om een klacht in te dienen tegen iemand door wie men verzorgd werd of nog moet worden verzorgd.

Metten is weten, maar er is nu geen duidelijk beeld over de Nederlandsonkundigheid. Als er problemen zijn met een bijna dodelijke afloop, leest men dat in de pers. Maar bij zware letsels, door een gebrek aan taalkennis of een te lange duur wanneer de MUG moet komen, komen we dat vaak niet te weten. Zulke zaken zouden we nochtans echt moeten weten.

Mijn vraag was dus: waarom geen campagne opstarten, te beginnen in de enkele dokterskabinetten in de Vlaamse Rand en in Brussel? Zo worden de mensen erop gewezen worden dat ze eventuele problemen kunnen melden. Maar op die vraag heb ik gewoon geen antwoord gekregen.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Merckx vraagt haar vraag nr. 55025677C uit te stellen. Zij kon vandaag niet aanwezig zijn.

12 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De meerwaarde van de programma's over zeldzame ziektes voor patiënten" (55025732C)**

12 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La plus-value pour les patients des programmes relatifs aux maladies rares" (55025732C)**

12.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mijn collega's en ikzelf hebben een voorstel van resolutie ingediend rond de behandeling van zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen, met als doel iets te doen aan de WAIT-indicator, die nog altijd aangeeft dat ons land qua innovatieve therapieën achterophinkt in het Europese peloton. Van de programma's voor zeldzame ziekten, waarin het FAGG een belangrijke rol speelt, zijnde de *compassionate use*- en *medical need*-programma's, zijn er een honderdtal. Een klein zestigtal zou vandaag lopen rond zeldzame ziekten. Wij zijn

van oordeel dat een evaluatie daarvan zich opdringt en vragen ons af of u ze ook hebt uitgevoerd.

Kunt u aangeven welk ratiopercentage van de geneesmiddelen die deel uitmaakten van de programma's in het kader van de zeldzame ziekten naderhand ook werd goedgekeurd voor terugbetaling? Werden zij op de markt in ons land beschikbaar gemaakt?

Wanneer er geen terugbetaling volgde, hadden wij graag het volgende van u vernomen. Hoeveel patiënten konden de garantie krijgen om de opgestarte medicatie kosteloos te blijven nemen? Hoe evalueert u de effectiviteit of de efficiëntie van dergelijke programma's? In welke hoedanigheid hebben deze programma's effectief gezondheidswinst voor de betrokken patiënten betekend?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, in antwoord op de eerste vraag kan ik u meegeven dat sinds 2014 43 programma's met een weesindicatie zijn opgezet. Van de 43 aanvragen waren er 35 het onderwerp van een aanvraag tot vergoeding bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Acht hebben geen verzoek tot vergoeding ingediend bij de Commissie.

Van de genoemde 35 aanvragen verkregen er 23 een vergoeding, waarvan één intussen een schrapping van zijn terugbetaling en het stopzetten van het in de handel brengen heeft gevraagd en verkregen naar aanleiding van een verzoek van het EMA. Acht van die 35 aanvragen zitten nog in de CTG-procedure. Drie aanvragen hebben een negatieve beslissing gekregen. Eén dossier werd ingetrokken door de firma vooraleer een beslissing kon worden genomen. Van deze acht waarvoor geen verzoek tot vergoeding bij de CTG werd ingediend, zijn er twee die niet gecommmercialiseerd worden in België, vijf hebben geen registratie van de indicatie verkregen voor *medical need of compassionate use*, een is gecommmercialiseerd en heeft de indicatie gekregen, maar heeft nooit een aanvraag tot terugbetaling ingediend. Dat is het antwoord op uw vraag over wat het aandeel is van de aangevraagde dossiers die aanleiding hebben gegeven tot terugbetaling.

U vraagt dan in welke mate, als er geen terugbetaling volgde, patiënten die deelnamen aan het programma de geneesmiddelen kosteloos verder konden krijgen. Ik laat in mijn antwoord buiten beschouwing acht dossiers die actueel het voorwerp uitmaken van een CTG-procedure. Van de twaalf programma's waarvoor geen terugbetaling van kracht is, met drie negatieve beslissingen, een dossier dat teruggetrokken werd door de firma en acht waarvoor geen CTG-dossier werd ingediend, lopen er nog zeven programma's. Die geneesmiddelen zijn dus nog steeds toegankelijk voor patiënten via deze programma's.

Vijf van die twaalf programma's waarvoor geen terugbetaling van kracht is, zijn gesloten. Van die vijf hebben er drie betrekking op medicijnen die nog niet op de markt zijn. Voor deze drie programma's moet de sponsor, de firma dus, gratis toegang blijven geven aan de reeds geïnccludeerde patiënten, en dat tot het geneesmiddel op de markt wordt gebracht. Van de andere twee programma's van deze vijf hebben wij geen details over de follow-up van de patiënten na het programma.

U vroeg hoe wij de effectiviteit van dit verhaal evalueren. Elk programma wordt geëvalueerd op de baten-risicoverhouding, onbeantwoorde medische behoefte en ethische toelaatbaarheid. Als deze drie punten positief worden bevonden, wordt het programma toegelaten. Tijdens de geplande herevaluatie van het programma wordt de veiligheid van de patiënten nagegaan en wordt bekeken of er nog een onbeantwoorde medische behoefte is in de indicatie van het programma.

Sinds 2014 zijn er 43 programma's opgezet met een weesindicatie. Sinds 2016 wordt op basis van epidemiologische gegevens een inschatting gemaakt van het aantal patiënten dat jaarlijks zou worden opgenomen in deze programma's. Cumulatief gaat dit over 1.113 patiënten.

U vraagt of er een gezondheidswinst voor de betrokken patiënten is geweest. Elk programma wordt natuurlijk opgezet voor een groep patiënten waarvoor de baten-risicoverhouding positief wordt beoordeeld. Het is de arts van de patiënt die individueel nagaat of die verhouding ook voor zijn patiënt positief is. Ik beschik niet over die informatie. In het algemeen hebben de patiënten door de deelname aan het programma toegang tot het geneesmiddel voor het daadwerkelijk op de markt beschikbaar is.

12.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, van de 43 programma's die werden opgestart, werd ongeveer 60 % terugbetaald, dat zijn 23 programma's. Wat wel heel jammer is, is dat het 538 dagen duurt vooraleer de patiënt van die therapie kan gebruikmaken. De meeste weesziekten worden tussen 1 en 5 jaar ontdekt. Het is essentieel dat men snel kan starten met een therapie.

Als men ziet dat die 23 moleculen pas na 538 dagen tot bij de patiënten komen, dan kan men zeggen dat de balans negatief is, want men had sneller meer kinderen kunnen helpen. Een herziening van de benadering van weesgeneesmiddelen en weesziekten dringt zich dus echt op.

We zien dat er vooruitgang wordt geboekt. Het gebeurt in ons land alleen veel te traag. Daarom roep ik op om ons voorstel van resolutie – ik heb ook uw advies gelezen, daarover zullen we het later nog hebben – te heroverwegen, want het is essentieel voor onze patiënten en patiëntjes.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het beschikbaar stellen van cocaïne door de overheid" (55025734C)**

13 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise à disposition de cocaïne par les autorités" (55025734C)**

13.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, als minister van Volksgezondheid bent u uiteraard lid van de IMC Drugs, zoals u daarnet al aanhaalde. Het verwonderde mij dan ook dat uw partijgenote een heel duidelijk pleidooi hield voor het legaliseren van harddrugs. Volgens uw collega van de Vooruitfractie zou de overheid zelfs cocaïne moeten aanbieden. Aan het interview waaruit ik de informatie haal, nam ook professor Decorte deel, die al een betoog hield om de drugsketen te decriminaliseren.

In diezelfde periode vond een IMC plaats waar beslist werd om niet te beslissen. De vraag werd daar gesteld of er stappen zullen worden gezet naar de legalisering van drugs. Aangezien er geen consensus was binnen de IMC, werd er beslist om niet te beslissen. Toch gaat men in Brussel echter gebruiks- en spuitruimtes inrichten, wat eigenlijk neerkomt op het faciliteren van drugsgebruik en niet conform de wet van 1921 is.

Naar aanleiding van beide nieuwsberichten was er een bevraging op het Apothekers Forum. Ik vermoed dat zij degenen zijn die in de visie van uw collega de drugs zouden moeten verstrekken. Het resultaat was dat 83 % tegen de legalisering van drugs was, 10 % was voor de legalisering van marihuana en slechts 7 % zou cocaïne willen legaliseren en verdelen. Indien u de plannen van uw collega wilt uitvoeren, hebt u dus een probleem.

Mijnheer de minister, welk belang hecht u aan het pleidooi van de Antwerpse schepen? Wordt haar standpunt overgenomen als partijstandpunt en is het uw standpunt? Wordt dit standpunt of het partijstandpunt ook gedragen door de federale coalitiepartijen? Welk belang hecht u aan de oproep van professor Decorte? Gaat u hierin mee?

Kunt u meer duiding geven over de beslissing van de IMC om niet te beslissen? Zal er dan totaal geen aanpassing komen van de wet van 1921 inzake het federale drugsbeleid?

Wat is uw reactie op de poll van het Apothekers Forum? In hoeverre acht u het mogelijk dat zorgverstrekkers een legalisering van cocaïne zouden ondersteunen en het zouden zien zitten om cocaïne te verdelen? Zult u naar hun stem luisteren wanneer u beslist?

13.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, u weet ongetwijfeld dat ik absoluut voorstander ben van evidencebased beleid en vooral van evidencebased drugsbeleid, vermits er over deze kwestie heel wat discussie is die toch ook een ideologisch karakter heeft. Er is heel wat maatschappelijke gevoeligheid en de stellingen zijn niet altijd onderbouwd of toch niet altijd haalbaar in de realiteit. Evidencebased beleid veronderstelt dat wij vertrekken van heldere definities en termen en dat wij verwarring vermijden.

Laat ik duidelijk zijn, het gebruik van drugs is voor mij in de eerste plaats een gezondheidskwestie. Drugs zijn ongezond en risicovol voor de gezondheid. Mensen die drugs gebruiken, moeten echter zorg kunnen krijgen. Zij mogen dus niet gestigmatiseerd of gediscrimineerd worden, met als gevolg dat zij de noodzakelijke zorg niet krijgen.

Wij moeten veel forser dan vandaag investeren in preventie, in alle vormen en voor alle doelgroepen. Daarnaast moeten wij ook investeren in schadebeperking en in de behandeling van personen met

problematisch drugsgebruik.

Inzake de meest efficiënte juridische benadering ten aanzien van drugsgebruik om de schade ervan te beperken, zult u het met mij eens zijn dat wij wetenschappelijk gesproken vandaag geen echt duidelijke conclusies hebben. De mogelijke juridische technieken zijn legio, zoals legalisering van bepaalde drugs of alle drugs, het al dan niet aanbieden en/of produceren door de overheid van deze of gene drug, maar ook modellen als proefzorg of initiatieven op het niveau van de drugsbehandelingskamer waarnaar u verwees. Dat is iets wat trouwens al jarenlang bestaat in ons land.

