

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 17 MAI 2022

DINSDAG 17 MEI 2022

Après-midi

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.05 uur en voorgezeten door mevrouw Kathleen Depoorter.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 05 et présidée par Mme Kathleen Depoorter.

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

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55026923C van de heer Prévot en vraag nr. 55027853C van mevrouw Rohonyi worden uitgesteld.

01 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beschikbaarheid van antidota" (55026947C)**

01 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité d'antidotes" (55026947C)**

01.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, een van de lessen die wij uit de treinramp in Wetteren getrokken hebben, is dat er geen Cyanokit beschikbaar was om intoxicatie met waterstofcyanide tegen te gaan.

Nu bereiken ons berichten uit het werkveld dat de beschikbaarheid van antidota in België helemaal niet up-to-date zou zijn. Het Antigifcentrum zou een netwerk van 22 ziekenhuisapotheken hebben dat regelmatig doorgeeft wat de status van de voorraad is. De vraag is of dat volstaat.

Mijnheer de minister, werd er vanuit de FOD Volksgezondheid een incentive gegeven om de lijst van beschikbare antidota op Belgische bodem te verkrijgen en regelmatig bij te werken?

Wat is de frequentie van rapportage van de apotheken in het netwerk aan het Antigifcentrum?

Graag krijg ik ook een overzicht van alle beschikbare antidota in de ziekenhuizen. Dat mag mij uiteraard schriftelijk bezorgd worden. Hoe groot zijn de beschikbare hoeveelheden? Tot wanneer zijn de huidige voorraden bruikbaar?

Was bij het aanleggen van de reserves ook vooropgesteld om ze aan te wenden tijdens crisissen of bij calamiteiten?

Kan er in geval van nood een beroep gedaan worden op andere partners dan de genoemde apotheken? Zo ja, over hoeveel antidota gaat het dan?

01.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, in antwoord op uw vraag of wij in een incentive voorzien vanuit de FOD Volksgezondheid is het antwoord negatief. De FOD heeft daarvoor geen specifieke incentive gegeven. Wel beschikt het Antigifcentrum over een eigen voorraad antidota, gericht op het beschikbaar stellen van antidota aan de Belgische ziekenhuizen. Meer specifiek beschikt het Antigifcentrum over de duurdere en minder frequente antidota, die de ziekenhuizen op die manier niet in voorraad moeten hebben, ook rekening houdend met de beperkte houdbaarheid ervan.

De antidota die beschikbaar zijn in het Antigifcentrum zijn bedoeld voor een accidentele intoxicatie en minder voor crisissen of calamiteiten. Ik kom daar dadelijk nog op terug.

In antwoord op uw tweede vraag, het Antigifcentrum vraagt jaarlijks de beschikbaarheid van de antidota op bij de ziekenhuisapotheken. U vroeg ook een overzicht van alle beschikbare antidota in deze ziekenhuizen, de hoeveelheden en de vervaldatum van de huidige voorraden. Ik kan u de lijst van de antidota in voorraad bij het Antigifcentrum onmiddellijk hier ter plekke geven. U mag die beschouwen als voorgelezen, maar het is een relatief lange lijst merknamen en ik overhandig u die liever. Het Antigifcentrum geeft de lijst van de beschikbare antidota in de ziekenhuizen echter niet door aan derden.

De FOD Volksgezondheid heeft twee types antidota beschikbaar in de strategische stock, ten eerste obidoxim met als merknaam Toxogonin 1 ml en ten tweede Radiogardase 500 mg. De FOD verschaft geen informatie over de exacte hoeveelheden, omdat dit een kwestie van nationale veiligheid is.

Ik kan u ook nog meegeven dat er tussen 29 juni 2021 en 20 juli 2021 door de FOD Volksgezondheid een survey werd georganiseerd, waarbij de aanwezige stock van hydroxocobalamine, natriumthiosulfaat en atropinesulfaat werd geëvalueerd in de universitaire, de algemene en de categorale ziekenhuizen. Ook die gegevens kan ik u geven, met name over de totale stock voor die drie types. Opnieuw stel ik voor dat ik ze u overhandig, want het is niet erg interessant om ze hier voor te lezen. U hebt dan echter wel gedetailleerde gegevens, zij het niet over de exacte hoeveelheden. Dat is immers opnieuw een kwestie van nationale veiligheid.