Ik zou daaruit voorlopig durven concluderen dat wij nog geen *silver bullet* hebben om drugsgerelateerde schade te beperken, noch juridisch – u verwees naar de legalisering van harddrugs – noch op gezondheidsvlak. Het lijkt mij dat een combinatie van maatregelen hoe dan ook essentieel is en zal blijven. Ik wil het debat liever niet verengen. Wij hebben een globale discussie nodig, gebaseerd op evidentie. Wat mevrouw Beels zei of wat andere mensen zeiden naar wie u verwees, wil ik steeds in dat licht bekijken.

Het is inderdaad zo dat in opdracht van alle bevoegde ministers op federaal niveau en op deelstaatniveau de Algemene Cel Drugsbeleid momenteel een discussie voert in functie van eventuele wijzigingen aan de drugswet van 1921. Er werd afgesproken dat de Algemene Cel Drugsbeleid in juni 2022 haar resultaten zal voorleggen aan de ministers. Ik wacht deze voorstellen dus af, om die samen met mijn collega's te bekijken en om gezamenlijk eventuele beslissingen te nemen.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het was een heel interessant antwoord. Het zal zeker stof tot discussie zijn op uw partijbureau. Ik zou mevrouw Beels echt willen aanmoedigen om inderdaad de wetenschappelijke evidentie tot zich te nemen. Ik kan haar ook een boek aanraden. Ze heeft *Nederland narcostaat* gelezen. Ik kan echter ook het boek *Memoires van een verslaafd brein* aanraden, van de Amerikaanse wetenschapper Marc Lewis. Het is heel interessant om eens te lezen wat dat stofje allemaal in de hersenen doet en hoe het de neurotransmissie effectief bepaalt.

Wij zijn het er helemaal over eens dat wij de wetenschap moeten volgen en dat wij een combinatie van maatregelen moeten hebben. Wij moeten zowel aan preventie en schadebeperking doen als de patiënt begeleiden. Mijnheer de minister, u hebt echter een waar probleem. U zegt dat de interministeriële conferentie zal bekijken hoe het probleem aan te pakken en dat u zult overleggen, maar in Brussel hebt u de spuitruimte aan uw been. In Brussel wordt drugsgebruik gefaciliteerd. De schepen van uw Vooruitfractie gaat zowaar het gebruik van cocaïne banaliseren. Ik heb dit in verschillende media mogen lezen. U hebt dus zeer veel werk voor de boeg. Ik nodig u uit om eraan te werken, want de coronacrisis heeft het drugsgebruik geen goed gedaan. Onze patiënten en hun families zitten met de handen in het haar. Zij hebben hulp nodig, geen aanmoediging om verder te gebruiken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La thérapie par section du filum terminal dans le cas du syndrome d'Arnold-Chiari" (55025803C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La malformation d'Arnold-Chiari" (55026041C)

14 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het doorknippen van het filum terminale als behandeling van het Arnold-Chiarisyndroom" (55025803C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Arnold-Chiarimalformatie" (55026041C)

14.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, le syndrome d'Arnold-Chiari est une maladie rare. Je ne vais pas expliquer toute la maladie, car chacun peut s'informer facilement. Je vais m'en tenir aux questions très concrètes que je dois absolument poser et pour lesquelles j'espère obtenir des réponses aussi concrètes.

En Belgique, la technique chirurgicale pour traiter la malformation d'Arnold-Chiari est la laminectomie et la craniectomie. À l'inverse, une équipe neurochirurgicale en Espagne propose la section du filum terminal

depuis environ dix ans.

J'interviens aujourd'hui car j'ai été sollicitée par les parents d'une adolescente qui, depuis lors, a pu bénéficier de l'intervention en Espagne, mais qui ne peut bénéficier d'aucun remboursement en Belgique. Les parents ont dès lors mis en place une association pour tenter de récolter de quoi financer l'intervention et les frais annexes, qui représentent des montants importants.

En effet, les parents n'ont pu obtenir l'accord d'intervention et de remboursement de l'INAMI ni dans le cadre de l'article 20 du règlement européen 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et traduit en droit belge dans l'article 136, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ni dans le cadre de l'article 25 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 portant sur le Fonds spécial de solidarité pour des prestations de santé dispensées à l'étranger.

La même situation s'est déjà posée antérieurement pour un autre enfant – Lilou – et a d'ailleurs fait l'objet de litiges avec l'INAMI devant les tribunaux, avec plusieurs jugements, dont un récent jugement à la cour du travail de Liège le 9 mars 2021.

À la lumière des différents jugements, dont celui de la cour d'appel du travail de Liège qui a validé le fait que l'intervention de section du filum terminal pouvait être raisonnablement tentée dans ce type d'indication, des données scientifiques, de l'importance de tout tenter pour stopper l'évolution de cette pathologie très lourde, de l'importance d'envisager le traitement alternatif – comme celui pratiqué en Espagne – aux chirurgies plus à risque telles que pratiquées en Belgique, ainsi que de la situation que vivent ces patients et leurs familles, n'est-il pas pertinent de prendre en compte cette alternative thérapeutique de la section du filum terminal et donc de prévoir une intervention financière via le Fonds spécial de solidarité, par exemple?

Tel est l'essentiel de ma question que je souhaite actualiser car il y a longtemps que je l'ai déposée. Sachez que, depuis, la jeune fille a été opérée, qu'elle évolue de manière positive. Mais mes questions relatives aux récentes décisions de justice et donc à l'adaptation de l'attitude de l'INAMI restent pleines et entières

14.02 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, je ne reviendrai pas sur cette malformation congénitale du cervelet qui peut causer de multiples symptômes invalidants. Cette maladie s'accompagne souvent d'une autre maladie rare appelée syringomyélie qui, elle aussi, peut entraîner de nombreux symptômes tout aussi invalidants. Comme ma collègue vient de le dire, le seul traitement connu est l'intervention chirurgicale.

Monsieur le ministre, peu de statistiques et d'informations semblent exister concernant ces maladies assez méconnues. C'est pourquoi, je voudrais vous poser les trois questions suivantes:

- Disposez-vous de chiffres sur le nombre de patients belges atteints de cette malformation?
- Des recherches ou des études cliniques existent-elles pour tenter de développer des traitements spécifiques contre cette maladie ou, en tout cas, contre ses symptômes?
- À quelles aides financières les patients atteints de cette pathologie peuvent-ils recourir?

14.03 Frank Vandembroucke, ministre: Monsieur le président, je vais d'abord répondre à la question de Mme Fonck.

La section du filum terminal existe bien en Belgique. Cette intervention est remboursée dans la nomenclature mais pour d'autres indications qui sont bien reconnues. Excepté les publications du Pr Royo en Espagne et de son équipe de chirurgiens exclusivement formés par lui, les autorités scientifiques s'accordent à dire qu'il n'y a pas d'évidences scientifiques pour cette technique chirurgicale dans le traitement de la malformation de Chiari. Les neurochirurgiens belges experts en cette pathologie sont d'accord avec cette position. Ce point de vue a été confirmé lors de plusieurs entretiens avec l'INAMI.

Il est vrai que deux jugements récents ont été défavorables à l'INAMI. S'agissant d'une clinique privée et d'une intervention non reconnue par l'assurance obligatoire catalane, l'INAMI est intervenu, comme le règlement l'exige, au tarif de l'intervention belge. Les parents de l'enfant ont interjeté appel parce qu'ils jugeaient le montant insuffisant. Ils ont été déboutés par le tribunal. Comme la valeur scientifique et l'efficacité de la section du filum terminal dans le syndrome d'Arnold-Chiari ne sont pas reconnues ni motivées par les autorités médicales, ce qui est une exigence légale primordiale pour pouvoir bénéficier d'une intervention du Fonds spécial de solidarité, le Fonds ne peut en aucun cas intervenir dans ce dossier.

Concernant les questions de Mme Zanchetta, le Registre central des maladies rares ne contient pas encore le nombre total de patients en Belgique. Nous ne pouvons pas donner d'estimation pour la Belgique parce que la prévalence globale est inconnue.

Pour ce qui est de la recherche, il semble que la recherche sur cette pathologie soit peu développée. Il y a seulement une étude clinique en Belgique réalisée à Louvain et il y en a vingt-trois au total. Comme vous l'avez bien décrit dans votre question, le traitement est essentiellement chirurgical.

En ce qui concerne les aides financières auxquelles le patient peut recourir en cas d'intervention chirurgicale pour un syndrome d'Arnold-Chiari, différentes prestations peuvent être retrouvées dans la nomenclature en fonction de la technique choisie par les chirurgiens:

- Prestations chirurgicales (article 14, k) de la nomenclature): codes 281713/281274, laminectomie sans ouverture de la dure-mère (N 250): 267,49 euros; codes 281735/281746, laminectomie avec arthrodèse (N 500): 534,98 euros;
- Prestations techniques médicales spéciales (article 14, b) de la nomenclature): codes 232573/232584, traitement chirurgical par craniectomie linéaire simple (K 180): 345,31 euros).

Dans tous les cas, le patient a évidemment droit à un remboursement dans le cadre de l'anesthésie qui entoure l'opération.

De plus, des interventions plus générales s'appliquent également à ces patients, tout comme aux autres assurés qui ont besoin de beaucoup de soins: le remboursement des consultations et des examens réalisés dans le cadre du diagnostic et du suivi de cette maladie, le filet de sécurité en cas de frais médicaux élevés comme le maximum à facturer. Dans le cadre de notre assurance maladie-invalidité, certains patients peuvent également obtenir le statut de personnes atteintes d'une affection chronique.

14.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je prends acte de votre réponse et de votre argumentation.

Vous dites que c'est remboursé en Belgique mais c'est remboursé pour d'autres indications. Or c'est dans le cadre de ce traitement de la malformation d'Arnold-Chiari que j'intervenais. Vous argumentez en expliquant qu'il n'y a pas d'évidence scientifique, en tout cas par rapport à ce qui est retenu ici en Belgique. Reconnaissez cependant que par rapport aux jugements qui ont été rendus par la cour du travail de Liège, il y a une validation du fait que l'intervention pouvait être raisonnablement tentée dans ce type d'indication. Comme vous l'avez également rappelé, on ne peut pas dire que l'on dispose d'énormément de littérature sur ce rare syndrome et que ce soit équivoque. En l'occurrence, je pense qu'une discussion est possible.

14.05 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, en particulier le volet sur l'aide financière. Je n'ai pas d'autres remarques à ce stade.

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

De **voorzitter**: De vragen nrs. 55025807C en 55025810C van mevrouw Rohonyi worden uitgesteld.

15 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De cyberveiligheid van ziekenhuizen" (55025814C)

15 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La cybersécurité des hôpitaux" (55025814C)

15.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, digitale toepassingen zijn in de medische wereld niet meer weg te denken. Zorgverstrekkers zijn met elkaar verbonden via digitale communicatie. Veel apparatuur draait op computergestuurde technologie. Dat wil zeggen dat cyberveiligheid van steeds groter belang wordt, ook binnen ziekenhuizen. Daarnaast mogen de gevoelige patiëntengegevens niet verspreid worden.

Tijdens de coronacrisis is het belang van IT in de medische wereld nog duidelijker geworden. Denk maar aan de telegeneeskunde en alle nieuwe ontwikkelingen welke die met zich heeft gebracht. Veiligheidsexperts hebben tijdens de covidcrisis hun diensten aangeboden om de ziekenhuizen op het vlak

van cyberveiligheid te versterken, wat ook door het CCB werd ondersteund.

In 2020 gaf dat CCB aan dat ziekenhuizen zich beter zouden moeten wapenen tegen ransomware, aangezien er in het buitenland verschillende aanvallen op ziekenhuizen waren gebeurd. In Nederland gaf minister Kaag onlangs nog aan dat ziekenhuizen een potentieel doelwit zouden kunnen zijn van cyberaanvallen door Rusland sinds het conflict tussen Rusland en Oekraïne.

Is er een risicoanalyse gebeurd met betrekking tot cyberaanvallen op ziekenhuizen? Wat is de uitkomst ervan?

Welke extra voorzorgsmaatregelen worden getroffen sinds de oorlog in Oekraïne?

Zijn er aanwijzingen dat er cyberaanvallen zijn geweest, of pogingen daartoe, op ziekenhuizen in ons land door Rusland? Indien ja, kunt u daar toelichting over geven?

Welke verbeterprojecten zijn er opgestart sinds de ondersteuning door de externe experts in de covidcrisis?

Kunt u aangeven hoeveel cyberaanvallen op ziekenhuizen er de afgelopen jaren zijn geweest?

Oefenen ziekenhuizen regelmatig op potentiële cyberaanvallen? Zo ja, op welke manier?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, u vroeg mij of er een risicoanalyse gebeurd is. In 2018 werd bij de voorbereiding van de NIS-reglementering een bevraging uitgevoerd bij een aantal ziekenhuizen over hun kwetsbaarheid voor cyberincidenten. Op dat moment werden er geen andere kwetsbaarheden vastgesteld dan bij instellingen en bedrijven uit andere sectoren. Dat zeg ik niet om de bezorgdheid te minimaliseren, maar dat was toen de diagnose.

Tegelijk heeft de werkgroep informatieveiligheid van ziekenhuizen, geleid door het eHealth-platform, een set van minimale normen voor informatieveiligheid opgesteld. Om de ziekenhuizen bij te staan in het halen van die normen, heeft de werkgroep daar ook implementatierichtlijnen voor uitgeschreven. Die normen en richtlijnen zijn gebaseerd op gekende, wijdverspreide internationale standaarden. Het gaat om de ISO 27001- en 27002-normen. Bij het eHealth-platform hebben we geen aanwijzingen dat er cyberaanvallen geweest zouden zijn op ziekenhuizen vanuit Rusland.

Wat de verbeterprojecten betreft, bij de aanvang van de covidcrisis hebben de veiligheidsdienst van het eHealth-platform en het CCB een samenwerking opgestart om de ziekenhuizen te helpen bij het beveiligen van hun systemen. Zo krijgen ze ondersteuning van het CCB door vroegtijdige meldingen van bedreigingen en helpt de veiligheidsdienst van het eHealth-platform bij het verspreiden van de informatie daarover en het inschrijven van de ziekenhuizen op deze diensten. Bijkomend is ook de organisatie wehelpourhospitals.be ondersteund.

Na de meldingen van een aanval op een medisch labo eind 2020 en de aanvallen op twee ziekenhuizen begin 2021, is er verder samengewerkt om informatie over deze aanvallen, indien beschikbaar, ook ter beschikking te stellen van andere ziekenhuizen. Verder worden ziekenhuizen geholpen door het ter beschikking stellen van materiaal dat de veiligheidsconsulenten kan helpen hun opdracht in de ziekenhuizen efficiënter te verrichten. In het kader van het budget financiële middelen is er een domein cybersecurity gedefinieerd, is er geld gereserveerd via het Belgisch herstartplan – 20 miljoen euro in 2022 – en is er al een advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen over projecten die reële verbeteringen inhouden voor het vermijden van aanvallen en voor de *preparedness* bij aanvallen.

U vraagt naar het aantal aanvallen, maar een cijfer geven van het aantal cyberaanvallen is moeilijk, omdat ze in grote mate door de beveiligingsystemen worden verholpen of omdat ze onopgemerkt plaatsvinden en dus niet gerapporteerd worden. Het eHealth-platform kreeg meldingen voor de volgende incidenten, die door hun impact werden opgemerkt. In 2019 werd het eHealth-platform geïnformeerd over een cyberincident. In 2021 werd het eHealth-platform geïnformeerd over 4 incidenten. Er werd nog geen melding gemaakt van incidenten in ziekenhuizen in 2022.

Op vraag van het RIZIV wordt een aantal hospitalen betrokken in een programma waarbij de externe infrastructuur van het ziekenhuis op kwetsbaarheden wordt gecontroleerd. Op die manier wordt nagegaan in welke mate een ziekenhuis het slachtoffer van een cyberaanval kan worden en kunnen problemen in een

vroeg stadium worden verholpen.

15.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. U geeft aan dat u dit belangrijk vindt, maar ik kan mij toch niet van de indruk ontdoen dat er weinig wordt ondernomen. Een echte risicoanalyse is er niet gebeurd, hoewel dit volgens mij wel echt nodig is. U zegt dat er minimumnormen worden aangegeven, maar we weten niet of die behaald zijn en door welke ziekenhuizen. Ik denk dat dit van meer nabij moet worden opgevolgd. Ik denk dat daar inderdaad middelen tegenover moeten staan. Ziekenhuizen geven zelf aan dat het eHealth-platform en de digitale dossiers veel geld kosten. Ook de cyberveiligheid is natuurlijk heel belangrijk. Ik denk dat zij financieel moeten worden ondersteund. Wij weten immers allemaal dat de ziekenhuisfinanciering sowieso al heel fragiel is.

U zegt dat de cyberaanvallen vaak niet worden opgemerkt, waardoor er moeilijk cijfers kunnen worden gegeven. Ik vraag mij af of wij toch niet attenter moeten zijn. Ik denk dat wij de aanvallen die door de software van de ziekenhuizen wordt tegengehouden beter moeten registreren. In een aantal hospitalen wordt door het RIZIV nu een project uitgerold, begrijp ik, maar ik denk dat we daar meer moeten doen en dat meer ziekenhuizen of zelfs alle ziekenhuizen moeten worden betrokken. Op die manier kunnen wij daarvan een goed beeld krijgen en behouden. We mogen immers niet vergeten dat het hier gaat om zeer gevoelige gegevens. Wij willen niet dat die in verkeerde handen terechtkomen en dat apparatuur op een ongewenst moment uitvalt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Questions jointes de

- **Katrin Jadin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les agriculteurs intoxiqués par les pesticides" (55025829C)**

- **Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les maladies professionnelles liées aux pesticides" (55025846C)**

16 Samengevoegde vragen van

- **Katrin Jadin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nefaste gezondheidseffecten van pesticiden voor landbouwers" (55025829C)**

- **Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Beroepsziekten door pesticiden" (55025846C)**

De **voorzitter**: Van mevrouw Jadin hebben we geen nieuws. Haar vraag wordt zonder voorwerp.

16.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik ben me ervan bewust dat het onderwerp van mijn vraag een gedeelde bevoegdheid betreft van uzelf, minister Clarinval en minister Dermagne. Vandaar dat ik ook aan hen deelvragen stel.

Volgens een artikel in *Knack* concludeert een grootschalig Europees onderzoek dat landbouwers onvoldoende worden beschermd tegen de schadelijke effecten van pesticiden. Zowel het blootstellingsrisico als de gezondheidseffecten van pesticiden worden onderschat. Toxicologisch en epidemiologisch onderzoek toont alsmäär vaker aan dat pesticiden schadelijk zijn voor de gezondheid. Er schijnt ook nog het een en ander te schorten aan de beschermende kledij. Indien de landbouwers in de zomer de kledij overeenkomstig de instructies dragen, zouden ze het veel te warm krijgen, waaraan andere risico's zijn verbonden.

Hoe reageert u op die onderzoeken? Frankrijk en Italië erkennen het rechtstreekse verband tussen het overmatige en beroepsmatige gebruik van pesticiden en de ziekte van Parkinson. Ik besef dat dit aspect niet onder uw bevoegdheden valt, maar hebt u samen met minister Dermagne stappen ondernomen om het oorzakelijk verband ook in ons land te erkennen?

Vindt u dat er voldoende onderzoeken beschikbaar zijn over de gezondheidseffecten op de Belgische boeren die gebruikmaken van pesticiden? Mieke Sevenans, preventieadviseur bij Prevent Agri, dat werd opgericht door de Boerenbond, stelt in het artikel dat er wat schort aan de persoonlijke beschermingsmiddelen. Welke overheidsinstanties doen hier onderzoek naar? Hoe is de samenwerking met minister Clarinval? Welke maatregelen zitten er nog in de pijplijn? Wat is uw visie op de erkenning als beroepsziekte? Wat kan uw bijdrage zijn aan de bewustmaking van landbouwers omtrent de gezondheidsrisico's van pesticiden?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Creemers, het is logisch dat u naar mijn reactie op het betreffende onderzoek vraagt. In mijn beleid heb ik aandacht heb ik aandacht voor zowel het blootstellingsrisico als voor de gezondheidseffecten van pesticiden. Het toxicologisch en epidemiologisch onderzoek toont dat er een mogelijk verband zou kunnen bestaan tussen landbouwactiviteiten enerzijds en langetermijneffecten van de pesticiden anderzijds, maar een duidelijk causaal verband is niet aangetoond. Niet aangetoond wil zeggen dat nader onderzoek nodig is, om meer duidelijkheid te krijgen. In het kader van het federaal reductieplan voor gewasbeschermingsmiddelen worden de langetermijneffecten bij landbouwers onderzocht op basis van de meest relevante wetenschappelijke literatuur.

Uw tweede vraag luidde of er al onderzoeken beschikbaar zijn over de gezondheidseffecten van pesticiden en welke overheidsinstanties eventueel betrokken zijn. De federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, alsook gewestelijke instanties en academici zijn daarbij betrokken. In het kader van het federaal reductieplan voor gewasbeschermingsmiddelen worden de langetermijneffecten bij landbouwers onderzocht op basis van de meest relevante wetenschappelijke literatuur.

Er werden ook gewestelijke initiatieven gelanceerd, zoals een pilootproject voor het verband tussen blaaskanker en blootstelling aan pesticiden in Vlaanderen. Dat heeft overigens geen oorzakelijk verband laten zien. Er zijn ook diverse Waalse projecten, zoals ELENZA, EXPOPESTEN en PROPULPPP.

De focus in Vlaanderen ligt wel veeleer op biomonitoring, bijvoorbeeld blootstelling aan pesticiden bij doelgroepen, niet in het bijzonder bij landbouwers.

Nader onderzoek naar een verband tussen specifieke blootstelling bij landbouwers en toepassers en mogelijke langetermijneffecten blijft nodig. Het federale NAPAN, ons nationaal actieplan, is in mijn ogen het beste forum om dat onderzoek te coördineren tussen de verschillende gewesten.

U vraagt naar mijn samenwerking met mijn collega Clarival. Ik werk natuurlijk samen met de minister van Landbouw, die bevoegd is voor gewasbeschermingsmiddelen. Wij zijn actief betrokken bij het federaal reductieplan voor gewasbeschermingsmiddelen; het programma 2023-2027 ligt momenteel ter openbare raadpleging. U kunt het vinden op fytowe.be via de zoektermen 'reductieplan', 'nationaal actieplan', 'openbaar onderzoek' en 'NAPAN 2023-2027'.