U stelde nog een pertinente vraag, namelijk welke aantallen antidota noodwendig en verantwoord zijn bij welke type crisis. Ik licht ons beleid ter zake even toe. Op 25 mei 2022 wordt het platform Strategische Stock opgericht, om te adviseren over strategische beslissingen om te zorgen voor een grote fysieke of virtuele voorraad die kan worden gebruikt in geval van tekorten bij een acute gezondheids crisis en voor uitzonderlijke of gevaarlijke ziekteverwekkers.

Dat platform is een belangrijk initiatief. U zult zich misschien herinneren dat het een van uw aanbevelingen was in de bijzondere commissie belast met het onderzoek naar de COVID-19-pandemie. Het is de bedoeling om de methodologie regelmatig te evalueren, om tot een kosteneffectieve en efficiënte opslag te komen. Het platform zal zich onder meer baseren op een internationale benchmarking en een wetenschappelijke evaluatie van de diverse medische producten – in het algemeen spreken we in het Engels over *medical countermeasures* – die nodig zijn voor de Belgische strategische stock. De stock inzake antidota zal dus zeker deel uitmaken van de opdracht van het platform.

Ik ben blij te kunnen zeggen dat dit formeel gelanceerd zal worden op 25 mei 2022. Het werd ook tijd. Dat kan dan ook meteen worden opgenomen in de werkzaamheden. Het platform zal bestaan uit vaste leden van de FOD Volksgezondheid, de FOD Defensie, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en het Nationaal Crisiscentrum. Naast deze permanente leden zal het platform een beroep doen op een netwerk van partners en belanghebbenden, onder meer de gezondheidsadministraties van de gefedereerde entiteiten, logistieke partners, instituten voor volksgezondheidsonderzoek, Europese partners, ziekenhuizen en deskundigen op het terrein.

Ten slotte, de vraag of er nog een beroep moet worden gedaan op andere partners in geval van nood, zal ook aan bod komen tijdens het overleg met de leden van het platform Strategische Stock. Het is misschien belangrijk om te vermelden dat de recentelijk opgerichte Europese HERA ook de aanwezigheid van de strategische stock voor gezondheids crisissen in de lidstaten als een belangrijke prioriteit heeft aangemerkt. Dat zal ook voor België een interessante inhoudelijke leidraad vormen. Mogelijk zullen op langere termijn bepaalde stocks gemeenschappelijk op Europees niveau kunnen worden beheerd.

Tot zover mijn antwoord op uw vragen. Ik zal ervoor zorgen dat mijn tekst u ook per mail wordt bezorgd. Zo krijgt u ook de lijsten met de precieze merknamen en de algemene namen waarnaar ik heb verwezen.

01.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dank u voor de lijst. Ik zal die bekijken.

De oprichting van dat platform is inderdaad heel belangrijk. Ik hoop dat het dan ook snel zal worden uitgerold en dat het zeker structureel wordt. U herinnert zich ongetwijfeld de strategische stock met mondkapen die werd vernietigd. Op het moment dat de crisis uitbrak, moest men constateren dat die stock niet aangevuld

was. Ik hoop dat men in het platform aan een continuüm kan werken, met een voortdurende evaluatie maar ook met actuele kennis van wat er op het terrein aanwezig is.

Dat is namelijk de bezorgdheid die ons ter ore is gekomen. Als er vandaag opnieuw een grote crisis uitbreekt, ik denk aan een ramp zoals die in Wetteren of een pandemie, dan zijn wij daar nog niet klaar voor. Er wordt aan gewerkt, maar ik mag toch wel zeggen dat dit hoogdringend is.

Als ik het over de andere partners had, had ik het uiteraard over de eerstelijnszorg. De jodiumpillen zijn bijvoorbeeld via de huisapotheker te verkrijgen. We weten dat nabijheid in tijden van crisis heel belangrijk is. Uiteraard kan niet elke apotheker of elke huisarts met een grote stock antidota worden opgezadeld, maar een decentralisatie van de stock, dicht bij de patiënt, lijkt mij toch een piste om te onderzoeken.

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

02 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beschikbaarheid van weesgeneesmiddelen" (55026949C)

02 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité de médicaments orphelins" (55026949C)

02.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is het juiste moment voor mijn vraag, want uw fractie en de andere meerderheidsfracties hebben mijn voorstel van resolutie over weesgeneesmiddelen deze ochtend weggestemd.