U hebt een vraag gesteld over de erkenning van de ziekte van Parkinson als beroepsziekte voor landbouwers. Ik moet toch nog eens herhalen hoe beroepsziekten worden erkend. Er bestaan twee systemen van erkenning voor werknemers. Ten eerste is er de beroepsziektelijst, die de door Fedris erkende aandoeningen en risico's bevat. Ten tweede is er het open systeem waarmee beroepsziekten die niet in de voornoemde lijst staan eveneens kunnen worden erkend wanneer bewezen kan worden dat de rechtstreekse en determinerende oorzaak van de ziekte verband houdt met het beroep. Er dient op gewezen te worden dat het socialezekerheidsstelsel voor zelfstandigen hen niet dekt tegen het beroepsziekerisico. De systemen die ik zonet vernoemde, zijn van toepassing voor werknemers.

De kwestie van de opnemings als beroepsziekte van de ziekte van Parkinson veroorzaakt door pesticiden, werd al behandeld in 2013 in de instanties van Fedris. De medische commissie chemische en toxische agentia heeft een brede studie uitgevoerd van de wetenschappelijke literatuur. Het rapport werd vervolgens voorgesteld aan de Wetenschappelijke Raad. De commissie en de Wetenschappelijke Raad hebben vastgesteld dat de epidemiologische en experimentele studies de hypothese van een associatie tussen de blootstelling aan pesticiden en het syndroom van Parkinson en zelfs de ziekte van Parkinson suggereerden, maar dat die studies geen oorzakelijk verband konden aantonen tussen beroepsmatige blootstelling aan pesticiden en het syndroom van Parkinson of de ziekte van Parkinson. Om die reden worden die dan ook niet erkend als beroepsziekte.

Over beroepsziekten hebben we in de commissie vroeger al gesproken. Het concept van beroepsziekte is op een bepaalde manier redelijk streng, aangezien de causaliteit aangetoond moet worden om in de lijst te worden opgenomen. Ik vind het alleszins belangrijk om die verplichting te behouden. Dat verklaart dan ook het negatieve antwoord op uw vraag.

U vraagt of ik de verschillende beschikbare wetenschappelijke data zal raadplegen om na te gaan welke andere ziekten landbouwers dreigen op te lopen door pesticiden. Welnu, dat maakt deel uit van het federaal

reductieplan voor gewasbeschermingsmiddelen, waarvoor onder meer ook minister Dermagne bevoegd is. Ik verwijs opnieuw naar de website.

U hebt een vraag gesteld over de bewustmaking. Ja, bewustmaking is belangrijk. Iedere persoon werkzaam in de sectoren van de landbouw of de verkoop van gewasbeschermingsmiddelen, is verplicht om een vormingstraject te volgen met het oog op een veilig en duurzaam gebruik van dergelijke middelen, dus om een fytolicensie te verwerven. De vorming gaat in op het correcte gebruik en onderhoud van materiaal voor toepassingen, persoonlijke beschermingsmiddelen en verstrekt informatie over de indeling en etikettering van de producten.

De bewustmaking van de landbouwers van gezondheidsproblemen in verband met gewasbeschermingsmiddelen is opgenomen in de permanente opleiding die door de regio's in het kader van de fytolicensie wordt georganiseerd en gecontroleerd.

Voorts is het de bedoeling om in het kader van het programma 2023-2027 van het federaal reductieplan voor gewasbeschermingsmiddelen de professionelen bewuster te maken van het belang van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Ook is het de bedoeling dat zij systematisch in kennis worden gesteld van de resultaten van het systeem voor toxicovigilantie, dat in 2019 is opgezet om met de hulp van het Antigifcentrum alle beschikbare informatie te verzamelen in geval van acute vergiftiging van beroepsbeoefenaren.

16.03 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Bedankt voor het uitgebreide antwoord. U verwijst naar het NAPAN, waarvoor de publieke raadpleging is afgelopen en waarover we een heel interessante hoorzitting hadden. Ik heb dat plan heel grondig geanalyseerd en het blinkt niet uit in ambitie. Het lijkt namelijk heel erg op het NAPAN van de vorige periode, die dit jaar afloopt.

Net daarom maak ik mij zorgen. Het is inderdaad veel van hetzelfde. Ik vrees dat dezelfde doelstellingen dezelfde resultaten zullen opleveren, terwijl er overal in Europa landbouwers ziek zijn. In Italië en Frankrijk is er blijkbaar wel voldoende onderzoek gebeurd om te concluderen dat er sprake is van een beroepsziekte. Afhankelijk van de interpretatie zijn er volgens de ene wetenschapper wel genoeg redenen om die aandoeningen bij landbouwers als beroepsziekten te erkennen en voor de andere niet. We zullen dan maar hopen dat er voldoende onderzoek naar gevoerd wordt.

Er wordt trouwens nooit onderzocht wat het cocktaileffect is. Er wordt onderzocht wat het effect is van de blootstelling aan een hoge dosis glyfosaat na een bepaalde tijd. Er wordt ook onderzocht wat het effect is van het gebruik van een bepaalde pesticide. Men kijkt echter nooit naar het cocktaileffect. Dat baart me zoveel zorgen voor kwetsbare groepen, zoals zwangere vrouwen en kleine kinderen, en uiteraard voor de landbouwers zelf. Het is dus goed dat er doelgroepen worden opgenomen, maar het zijn de landbouwers die er het dichtste bijstaan. Zij dienen namelijk de pesticiden toe. Ik blijf ongerust.

Er wordt gelukkig opnieuw ingezet op de fytolicensie in het NAPAN, maar men is niet ambitieuzer dan in de vorige periode en zelfs de preventiedienst van de Boerenbond erkent dat er nog problemen zijn in de plannen voor de vorige periodes. Wij moeten onze ambities dus durven bij te schaven, maar dat zie ik niet in het NAPAN. Wij komen hier zeker nog op terug.

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

17 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De schadevergoeding voor een besmetting met hiv door bloedtransfusie" (55025844C)

17 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les dommages et intérêts en cas de contamination au VIH après une transfusion sanguine" (55025844C)

17.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dit is een zeer gedetailleerde vraag. Het jongste antwoord dat wij kunnen traceren dateert van 2016. Na zes jaar vinden wij het toch de moeite om een update te vragen.

Het gaat om een beperkte groep van 41 patiënten die in de jaren '80 besmet is geraakt met het hiv-virus via een bloedtransfusie, nog vóór het wetgevende werk afgerond was. Er is een regeling ter compensatie gekomen, maar die regeling heeft er jammer genoeg niet voor kunnen zorgen dat alle slachtoffers vergoed werden.

Concreet zijn 41 patiënten met hiv en zo'n 1.200 patiënten met hepatitis C op die manier besmet geraakt. Het KCE heeft daar onderzoek naar gedaan. Het heeft ook uitspraak gedaan, want het pleit voor 20.000 euro per patiënt.

Wij zien sinds 2016 weinig evolutie in dit dossier. Kunt u ons een update geven?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het is juist dat in het KCE-rapport nr. 273As, met als titel *Financiële compensatie van slachtoffers van transfusie-ongevallen – een poging om de discriminatie te verminderen*, dat dateert van 2016, voorstellen gedaan zijn om een forfaitaire schadevergoeding te voorzien voor slachtoffers van bloedtransfusies.

Misschien hebt u het niet gezien, maar in december 2020 heb ik een schriftelijke vraag van de heer Verherstraeten beantwoord, waarbij ik in essentie heb gezegd dat er in 2016 inderdaad onderzoek werd gedaan in verband met hepatitis C opgelopen via een bloedtransfusie in de jaren '80. Deze problematiek is niet eenvoudig, ook al omdat de oorzaak van de besmetting weinig of niet altijd bekend is.

Informatie over eventuele bloedtransfusies is ook niet altijd terug te vinden. Er mag ook niet uit het oog verloren worden dat een bloedtransfusie niet de enige besmettingsbron is voor hepatitis C. Daarenboven wil ik onderstrepen dat de ziekteverzekering sinds meerdere jaren een behandeling voor chronische hepatitis C terugbetaalt. Het rapport van het Federaal Kenniscentrum kan dienstig zijn als uitgangspunt, maar ik meen dat men het wel moet herbekijken in het licht van wat wij vandaag weten. Dat alles schreef ik aan de heer Verherstraeten.

Wat vaststaat, is dat de huidige wet medische ongevallen niet voorziet in het behandelen van niet-medische incidenten die zich hebben voorgedaan voor 2 april 2010. Op dit moment is er nog geen duidelijkheid over de haalbaarheid van het belasten van het Fonds voor Medische Ongevallen met een dergelijke opdracht. Dat doen vergt nieuwe wetgeving. Ik wil hierbij verwijzen naar de vragen van uw collega Depoorter en mijn antwoorden. Het Fonds voor Medische Ongevallen is met een helse inhaalbeweging bezig, op basis van de huidige wetgeving. Ik sta dus niet te springen voor een uitbreiding, u zult dat wel begrijpen. Tot zover mijn reactie op de heer Verherstraeten.

Ik kan u wel zeggen dat er wordt ingezet op de terugbetaling van de nieuwste generatie antiretrovirale middelen tegen het hepatitis C-virus. Er zijn dus nieuwe vergoedingsvoorwaarden sinds 1 januari 2017. Belangrijk is dat de ziekte daarmee ook geneesbaar is.

Bovendien werden de criteria inzake fibrosestadia versoepeld, zodat patiënten sneller toegang hebben. Tot 2018 kregen ongeveer 1.100 patiënten hepatitis C-middelen terugbetaald. Vanaf 1 januari 2019 werden de criteria nogmaals versoepeld, waardoor men ook in het prilste stadium van de ziekte toegang krijgt. Daardoor kregen 1.000 extra patiënten toegang. De doelstelling vandaag is in de eerste plaats dat elke hepatitis C-patiënt kan worden genezen door het inzetten van de modernste geneesmiddelen.

Ook de terugbetaling van de geneesmiddelen voor de behandeling van hiv-infecties evolueert in gunstige zin. Sinds 1 oktober 2019 kenden meerdere combinatiegeneesmiddelen bijvoorbeeld een prijsdaling.

Op uw tweede en derde vraag kan ik antwoorden dat de slachtoffers die voor vergoeding in aanmerking zouden komen zowel directe als secundaire slachtoffers zijn. De cijfers die u vermeldt in uw vraag zijn cijfers gebaseerd op het KCE-rapport nr. 273 uit 2016. Het is een raming, die dus natuurlijk geen rekening kan houden met potentiële overlijdens van directe en secundaire slachtoffers in de jaren erna. Het aantal nieuwe besmette en opgespoorde gevallen met hepatitis C neemt ook gestaag af naargelang de jaren vorderen. Dat is een positief effect dat wij zouden moeten verrekenen. Ik moet u in die zin echter een beetje teleurstellen. Het KCE voerde geen recentere berekeningen uit en publiceerde geen recentere adviezen.

U vroeg ook een overzicht van de situatie in andere landen. Daarvoor verwijs ik u naar het rapport van 2016. Ik wil het u wel geven, want ik heb het hier op papier staan, maar alles wat ik daarover kan zeggen komt uit dat rapport. Het is misschien beter als u dat gewoon leest.

Voor de kwestie rond de schadevergoeding vanuit de optiek van een medisch ongeval ben ik wel wat terughoudend om de vermelde redenen. We moeten het gewoon *across the board* beter proberen te doen voor wie lijdt aan hepatitis C.

17.03 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, we hebben de vraag van collega Verherstraeten inderdaad gemist, maar we zullen die nog eens in detail bekijken.

Ik volg u als u zegt dat we ons uiterste best moeten doen voor alle hiv- en hepatitis C-patiënten, om het even hoe ze besmet zijn. Het KCE-rapport uit 2016 zegt echter ook dat ze recht hebben op een schadevergoeding omdat ze niets konden doen aan de besmetting. Ik begrijp wel dat we ons in een wespennest storten als we dat zouden opnemen in het Fonds voor Medische Ongevallen. Ik heb echter ook begrip voor de patiënten, die nu misschien wel de juiste medische zorg krijgen, maar jarenlang in de kou hebben gestaan en zich daardoor benadeeld voelen.

Mijn laatste vraag ging niet over wat er in het rapport staat over onze buurlanden, maar wel over hoe de zaak daar de laatste zes jaar geëvolueerd is en wat we daarvan kunnen leren.

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

18 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De controle op cosmeticaproducten zonder hormoonverstoorders" (55025853C)

18 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contrôle des cosmétiques sans perturbateurs endocriniens" (55025853C)

18.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, deze zeer gedetailleerde vraag komt uit het nationaal actieplan voor hormoonverstoorders, het NAPED. Tijdens de superinteressante hoorzitting met uw diensten over het NAPED kwam een rare contradictie tussen twee soorten wetgeving naar boven. Volgens de huidige wetgeving mag een webshop niet zeggen dat er bijvoorbeeld geen schadelijke parabenen of ftalaten in producten zitten. Een webshop voor kinder- en babyproducten kondigde aan dat er in hun babycrème geen parabenen en ftalaten zitten. Zij werden daarvoor op de vingers getikt door het FAVV en de FOD Volksgezondheid omdat dat indruist tegen Europese wetgeving die zegt dat niet mag worden gezegd dat die producten daar niet in zitten, want dan wordt gesuggereerd dat dat schadelijke producten zijn.

In het NAPED staat dat we met handelaars en verkopers aan de slag moeten gaan zodat zij heel duidelijk moeten en zullen communiceren over schadelijke stoffen. De mevrouw die de webshop beheert, begreep dit dus helemaal niet. In het kader van het NAPED wordt van haar verwacht dat ze proactief communiceert dat er alleen maar gezonde producten zitten in de babycrème die ze verkoopt, maar als ze dat doet, wordt ze door de FOD Volksgezondheid op de vingers getikt en riskeert ze een boete. Ze weet dus niet wat ze nog mag of moet doen. U kunt die regelgeving, zeker op Europees vlak, niet veranderen, maar u kunt uw diensten wel vragen om net op dat onderdeel van die Europese regelgeving niet meer proactief te sanctioneren.

Hoe staat u daartegenover? Wilt u het idee van niet actief sanctioneren mee opnemen in uw richtlijnen?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Creemers, ik geef eerst het algemene kader mee. Wij proberen te werken vanuit de visie *One World, One Health*. Alle verzoeken om informatie over chemische stoffen en de gevolgen daarvan voor de gezondheid en het milieu, worden natuurlijk ook echt toegejuicht en in overweging genomen. Er worden nu verschillende initiatieven ontwikkeld door de bevoegde instanties om de blootstelling van de Belgische bevolking aan chemische stoffen, met name aan hormoonverstoorders, te kunnen verminderen.

Wat uw eerste vraag betreft, de voorlichting van consumenten en gezondheidswerkers over de samenstelling van consumentenproducten zoals cosmetica is inderdaad essentieel. Bewustmakings- en voorlichtingsacties voor die doelgroep zullen dan ook worden opgenomen in het toekomstige nationaal actieplan voor hormoonverstoorders, het NAPED, dat als hoofddoelstelling heeft om de blootstelling aan hormoonverstoorders te verminderen. Om nuttig te zijn, moet die informatie nauwkeurig, precies en correct zijn volgens de internationale regelgeving, zoals ik heb toegelicht in mijn schriftelijke antwoord.

Wat uw tweede vraag betreft, de claims met betrekking tot de afwezigheid van klassen van stoffen als parabenen en ftalaten verwijzen naar alle stoffen van die klassen, terwijl hun eigenschappen sterk kunnen verschillen van de ene stof tot de andere. Sommige van de stoffen vormen geen risico in cosmetische producten en hebben ook een belangrijke functie, zoals bescherming tegen verontreiniging. Beweringen over de afwezigheid van een stof of een groep stoffen geven voorts geen informatie over de andere bestanddelen van het product, wat kan leiden tot ongewenste vervangingen. Een aanpak per stof, gebaseerd op de lijst van ingrediënten op het etiket van het product, verdient daarom de voorkeur. In dit verband zullen de inspectiediensten blijven controleren of de bepalingen van de Europese verordening nr. 655/2013 tot vaststelling van gemeenschappelijke criteria voor de rechtvaardiging van beweringen over cosmetische producten worden nageleefd.

Wat uw derde vraag betreft, het is belangrijk op te merken dat er op Europees niveau een herziening van de cosmeticaverordening zelf aan de gang is, die een meer alomvattende aanpak van het probleem van de hormoonverstoorders mogelijk zal maken. Er moeten specifieke bepalingen komen voor stoffen die als hormoonverstoorders zijn gecategoriseerd teneinde ze in consumentenproducten te verbieden, behalve voor bepaalde toepassingen die als essentieel worden beschouwd. Ook op Europees niveau wordt gewerkt aan de definitie van deze essentiële toepassingen en mijn diensten zijn nauw betrokken bij dat werk.

Wat uw vierde vraag betreft, binnen het NAPED zullen verschillende soorten voorlichtingsacties voor het grote publiek en de consumenten worden ontwikkeld. Het gaat onder meer om bewustmakingscampagnes over hormoonverstoorders en de beschikbaarheid van de mobiele toepassing Scan for Gem in België. Er zullen ook acties worden ondernomen om bij te dragen tot de evolutie van de Europese wetgeving inzake het beheer van hormoonverstoorders en om de controle van de op de Belgische markt aanwezige producten te versterken. Mijn diensten zullen bijzondere aandacht besteden aan het vraagstuk van de hormoonverstoorders teneinde bij te dragen tot de uitvoering en de naleving van de NAPED-doelstellingen.

18.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik hoop dat de Europese aanpassing er dan snel komt, want dat heeft nogal de traditie om over generaties te gaan. De eerste REACH-regelgeving dateert van het jaar waarin mijn zoon is geboren; hij is intussen 16 jaar en tegen dat we goed aan de slag zullen zijn met die REACH-regelgeving zal hij 21 jaar zijn.

Ik begrijp wat u zegt. Niet alle parabenen zijn slecht, niet alle ftalaten zijn slecht, maar om die heel gedetailleerde productbenamingen allemaal te begrijpen, moet men een hogere opleiding chemie hebben gevolgd. We kunnen toch niet van elke consument verwachten dat hij het verschil kent tussen ftalaat nr. 23 en parabene nr. 97 om te weten welke schadelijk is en welke niet? We kunnen toch niet van elke consument verwachten dat hij een app op zak heeft, die dan nog niet eens voor 100 % werkt en die nog niet up to date is, om te scannen of om een moeilijk ingrediënt over te typen? Ik vind dat allemaal veel te omslachtig.

Ik ken andere merken die intussen schrik hebben van de woorden 'geen parabenen' of 'geen ftalaten' en dus maar *no nasty chemicals* op hun etiket zetten, maar daarmee zegt men eigenlijk dat alle chemische troep mogelijks schadelijk is. Het blijft communicatief toch bijzonder moeilijk als men enkel mag zeggen dat parabene nr. 97 slecht is en niet dat er in een bepaald product geen parabenen zitten.

We hoorden in die hoorzitting echt wel de goodwill van de diensten die het NAPED hebben opgesteld om verder te gaan en om sneller te gaan dan Europa. Zij zeiden tijdens die hoorzitting ook dat het enorm moeilijk is om tegen de lobby in te gaan bij regelgeving en dat ze daarom voor een stuk de verantwoordelijkheid bij de consument leggen.

Ik heb mij de voorbije maanden serieus verdiept in de materie van communicatie rond hormoonverstoorders. Die communicatie is niet simpel. Als een bedrijf, een winkel, een kleine webshop niet mag zeggen dat in een bepaald product geen parabenen en ftalaten zitten, vrees ik dat wij de doelstelling om goed, open, vlot en toegankelijk te communiceren over hormoonverstoorders per definitie niet gaan halen. Ik hoop dat er snel openheid komt in de regelgeving.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 **Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'hypercholestérolémie" (55025873C)**

19 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Hypercholesterolemie" (55025873C)

19.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, la Ligue cardiologique belge a récemment lancé une campagne pour mieux comprendre et sensibiliser aux risques liés au cholestérol.

Il existe deux formes d'hypercholestérolémie: la forme familiale qui est d'origine génétique et qui se traduit par une concentration sanguine très élevée en cholestérol, dès le plus jeune âge. Cette forme concerne environ 25 000 Belges. La seconde forme plutôt liée à l'hygiène de vie du patient touche environ 1,7 million Belges âgés de 35 à 84 ans.

L'hypercholestérolémie qu'elle soit d'origine génétique ou liée au style de vie peut entraîner un risque parfois élevé d'athérosclérose chez les personnes concernées. Selon l'OMS, l'athérosclérose, qui se traduit par une accumulation de cholestérol sur et dans les parois artérielles, est la cause sous-jacente de 85 % des décès par crise cardiaque et par accident vasculaire cérébral (AVC).

Monsieur le ministre, de quelle manière le gouvernement fédéral collabore-t-il avec les entités fédérées, notamment en termes de prévention et de sensibilisation pour lutter contre l'hypercholestérolémie et éviter les maladies cardiovasculaires en général? Comment améliorer la détection précoce et le traitement des patients? Comment assurer un meilleur suivi des patients ayant déjà subi un AVC et qui sont les plus à risque de développer des complications, si leur cholestérol n'est pas sous contrôle? L'INAMI disposerait-il de chiffres récents à nous communiquer concernant notamment le coût financier lié à l'hypercholestérolémie en Belgique?

19.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Zanchetta, les priorités proposées lors des réunions du groupe de travail intercabineaux pour la Conférence interministérielle en termes de prévention et de sensibilisation sont les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein, du cancer colorectal, la vaccination hors covid-19, le dépistage néonatal, le VIH et l'hépatite C. Les priorités sont donc déjà nombreuses.

Pour l'instant, il n'y a pas de projet en élaboration entre le fédéral et les Communautés sur l'hypercholestérolémie. Mais la prévention primaire et la promotion de la santé (l'exercice, l'alimentation saine, la lutte contre le tabagisme et l'alcool) sont importantes en la matière. Cette prévention primaire relève de la compétence des entités fédérées, sachant que la prévention est discutée avec les entités fédérées dans le cadre de la CIM Santé publique.

Concernant les maladies cardiovasculaires, actuellement, l'un des projets INAMI de la trajectoire de soins fait partie des objectifs de soins de santé qui s'adressent à l'obésité chez l'enfant, ce qui est indirectement lié aux maladies cardiovasculaires. Il importe d'être conscient que la prise en charge devrait commencer par l'assuré. C'est une question de comportement sain: arrêter de fumer, pratiquer un sport, observer des bonnes habitudes alimentaires, etc. Le médecin de première ligne peut aider à la sensibilisation en donnant des conseils et en assurant le suivi rapproché des patients ayant des antécédents de maladies cardiovasculaires.