Op basis van de W.A.I.T.-indicator van 2021 die recent gepubliceerd werd, moeten wij vaststellen dat er op het vlak van de beschikbaarheid van weesgeneesmiddelen geen of weinig vooruitgang werd geboekt. België zit rond het Europese gemiddelde, maar de ons omringende landen doen het merklijk beter.

Nochtans is de toegankelijkheid van die geneesmiddelen heel belangrijk, want zo daalt de algemene factuur en verbetert dus de effectieve toegankelijkheid voor patiënten die deze therapie – zo snel mogelijk – nodig hebben om een comfortabel leven te kunnen leiden.

Bij de analyse waarom de toegang vertraagde, wordt onder andere de trage administratieve verwerking en goedkeuring met de vinger gewezen. Verschillende Europese lidstaten namen ondertussen stappen om dat aan te pakken, maar de rode draad blijft dat samenwerking tussen de stakeholders en een aanpassing van de administratie nodig zijn.

Hoe reageert u op het feit dat er op het vlak van de toegang tot weesgeneesmiddelen weinig vooruitgang wordt geboekt?

Zult u een initiatief nemen met de betrokken stakeholders en in overleg gaan om het probleem aan te pakken?

Welke concrete doelstelling wilt u op het vlak van het verbeteren van de toegankelijkheid van weesgeneesmiddelen hanteren en binnen welke tijdshorizon ziet u dat?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, sinds het in voege treden van de Europese verordening nr. 141/2000, de zogenaamde weesgeneesmiddelenwetgeving, is het verlenen van vergunningen tot commercialisatie van weesgeneesmiddelen een exclusief Europese aangelegenheid geworden. Het Belgische Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) heeft dus geen directe invloed op dat proces en ook niet op de daarmee verbonden tijdslijnen.

Het FAGG speelt wel een actieve rol in de ondersteunende procedures, onder andere door middel van een actieve vertegenwoordiging in de verschillende betrokken organen en comités van het Europees Geneesmiddelenbureau, zoals het Comité voor weesgeneesmiddelen, de werkgroep voor wetenschappelijk advies en het Comité voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik. Wanneer het FAGG een rol als rapporteur of corapporteur opneemt voor een van de procedures in die organen of comités, dan wordt er altijd naar gestreefd om de evaluaties binnen de voorziene tijdslijnen – natuurlijk met inachtnaam van de hoogste wetenschappelijke standaarden – te vervolledigen. De tijdslijnen voor die evaluaties liggen echter al

op voorhand vast. Het FAGG kan daar zelf ook niets aan veranderen.

De enige andere manier waarop het FAGG een directe invloed kan uitoefenen op de door de W.A.I.T.-indicator aangehaalde beschikbaarheidsinvloeden is via de evaluatie van de effectiviteit en de veiligheid van zogenaamde programma's inzake de terbeschikkingstelling van geneesmiddelen voor gebruik in schrijnende gevallen, de *compassionate use programs* (CUP). Daarbij krijgen, zoals u weet, patiënten toegang tot een behandeling nog voor er een Europese toestemming is om het geneesmiddel op de markt te brengen.

Ook hier streeft het FAGG ernaar dat in de kortst mogelijke tijd en volgens de hoogst mogelijke wetenschappelijke standaarden te realiseren. De verantwoordelijkheid voor de aanvraag en de timing van de CUP's ligt echter bij de farmaceutische bedrijven zelf en kan niet door het FAGG worden afgedwongen. U zult zich misschien herinneren dat ik hier al verschillende keren op goede vragen van collega's heb moeten antwoorden dat het bedrijf geen aanvraag had ingediend. Dan zitten we daar natuurlijk een beetje vast.

Eens een weesgeneesmiddel een Europese vergunning heeft verkregen, verhuist de verantwoordelijkheid met betrekking tot de toegankelijkheid van het product naar de nationale entiteiten voor *health technology assessment*. In België valt dit onder de bevoegdheden van het RIZIV, meer bepaald de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG).

Zoals u weet zijn de tijdslijnen van de CTG strikt bepaald. Ook hier hebben de farmaceutische bedrijven een belangrijke verantwoordelijkheid inzake de tijdige toegang. Het zijn immers eveneens de bedrijven die een dossier met verzoek tot evaluatie en terugbetaling moeten indienen.