Dans le vaste domaine d'hypercholestérolémie, les différents types et conséquences sur la santé de l'individu, il est difficile d'estimer l'impact sur la santé et de rentrer dans le détail des interventions médicales liées aux conséquences. Ce qui est vraiment dû à l'hypercholestérolémie est difficile à chiffrer.

En effet, les conséquences d'une hypercholestérolémie sont multiples. La nomenclature des prestations de santé ne permet pas de distinguer les interventions relatives au *screening*, au traitement et celles qui sont relatives au suivi. Les thérapies médicamenteuses de prévention par statines pourraient être explorées, mais elles sont controversées. Beaucoup de patients reçoivent inutilement des statines. Je peux m'en référer à un rapport du Centre fédéral de connaissances "*The use of statins in the primary prevention of cardiovascular diseases*" (rapport 3, 106 et 324).

Depuis 2002, le nombre annuel des personnes qui utilisent des médicaments hypocholestérolémiants de la famille des statines en Belgique est passé de 400 000 à 1 500 000. Actuellement, 25 % de la population âgée de 40 ans et plus consomme ces médicaments. Malgré les baisses des prix dues au fait que toutes les statines sont en ce moment disponibles sous une forme générique, leur coût total pour l'assurance maladie se situe toujours autour de 130 millions d'euros annuels en 2016.

L'analyse de la consommation individuelle sur un échantillon de la population montre qu'en Belgique, environ 50 % des nouveaux utilisateurs de statines ne prennent pas ce traitement correctement ou mettent fin à leur traitement prématurément.

19.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je n'attendais pas de réponse plus détaillée car il est notoire que l'hypercholestérolémie est un tueur silencieux. On ne sait que l'on a trop de cholestérol dans le sang que lorsqu'un accident survient, sauf si l'on fait des analyses régulièrement.

Vous avez mis en lumière le fait que parfois des médicaments sont prescrits alors qu'ils ne sont pas justifiés. Ils sont dès lors mal pris et cela ne sert à rien, forcément. Cela reste, je pense, malgré tout une question de santé publique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La marchandisation des médicaments" (55025877C)

20 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het mercantilisme in de geneesmiddelensector" (55025877C)

20.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, récemment, les mutualités belges déplorait à nouveau la marchandisation de certains secteurs des soins de santé, et en particulier celui des médicaments. Elles citent des exemples, comme le prix du Sovaldi, un médicament contre l'hépatite C de la firme Gilead, qui coûterait plus de 40 000 euros alors que les coûts de production ne s'élèveraient qu'à quelques centaines d'euros.

Même constat pour le Zolgensma de la firme Novartis, un traitement contre l'amyotrophie spinale chez les enfants, dont on a beaucoup entendu parler avec le cas de la petite Pia il y a quelques années. On atteint ici les deux millions d'euros par traitement, alors que les coûts de production de celui-ci avoisineraient les 60 euros seulement.

Les mutuelles dénoncent des prix bien trop élevés servant "à octroyer des dividendes à des actionnaires sur le compte de la collectivité", comme elles le soulignent, et déplorent le chantage à l'emploi dans le chef des firmes pharmaceutiques lorsqu'un pays conteste ces prix trop élevés. Les mutuelles appellent donc à réguler le prix des médicaments car, comme elles le soulignent, il s'agit aussi d'une question de justice sociale.

Que pensez-vous de la prise de position des mutualités? Y a-t-il, selon vous, une marchandisation des médicaments orchestrée par les firmes pharmaceutiques?

Confirmez-vous les propos selon lesquels certaines firmes feraient du chantage aux pays qui contesteraient ces prix trop élevés?

Quelles mesures envisagez-vous pour réguler cette situation, pour rééquilibrer les intérêts de l'industrie pharmaceutique et l'intérêt général? Où en sont les discussions avec les firmes pharmaceutiques dans le cadre du plan d'avenir?

Enfin, Jean-Pascal Labille, patron de Solidararis, a évoqué le fait qu'un modèle du "prix juste", partant du coût de production du médicament, était à l'étude. J'aurais souhaité vous entendre à ce sujet.

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: C'est un très vaste débat. La fixation des prix relève de la compétence du ministre de l'Économie qui, dans cette fixation de prix, doit concilier les intérêts économiques des consommateurs – les patients – et ceux des entreprises, en décidant d'un niveau de prix acceptable pour que celles-ci puissent investir dans la recherche et le développement.

Nous intervenons évidemment dans le remboursement des médicaments qui sont remboursés. Dans cette matière, c'est la Commission de remboursement des médicaments qui joue un rôle crucial.

Vous mentionnez des exemples de spécialités pharmaceutiques dont le prix est extrêmement élevé: le Sovaldi et le Zоргensma, qui sont tous deux remboursés sous convention, en fonction du fameux article 111, en raison des incertitudes scientifiques et cliniques autour de ces médicaments. Dans ce cas-là, l'assurance maladie ne paie pas le prix officiel de ces médicaments coûteux.

Comment vois-je le problème? Le prix des médicaments est toujours fixé unilatéralement par l'industrie. Ainsi, en tant qu'acheteurs d'un médicament, nous ne sommes pas vraiment aux commandes. La réalisation d'analyses des technologies de la santé évalue la valeur thérapeutique des nouveaux traitements et se traduit souvent par une réduction des coûts par rapport aux prix demandés par l'industrie dans le cas de ces médicaments onéreux. Cependant, la pression de l'industrie reste forte. Bien évidemment, il faut aussi être prêt à valoriser l'innovation par l'industrie.

Selon moi, il faut œuvrer à faire prendre conscience aux entreprises et au grand public du prix réaliste dont il faut s'acquitter pour une thérapie prometteuse. En ce sens, des procédures et une expertise suffisante et disponible me semblent nécessaires. Il faut partir de notre *willingness to pay*: que sommes-nous prêts à déboursier pour un médicament, vu sa valeur ajoutée, au lieu de s'appuyer simplement sur la fixation unilatérale d'un prix par une firme du secteur? À cet égard, il faut en appeler à la responsabilité sociale des entreprises. En tout cas, il faut surtout des procédures qui permettent d'avancer cette notion d'une *willingness to pay* correcte, grâce à laquelle on se tient davantage aux commandes de ce qu'il se passe.

Je suis en train de préparer un pacte avec l'industrie pharmaceutique, que l'on renouvelle avant chaque nouvelle législature, mais j'ai pris pas mal de retard. Les réformes de procédures, notamment au sein de la Commission de remboursement des médicaments, seront très importantes en la matière. En même temps, je suis aussi en train de réfléchir à des réformes à introduire dans le système des conventions – l'article 111 et autres. Je réfléchis également à la manière de réconcilier l'accès rapide à des produits innovants avec une fixation de prix et donc de remboursement raisonnable.

Je m'excuse de vous fournir une réponse très générale mais je crois que c'est un défi important. Il sera au cœur, je crois, du pacte avec l'industrie pharmaceutique, si on y arrive, et c'est mon ambition. Il s'agira de trouver des solutions adéquates et raisonnables au problème que vous soulevez.

20.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour cette réponse qui, même si elle est générale, me convient.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes 55025912C de M. Robby De Caluwé, 55026815C de Mme Nathalie Muylle et 55027190C de Mme Catherine Fonck sont reportées. La question 55025972C de Mme Kathleen Depoorter est retirée.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 **Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le baromètre de testing" (55026034C)**

21 **Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De barometer voor het testbeleid" (55026034C)**

21.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le président, cette question mérite une petite actualisation.

Monsieur le ministre, voici quelques semaines, je vous interrogeais sur la révision de notre stratégie de *testing*. À ce moment-là, deux scénarios étaient envisagés. L'un se basait sur le baromètre corona et l'autre s'appuyait sur des indicateurs plus précoces au niveau de la première ligne.

Aujourd'hui, ces discussions semblent se préciser. On a parlé de mettre ce baromètre dans un placard, dans un tiroir - je ne me souviens plus du terme utilisé dans la presse. Les médias ont laissé filtrer quelques informations laissant entendre qu'on se dirigerait plutôt vers des règles de *testing*, de *tracing* et de quarantaine calquées sur le mode du baromètre corona, avec les fameux codes couleurs.

Monsieur le ministre, à la suite de cette évolution, confirmez-vous le fait qu'on se dirige vers une stratégie de *testing* basée sur le mode du baromètre corona? Pourriez-vous nous expliquer en quoi cela consisterait concrètement? En dehors des chiffres liés aux hospitalisations et du taux d'occupation des soins intensifs, sur quels indicateurs cette future stratégie de *testing* se basera-t-elle pour se montrer efficace? Enfin, quand cette nouvelle politique de *testing* sera-t-elle mise en place?

21.02 **Frank Vandebroucke**, ministre: Madame Zanchetta, plutôt que stratégie de *testing*, j'avais pour sujet le baromètre de *testing*, ce qui est peut-être plus intéressant encore.

Je crois que vous soulignez très justement le fait que notre réflexion sur l'évolution de notre stratégie de *testing* et de *tracing* portait sur la nécessité de préserver la lisibilité des règles applicables, tout en veillant à disposer en temps et en heure des données susceptibles d'indiquer une éventuelle reprise de l'épidémie afin bien sûr de pouvoir prendre les mesures nécessaires pour l'endiguer le moment venu.

Dans ce contexte, la conférence interministérielle Santé publique s'est réunie le 9 mars et a décidé d'affiner sa stratégie de *testing*, d'isolement et de quarantaine en fonction de la situation épidémiologique actuelle. Nous avons donc approuvé un schéma global qui permettra une activation plus rapide de cette stratégie à l'avenir, permettant de contenir plus rapidement la circulation du virus. Ce schéma, ou sorte de baromètre, tient compte du niveau de circulation virale et de la morbidité que le virus cause et des indicateurs ICU (hospitalisation, impact sur la première ligne, impact sur la santé mentale). Ces indicateurs sont plus larges que ceux du baromètre, plus nuancés, plus riches. Mais l'objectif d'une réaction plus rapide en cas de nouveau risque préoccupant reste essentiel.

Depuis le 17 mars et sur la base de l'évaluation de risque de niveau 2 avec circulation virale haute, mais avec un impact de morbidité limité pour la population générale, les mesures de *testing*, d'isolement et de quarantaine ne s'appliquent qu'aux contacts à haut risque au sein du ménage. Dans ces cas de contact, il n'y a désormais plus d'obligation de test ou de quarantaine, mais il est toujours fortement recommandé à chacun, vacciné ou non, de porter un masque buccal pour les contacts en dehors du foyer durant sept jours après le contact à haut risque au sein du foyer ou, si le masque buccal n'est pas possible, de faire un autotest quotidien.

Cette recommandation s'applique à toutes les personnes de six ans et plus. Le dépistage systématique des contacts à haut risque et une éventuelle mise en quarantaine sont maintenus en cas de foyers d'infection au sein des groupes vulnérables comme les centres de soins résidentiels après analyse par le médecin responsable. Les personnes présentant un risque accru de covid-19 grave en raison, par exemple, d'une immunosuppression, peuvent également être testées par test PCR après un contact à haut risque si leur médecin traitant le juge utile. L'avis complet du RMG est disponible ici.

L'accessibilité des tests est garantie par le maintien des centres de test pour le moment. Il reste possible de réaliser un test antigénique rapide auprès du pharmacien.

Les certificats de rétablissement basés sur un RAT positif sont désormais émis. Ils sont disponibles et valables à partir du douzième jour après le prélèvement du RAT positif et restent valables jusqu'au 180^e jour après le prélèvement. Pour les tests RAT positifs antérieurs effectués il y a 180 jours au maximum, il est désormais possible de créer un tel certificat.

La collaboration interfédérale en matière de *testing* et de *tracing* s'est avérée être un élément essentiel de la gestion de crise. Sous la coordination du Comité interfédéral Testing & Tracing, différents dispositifs ont été développés tels que les bases de données pour codes de tests, les vaccinations, l'application Coronalert et l'application CovidSafe, divers outils en ligne, etc. Cette collaboration fructueuse sera poursuivie afin que nous soyons encore mieux préparés à d'éventuelles crises sanitaires à l'avenir.

Toutes ces dispositions ont été décidées sur la base des avis du RAG et du RMG. Elles sont donc d'application. L'une dans l'autre, ces mesures doivent nous permettre de contribuer à l'allègement des dispositions suite au recul des différents indicateurs, tout en nous garantissant la capacité de cerner au plus près l'évolution de la pandémie au sein de notre pays.

21.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces précisions. Elles sont évidemment toujours utiles. En effet, même si la situation est vraiment différente de ce que nous avons

connu ces derniers mois, le virus continue à circuler. Il est important de savoir qu'il est sous surveillance et que nous pouvons réagir au cas où nous devrions faire face à nouveau à une pandémie.

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

22 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)** over "**Het advies over de nieuwe aanpak en de financiering van telegeneeskunde**" (55026086C)
- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)** over "**Telegeneeskunde**" (55026886C)

22 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)** sur "**L'avis relatif à la nouvelle approche et au financement de la télémédecine**" (55026086C)
- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)** sur "**La télémédecine**" (55026886C)

22.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de vraag gaat over telegeneeskunde. U had in uw antwoord op een eerdere vraag van mij aangegeven dat u een ander of nieuw kader wilde voor de terugbetaling van tele- en videoconsultaties, verschillend van het gehanteerde kader tijdens de coronacrisis, aangezien er in bepaalde gevallen sprake zou zijn van overconsumptie. Er zou een werkgroep zijn opgericht onder leiding van professor Van den Bruel, die tegen maart van dit jaar een advies klaar zou hebben gehad over een nieuwe aanpak en financiering van telegeneeskunde.

Wat is de stand van zaken? Wanneer is dit advies klaar?

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan bevestigen dat de reflectiegroep onder leiding van professoren Van den Bruel en Belche momenteel de conceptnota finaliseert. Ik verwacht deze op zeer korte termijn. Ik kijk daar nogal naar uit. Ik vind het een belangrijke oefening, maar die is op dit ogenblik nog niet volledig afgewerkt.

Die reflectiegroep heeft zich met de input van artsen, ziekenfondsen en de wetenschappelijke wereld gebogen over de vraag welke positie raadplegingen op afstand innemen in de hedendaagse huisartsenpraktijk. Ik wil benadrukken dat deze nota alleen maar zal handelen over de organisatie en financiering van teleconsultaties, zowel telefonisch als via video, bij huisartsen. Er zijn andere aspecten van telegeneeskunde, bijvoorbeeld telemonitoring, tele-expertise en e-healthapplicaties. Die zijn buitengewoon belangrijk, maar worden in deze groep niet besproken.

Er werd ook een tussentijds tijdelijk kader voor teleraadplegingen uitgewerkt. Een belangrijk uitgangspunt hierbij was dat het om een aanvullend middel moest gaan voor het aanbieden van zorg en niet om een vervanging van de fysieke raadplegingen. Er moet over gewaakt worden dat patiënten niet om financiële redenen kiezen voor teleraadplegingen in plaats van fysieke raadplegingen. Dat is de reden waarom men in die fase heeft gekozen voor een remgeld. Bij videoraadplegingen is het technisch zeker mogelijk om het persoonlijk aandeel op een efficiënte manier te innen. Enerzijds is het door de videoverbinding mogelijk om een QR-code met betalingsgegevens aan de patiënt te tonen. Er zijn overigens verschillende zorgberoepen die al geruime tijd op die manier werken. Anderzijds hebben een aantal platformen voor videoraadpleging ondertussen een betalingsmodule ingebouwd waarmee de artsen betalingsverzoeken naar de patiënt kunnen sturen en ook onmiddellijk melding krijgen wanneer de betaling is gebeurd. Alhoewel het relatief eenvoudig is om via digitale weg (sms, mail, whatsapp) de patiënt een betalingsverzoek te sturen, is dat bij een telefonische raadpleging toch wel een grotere organisatorische uitdaging.

Ik denk dat ik bevestigend kan antwoorden op uw tweede vraag. Op uw eerste vraag luidt mijn antwoord dat ik hoop dat ik zo snel mogelijk over de nota kan beschikken.

22.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Net als u kijk ik uit naar die conceptnota, mijnheer de minister. Ik denk dat telegeneeskunde een fundamentele verandering met zich kan meebrengen in ons zorglandschap. Net als u vind ik ook dat ze aanvullend moet zijn en dat ze een kwalitatieve verbetering kan zijn voor mensen die meer opvolging of geruststelling nodig hebben.

U geeft aan dat de telegeneeskunde geen goedkoper alternatief mag zijn voor een gewone raadpleging. Ook daar ben ik het mee eens. Het enige wat ik me afvroeg was hoe het remgeld wordt geïnd, maar die nieuwe technologie maakt dit inderdaad mogelijk. Met telefonische raadplegingen zal dat inderdaad wat moeilijker zijn.

Ik zou willen waarschuwen voor het feit dat er wel degelijk *outliers* waren. We moeten nagaan wat daar misloopt en waarom er zo'n exuberant aantal raadplegingen door wat enkelingen wordt geattesteerd. Ik denk dat we veeleer dat probleem moeten aanpakken dan een rem zetten op telegeneeskunde, waar ik echt wel de meerwaarde van inzie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

23 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Dubbeltesten voor influenza en SARS-CoV-2" (55026180C)

23 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Des doubles tests pour l'influenza et le SARS-CoV-2" (55026180C)

23.01 Frieda Gijbels (N-VA): Volgens de website van het FAGG werden vier voor terugbetaling erkende combinatiesneltesten voor SARS-CoV-2 en influenza op de lijst opgenomen, maar misschien is dat cijfer intussen niet meer correct. Hoe dan ook, merkwaardig genoeg werden de sneltesten voor influenza vroeger niet terugbetaald; de combinatietest wordt nu blijkbaar wel terugbetaald, ook al is dat beperkt tot de combinatietesten voor professioneel gebruik.

Hoe vaak werd de afgelopen vijf jaar getest op influenza in de artspraktijk? Welke soort testen werd hiervoor gebruikt?

Op de website van het FAGG staan sensitiviteit en specificiteit vermeld, maar enkel voor de combinatietesten. Wordt er dan niet apart getest op de gevoeligheid en specificiteit voor influenza an sich? Waarom wordt dat niet apart vermeld?

Blijkbaar worden de sensitiviteits- en specificiteitswaarden van de verschillende antigenetests, dus ook de gewone coronatesten, gewoon overgenomen van de bijsluiters die door de fabrikanten zijn opgesteld. Ik dacht echter dat het FAGG zelf testen daarop deed of toch labo's de opdracht gaf om de testen te evalueren.

Is het uw bedoeling dat ook de single antigenetests voor influenza zullen worden terugbetaald?

Worden de resultaten van die tests op een of andere manier geregistreerd, via bijvoorbeeld eHealth? Is dat een vereiste voor de terugbetaling? Ik doel hiermee op de registratie van de data.

23.02 Minister Frank Vandenbroucke: Uit een externe kwaliteitsevaluatie van Sciensano uit 2019 blijkt dat de meeste labo's volgende testen gebruiken: BinaxNOW Influenza A&B van Abott en de BD Veritor Influenza A/B van Becton Dickinson. Ik heb echter geen data over het aantal uitgevoerde testen. Die data zijn ook niet beschikbaar.

U had ook vragen over hetgeen de website van het FAGG zegt over de sensitiviteit en specificiteit. De vermelde sensitiviteits- en specificiteitswaarden gelden inderdaad enkel voor de SARS-CoV-2- en niet voor de influenzatesting. De reden is dat de lijst opgesteld werd als een leidraad voor SARS-CoV-2-bepaling. De combinatietesten zijn pas in een later stadium op de markt verschenen. Omwille van de duidelijkheid worden de sensitiviteits- en specificiteitswaarden voor influenza dan ook niet in de lijst meegegeven. Ze staan wel vermeld in de gebruiksaanwijzing van de combinatietesten.

U klaagt aan dat de informatie blijkbaar gewoon werd overgenomen van de bijsluiters. Maar toen de lijst initieel werd opgesteld, waren er bijna geen onafhankelijke validatiestudies van SARS-CoV-2-antigenetests voorhanden. Er werd daarom beslist om de waarden uit de bijsluiters over te nemen, indien die voldoende onderbouwd waren. Dat werd gecontroleerd door de performantiestudies van de fabrikanten op te vragen en te evalueren. Er werden al een 15-tal testen geweigerd wegens het ontbreken van voldoende kwalitatieve validatiedata. De website van het FAGG waarschuwt bovendien dat de vermelde bijsluiterswaarden met voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd, en dat de reallifeperformantie van verschillende factoren

afhngt, waaronder het staaltype, de staalbehandeling, het infectiestadium en de virale lading. De website verwijst ook naar onafhankelijke validaties door de Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND).

In terugbetaling voor de single antigeentesten voor influenza is niet voorzien. Het RIZIV heeft het klinische nut van die testen, de kostenefficiëntie en de budgettaire impact van een eventuele toekomstige terugbetaling nog niet geëvalueerd.

U vraagt of de resultaten gecapteerd worden. Er is niet in specifieke verstrekkingen voorzien voor combinatietesten covid en influenza. De terugbetaling van combinatietesten kan voorlopig via de verstrekkingen voor de COVID-19-testen. Het rapporteren van de resultaten voor COVID-19 is een vergoedingsvoorwaarde. Voor de rapportering van de resultaten van influenzatesten zijn nog geen circuits voorhanden indien de test buiten een labo wordt uitgevoerd.

23.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, naar mijn mening is het de taak van het FAGG om een en ander zelf te evalueren en te controleren dat betrouwbare testen in de lijst worden opgenomen. Nu hoor ik dat wordt afgegaan op de data die de fabrikanten kunnen aanleveren. Het Rega Instituut bijvoorbeeld zou bijzonder geschikt zijn om te helpen evalueren en de testen na te kijken. Het doet dat ook al zelf. Ik stel voor dat er eens wordt overlegd tussen het FAGG en bijvoorbeeld het Rega Instituut om zijn data op te laden.

Wij kunnen ter zake trouwens een voorbeeld aan Nederland nemen, waar verschillende labo's hun onderzoeksresultaten en evaluatie van de verschillende testen online plaatsen in een soort van geshared document, waardoor zij van elkaar kunnen zien op welke manier zij de testen evalueren en welke performantie zij hebben.