We hebben in België wel mogelijkheden om medicatie en behandelingen snel of sneller aan te bieden aan patiënten. Voor bepaalde innovatieve geneesmiddelen kan een tegemoetkoming voor een geneesmiddel worden toegekend, zelfs nog voor ze vergund zijn, via de Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel (CATT). Dat is mogelijk wanneer ze gebruikt worden bij de behandeling van een ernstige of dodelijke aandoening waarvoor geen therapeutisch alternatief bestaat.

Die procedure, die eind 2014 in voege trad en als een procedure voor *early temporary reimbursement* kan doorgaan, heeft de naam *unmet medical need* gekregen. Ze is een bijkomende mogelijkheid die de overheid aan bedrijven aanbiedt om sneller met innovatieve geneesmiddelen op de Belgische markt te komen. Die procedure laat toe dat een geneesmiddel vele maanden en tot zelfs meer dan een jaar eerder beschikbaar is om patiënten te behandelen, maar ondanks de mogelijkheden die deze procedure schept, wordt er eigenlijk weinig gebruik van gemaakt en kunnen patiënten dus niet echt goed genieten van een snelle toegang tot potentieel waardevolle therapieën.

De prikkel om die procedure op te starten lijkt niet groot genoeg voor de bedrijven. Ook via de gebruikelijke terugbetalingsprocedure voor de CTG is er, en ik citeer de *Kankerbarometer*, "een vertraagde beschikbaarheid van geneesmiddelen die in België aanzienlijk is, niet vanwege het RIZIV, maar veeleer vanwege de strategieën van de farmaceutische bedrijven".

Ik vermoed dat u dat samen met mij ten zeerste betreurt, maar we mogen het daar niet bij laten. Er zijn hervormingen nodig in de procedures om dat probleem aan te pakken. Enkele maanden geleden werd er een kerngroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van de beleidscel, de FOD Volksgezondheid, Sciensano en het RIZIV, opgericht om de beleidsstrategie rond kanker en zeldzame ziekten meer vorm te geven. Toegankelijkheid is een van de speerpunten waaraan deze groep werkt en dat is ook de reden waarom we kanker en zeldzame ziekten in een groep hebben gestoken.

Die groep legt nu de laatste hand aan een aantal concrete voorstellen die moeten leiden tot concrete verbeteringen aan de procedures en tot een snellere toegang tot waardevolle nieuwe medicatie. We overleggen daarover met patiëntenverenigingen, maar dat moet natuurlijk ook terugkomen in de gesprekken die ik nu heel concreet opstart met de farmaceutische industrie in het kader van het in het regeerakkoord aangekondigde farmapact.

02.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is natuurlijk een beetje gemakkelijk om de hete aardappel door te schuiven naar de farmasector. U weet immers heel goed dat de gehanteerde termijnen in ons land zeer lang zijn, in vergelijking met andere landen. Als wij de W.A.I.T.-indicator erbij nemen met betrekking tot de beschikbaarheid, dan zien wij dat in ons land ongeveer 75 medicijnen in het

eerste jaar beschikbaar werden. In Duitsland, Oostenrijk en Denemarken zijn dubbel zoveel innovatieve therapieën beschikbaar voor de patiënten.

U haalde het ETR aan. Ook daar zijn er echter heel veel restricties, waardoor farmabedrijven aarzelen.

U sprak zelf over de combinatietherapieën. Ik heb u er reeds op gewezen. Een van de grote problemen met betrekking tot de combinatietherapieën is het terugbetalingssysteem, met artikel 81. Wanneer men een combinatietherapie aanvraagt en het gaat bijvoorbeeld over twee firma's, moeten de firma's overeenkomen hoe men de terugbetaling zal financieren.

Het volledige systeem moet worden geherevalueerd. Dat kan ervoor zorgen dat onze patiënten toegang krijgen tot die innovatie. Nu is het immers echt ontoereikend.

U hebt een groep opgesteld. Ik zal het opvolgen. Ik hoop dat er inderdaad tegen volgend jaar of het jaar daarna – want de W.A.I.T.-indicator komt elk jaar uit – progressie is. Ik heb er op dit moment echter nog niet heel veel vertrouwen in. Wordt zeker vervolgd, mijnheer de minister.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'opérationnalisation du volet ventilation dans le cadre de la lutte contre la pandémie de covid" (55026950C)

03 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De implementatie van ventilatie in het kader van de strijd tegen de covidpandemie" (55026950C)

03.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'opérationnalisation de la ventilation est un projet sur lequel j'ai toujours énormément insisté puisque c'est une des armes majeures face à l'évolution de l'épidémie, surtout pour anticiper les éventuelles prochaines étapes.