U merkt op dat de single antigenetsten voor influenza voorlopig niet worden terugbetaald en dat er een evaluatie lopende is. Het gebruik en de terugbetaling ervan zouden de gemeenschap ongetwijfeld goedkoper uitkomen, tenminste als ze performant zijn, dan wanneer men met PCR-testen influenza moet detecteren.

Er staan ons dus nog enige ontwikkelingen te wachten. Voor de evaluatie van de testen zou ik alleszins voorstellen dat eens contact wordt gezocht met de gespecialiseerde labo's.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

24 Vraag van Stefaan Van Hecke aan Vincent Van Quickenborne (VEM Justitie en Noordzee) over "De doorstroom bij de forensisch psychiatrische centra" (55026371C)

24 Question de Stefaan Van Hecke à Vincent Van Quickenborne (VPM Justice et Mer du Nord) sur "Les transferts vers et depuis les centres de psychiatrie légale" (55026371C)

24.01 Stefaan Van Hecke (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de ingediende vraag.

De forensisch Psychiatrische Centra (FPC) in Gent en in Antwerpen (Linkeroever) zijn nu al enkele jaren open. De cijfers blijken positief, maar er zijn nog steeds enkele uitdagingen waar tot op heden nog geen oplossing voor is gevonden.

Momenteel staan er ongeveer 100 personen op de wachtlijst om opgenomen te kunnen worden in de FPC's. De uitstroom naar andere instellingen blijkt ook niet eenvoudig, in Antwerpen is 25% van de patiënten klaar voor uitstroom, maar voor 9% werden alle aanmeldingen bij vervolginstellingen afgewezen. Veelvoorkomende redenen zijn een te moeilijke pathologie of een te hoog veiligheidsrisico.

Een van de hoofdartsen, dr. Goktas, geeft aan dat er ook nood is aan een consensus over de criteria voor doorstroom (GVA, 15 maart 2022 'Een inkijk in het Forensisch Psychiatrisch Centrum Linkeroever').

Er is ook steeds een groep patiënten die als onbehandelbaar worden beschouwd en waarvoor er geen alternatieve accommodaties beschikbaar zijn. Ook dat bemoeilijkt de instroom, want zo komen er minder nieuwe plaatsen vrij. De high security longstay in Aalst zou een oplossing kunnen bieden, maar een oplossing kan niet zo lang op zich laten wachten, temeer omdat de reguliere gevangenen ook met een groot capaciteitstekort kampen.

Hieromtrent heb ik voor u de volgende vragen:

Welke concrete maatregelen zijn er voorzien om de doorstroom te verbeteren bij de verschillende FPC's?

Zullen er vaste criteria worden opgesteld voor patiënten om in aanmerking te komen voor uitstroom uit de FPC's? Waarom wel/niet?

Hoe wordt verholpen aan de moeilijkheden die vervolginstellingen benoemen voor het opnemen van patiënten uit FPC's?

Wanneer wordt de high security longstay geschat klaar te zijn voor ingebruikname?

In welke fase van het oprichtingsproces zit men nu?

Welke tussentijdse oplossingen zal u voorzien voor onbehandelbare patiënten om dichtslibbing van de FPC's te voorkomen?

24.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Hecke, u vraagt in welke concrete maatregelen wordt voorzien om de doorstroom te verbeteren in de forensisch psychiatrische centra?

Ik kan u zeggen dat ik opdracht heb gegeven aan de netwerkcoördinatoren voor zorgtrajectgeïnterneerden (ZTG) om een analyse te maken van het zorgtraject van geïnterneerde personen binnen elk netwerk. Die zijn, zoals u ongetwijfeld weet, georganiseerd per hof van beroep.

De analyse moet niet alleen de uitstroom uit de gevangenissen bekijken, maar ook de doorstroom binnen het hele zorgtraject. Op basis van die analyse moet elk netwerk-ZTG een globaal plan opstellen, waarbij het zijn visie aangeeft op hoe het deze doelstellingen zal realiseren.

Het is wel belangrijk dat die visie dan ook in lijn is met de bredere hervorming van de geestelijke gezondheidszorg die wij nu uitrollen, waarbij de grond van de zaak is dat wij willen dat mensen die geïnterneerd zijn gere-integreerd kunnen worden in de samenleving.

Gekoppeld aan een dergelijk globaal plan, dat de netwerken moeten aanleveren in het najaar van 2022, verwacht ik van elk netwerk concrete projectvoorstellen ter operationalisering van het plan.

U vraagt of wij vaste criteria zullen opstellen voor patiënten om in aanmerking te komen voor uitstroom uit de forensische psychiatrische centra.

De uitstroomtrajecten worden geval per geval bekeken. Zij worden intern systematisch goed voorbereid door de verschillende disciplinaire teams en de afdelingen van de FPC's. Zij worden overkoepelend opgevolgd door de interne adviescommissie, onder het voorzitterschap van de hoofdgeneesheer.

Waarover gaat dat? Er is een behandelingsinhoudelijke voorbereiding, een risicotaxatie, het uitwerken van een risicomangement op maat. Men moet ook nauw contact houden met de dienst of de voorziening waarnaar de patiënt verwezen wordt, want men moet natuurlijk de continuïteit van de zorg garanderen.

U hoort het, wat wij eigenlijk willen doen, is zorg op maat leveren, waarbij wij vertrekken van de behoeften van die mensen. Dat maakt het ook wel moeilijk strikte criteria voor de uitstroom uit de FPC's vast te leggen.

Ik denk dat het antwoord dus eerder luidt dat we dat niet gaan doen, waarbij ik wel meteen moet erkennen dat er zeker nog stappen gezet moeten worden voor een betere afstemming tussen de FPC's en de vervolginstellingen over onder andere de gegevensdeling, het gebruik van gedeelde ondersteunende instrumenten en het spreken van een gemeenschappelijke taal. Er is voor een stuk dus wel nood aan stroomlijning, maar ik denk niet dat wij dat moeten proberen te vertalen in heel strikte criteria voor uitstroom.

U stelde ook een procedurele vraag, namelijk wanneer ik inschat dat de *high security longstay* klaar zal zijn voor ingebruikname en in welke fase van het oprichtingsproces we nu zitten. Het waarmaken van de FPC-*longstay* is een tweeledig proces. De Vlaamse overheid bereidt een GRUP voor om een locatie te vinden. Parallel bereidt de federale overheid overheidsopdrachten voor om de effectieve bouw te lanceren.

Ik geef u de stand van zaken. De Vlaamse regering heeft, in overleg met ons, opdracht gegeven om het GRUP op te starten. Dat is een planproces, uitgewerkt met een heel team waarin vertegenwoordigers zitten van het Vlaamse departement Omgeving, maar ook van de Regie der Gebouwen, onze FOD Gezondheid,

onze FOD Justitie en de stad Aalst. Het planteam werkt de documenten uit en zorgt voor de voortgang. Dat moet resulteren in een startnota, die op voorstel van minister Demir reeds door de Vlaamse regering is goedgekeurd. De Vlaamse regering heeft daarin vijf locaties opgenomen als mogelijke sites voor een FPC-*longstay*. Op dit moment loopt de publieke raadpleging over die startnota nog, of misschien is zij juist afgerond.

De volgende stappen zijn dan een scopingnota, een voorontwerp-GRUP, een ontwerp-GRUP met openbaar onderzoek, een definitief GRUP, een omgevingsvergunning en dan de effectieve bouw. Uiterlijk in het ontwerp-GRUP zal op basis van het plan-milieueffectrapport en het ruimtelijk onderzoek één locatie worden gekozen en uitgewerkt. Zodra de voorlopige vaststelling van het ontwerp-GRUP heeft plaatsgevonden, zal de Regie der Gebouwen starten met de opmaak van een ontwerp of een bouwplan. Dat is de start van het traject voor het verkrijgen van een omgevingsvergunning. De gunning van het DBFMO-project is gepland in 2024, waarna de privépartner de omgevingsvergunningsaanvraag zal voorbereiden en indienen. Ik heb het nogal snel overlopen, mijnheer Van Hecke, dus u mag mijn tekst hebben. Dan zult u de structuur zien.

U vroeg vervolgens zeer relevant en terecht welke tussentijdse oplossingen er zijn. Op dit moment is er eigenlijk nog geen sprake van dichtslibbing van de FPC's. Men slaagt erin om een zekere doorstroom van patiënten te realiseren. Het is een feit dat bij een minderheid van patiënten de behandeling in het FPC niet of niet langer aangewezen is. In het overleg tussen de FPC's en het opvolgingscomité wordt dat onderwerp besproken. Er zijn nog geen concrete pistes uitgewerkt. Het is niet zo evident om binnen de gezondheidszorg extra capaciteit te voorzien voor deze doelgroep, die vooral een leefomgeving nodig heeft binnen een beveiligde context, met aangepaste infrastructuur en begeleidend personeel. De minister van Justitie en ik hebben ondertussen van de ministerraad echter wel de mogelijkheid gekregen om extra zorgpersoneel aan te werven in de bestaande context. Zo kan in tussenfase, want 2024 is morgen niet, maximaal geremedieerd worden en gezorgd voor goede zorg voor de gedetineerden.

24.03 **Stefaan Van Hecke** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord.

Ik wil nog op één punt reageren, namelijk de uitstroom. We hebben het gevoel dat het toch moeilijk is om die uitstroom te organiseren, omdat geïnterneerden vaak ook niet voor verdere behandeling kunnen doorstromen. Het gevolg daarvan is dat er ook minder geïnterneerden die eerst in de gevangenis werden opgenomen, naar de FPC's kunnen doorstromen. Hierdoor komen er meer geïnterneerden in de gevangenis, wat zorgt voor meer overbevolking.

De indruk bestaat toch wel dat het wat dichtslibt. Dat is problematisch omdat men een vervolgtraject moet hebben eens men de behandeling kan oriënteren naar buitenshuis. De doorstroming van nieuwe geïnterneerden moet kunnen beginnen.

Die uitbreiding, de *longstay* en de uitbreidingen in het Franstalige gebied, komen eraan. Dat is heel belangrijk. Ik weet dat dit bijzonder complex is en dat het niet zo snel gaat, maar ik vind het wel belangrijk dat de samenwerking tussen de verschillende diensten en departementen goed verloopt om de doelstelling te kunnen bereiken. Ik stel daarover ook regelmatig vragen aan de minister van Justitie. Men zegt wel eens dat men de mate van democratie kan afwegen aan de manier waarop men omgaat met de zwaksten in de maatschappij. Wel, die geïnterneerden behoren daar ook toe.

Ik dank u nogmaals voor uw antwoord en hoop dat we de komende jaren grote stappen vooruit kunnen zetten.

24.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijn antwoord was misschien een beetje gedateerd, daarom moest ik even zoeken naar de goede woorden.

Wij zijn ons hier heel goed van bewust. In 2024 zal die *longstay* in Aalst er zijn. Dat duurt nog eventjes en ondertussen zijn er natuurlijk ook problemen. Ik wil even herhalen dat de minister van Justitie en ik ondertussen, in afwachting daarvan, wel ruimte hebben gekregen om extra zorgverleners aan te werven. Wij moeten die mensen wel nog vinden, maar daardoor kan de druk toch enigszins, al is het tijdelijk, verminderd worden, zonder daar euforisch over te doen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

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