Le gouvernement a approuvé un avant-projet de loi ventilation qui consiste en l'obligation d'installation d'un détecteur CO₂ ainsi que d'un label assurant la bonne qualité de l'air dans les cinémas, restaurants ou salles de sport.

Même si les détecteurs sont une bonne chose, c'est évidemment largement insuffisant.

Quel est le plan opérationnel? Qu'en est-il du budget? Quelles actions concrètes claires et efficaces seront mises en place au-delà d'un modèle de règles et de sanctions?

Quel est l'accord entre le fédéral et les entités fédérées? J'ai pu lire dans les travaux parlementaires des entités fédérées ce que les ministres ne s'engageaient pas à faire! Il subsiste donc un grand flou en ce qui les concerne sur le plan opérationnel.

Pourquoi certains bâtiments publics ou à destination du public ne sont pas concernés alors qu'ils constituent des lieux à risque de transmission épidémique – notamment les écoles? Ne rate-t-on pas là un levier important dans le cadre de la lutte contre le covid-19, y compris pour les mois peut-être plus difficiles à venir?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, je crois que nous sommes tout à fait d'accord sur le fond. Le gouvernement a en effet approuvé un avant-projet de loi sur la qualité de l'air intérieur. Ce projet de loi définit une séquence d'obligations qui permettront d'atteindre des niveaux satisfaisants de qualité de l'air notamment, comme vous le mentionnez, à l'aide de détecteurs de CO₂ mais aussi en s'appuyant sur une analyse de risque, un plan d'action et finalement, dans une deuxième phase, l'affichage d'un label d'information sur la qualité de l'air. La loi établira des obligations transversales à tous les lieux accueillant du public de façon à ce que le même *corpus* s'applique partout en Belgique. Elle prévoit aussi que les lieux concernés seront définis dans un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et qui entrerait en vigueur un an après l'adoption de la loi.

Après une concertation soutenue avec les entités fédérées et les secteurs concernés, la proposition qui sera

faite concernera dans un premier temps – c'est notre idée –, l'horeca, y compris le monde de la nuit, les salles accueillant des événements culturels, sportifs et autres. Concrètement, il y aura un certain étalement et phasage par secteur. En 2022, un budget est prévu pour le support en personnel, le développement de bases de données sur l'enregistrement des systèmes de purification et sur la certification; et pour des études qui permettront, par exemple, la mise en œuvre du dispositif de certification des lieux fréquentés par le public prévu dans le projet de loi. En ce qui concerne le budget 2023 et les années futures, je déposerai une note dans le cadre des nouvelles initiatives à discuter lors du conclave budgétaire de 2023.

À ce jour, nous attendons l'avis du Conseil d'État qui sera important notamment en ce qui concerne les compétences et la seconde lecture par le Conseil des ministres. Enfin, il est prévu de préparer et de conclure un accord de coopération pour étendre le champ des lieux concernés, par exemple, comme vous le suggérez, aux bâtiments publics ou à destination du public.

03.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'entends bien votre message. Si nous sommes d'accord, c'est sur les grands objectifs. Je reste fondamentalement persuadée que la ventilation efficace est une arme majeure et c'est tout de même largement démontré. La ventilation n'a pas été déployée maintenant depuis deux ans et il est urgentissime de la déployer. Cela aurait dû être fait hier. C'est ainsi que nous pourrions éviter de nouveaux *clusters*.

Votre projet – et quand je dis votre projet, je vise en fait l'ensemble des niveaux de pouvoir – est insuffisant sur deux aspects. Le premier concerne les secteurs. Trop de secteurs fondamentaux sont en fait laissés aujourd'hui en dehors de ce cadre et je pense singulièrement aux écoles. Il y a là un lieu de transmission épidémique important et un enjeu de protection de la santé des enfants.

L'autre volet est constitué par la portée et les objectifs. Cela ne doit pas se résumer à placer des capteurs de CO₂ et un label. Il faut déployer des systèmes de ventilation pour permettre justement une qualité de l'air intérieure qui soit similaire à celle de l'air extérieur. C'est important pour le covid 19 mais c'est fondamental aussi, plus globalement, en matière de santé publique. Je continuerai à vous mettre la pression, ainsi que sur les entités fédérées. Nous avons perdu beaucoup de temps avant de déployer cette arme pourtant fondamentale. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La deuxième dose de rappel du vaccin contre le COVID-19" (55026952C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les avis européens relatifs au critère de l'âge pour la deuxième dose de rappel" (55026955C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un vaccin spécifique contre le variant omicron" (55027168C)

04 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tweede boosterprik" (55026952C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Europese adviezen met betrekking tot het leeftijdscriterium voor de tweede boosterprik" (55026955C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een specifiek omikronvaccin" (55027168C)

04.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, les efforts doivent être maintenus pour convaincre les citoyens de finaliser leur vaccination initiale ainsi que l'administration d'une dose de rappel pour ceux qui ne l'ont pas encore faite.

Depuis le 1^{er} février, les personnes immunodéprimés peuvent recevoir leur second rappel.

L'Agence européenne du médicament vient de se positionner sur la pertinence ou pas d'une 2^e dose de rappel de vaccin anti-Covid19. Elle juge prématuré de l'envisager pour l'ensemble de la population mais cette dose peut être administrée aux personnes de 80 ans et plus, compte-tenu de leur risque plus élevé de contracter une forme sévère de Covid19.

La task force vaccination va prochainement statuer (ou a statué en fonction du moment où cette question sera abordée en commission de la santé) pour la Belgique.

Le Conseil supérieur de la santé a recommandé de ne pas administrer de manière systématique une quatrième dose aux personnes très âgées de 80 ans et plus avant l'été. Mais bien de le faire sur une base individuelle, en fonction de la fragilité de certaines personnes ou du poids de certaines comorbidités, à partir de mi-mai.

Pouvez-vous justifier les décisions prises?

N'est-il pas pertinent de permettre également une décision sur base individuelle par le médecin pour les moins de 80 ans non immunodéprimés (ceux-ci bénéficiant déjà du rappel possible), mais qui présenteraient une pathologie chronique aujourd'hui non reprise dans les indications retenues?

N'est-il pas pertinent de prévoir l'administration de l'autre vaccin (Moderna si vaccin initial Pfizer, ou Pfizer si vaccin initial Moderna) afin de maximiser la réponse immunitaire et donc la protection (cfr publications récentes)? Ce volet a-t-il été pris en compte dans l'analyse du conseil supérieur de la santé et de la task force vaccination?

04.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het Europees Geneesmiddelenbureau en het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding namen in een publicatie de tweede boosterprik onder de loep. Hun advies is dat die enkel aan te raden is voor tachtigplussers.

Welke waarde hecht u aan dat advies? Welk standpunt is er ondertussen ingenomen? Voor welke leeftijd wordt in ons land de tweede boosterprik gegeven? Op het moment worden de tachtigplussers uitgenodigd, maar hoe ziet u het vervolg?

Zult u bij de uitnodiging voor een tweede boosterprik een onderscheid maken tussen zorgverstrekkers en niet-zorgverstrekkers?

Daarbij aansluitend heb ik nog een vraag ingediend rond de specifieke omikronvaccins. Er zouden vaccins op de markt komen of zijn die aangepast zijn aan de omikronvariant van het COVID-19-virus. Die zouden in andere Europese landen worden toegediend.

We hebben vorige week in de technische sessie allemaal kennis kunnen nemen van het rapport van Sciensano. Volgens de taskforce en Sciensano is het nog niet zeker dat ons vaccin ook doeltreffend zal zijn tegen toekomstige varianten of tegen de variant XE, die nu in omloop is.

Wat is het standaardscenario dat men nu voor ogen heeft voor de periode september-oktober? Met welke scenario's wordt er rekening gehouden?

Zijn er specifieke vaccins tegen de omikronvariant besteld? Zijn die al aangekomen?

Lopen er onderhandelingen over nieuwe types vaccins? Wanneer verwacht u een beslissing daarover?

04.03 Minister Frank Vandenbroucke: Misschien werden die vragen al eerder ingediend, maar intussen werden er al beslissingen genomen. Na het advies van de Hoge Gezondheidsraad en dat van de taskforce heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid op 6 mei een beslissing genomen over de tweede booster. Ik lees u de tekst voor, ik heb hem hier in het Frans.

Une deuxième dose de rappel peut être administrée aux personnes âgées de 80 ans et plus vivant à domicile et aux résidents en maisons de repos et maisons de soins sans limite d'âge, sur une base individuelle. Cette deuxième dose peut être administrée au moins quatre mois après la première dose de rappel. Les entités fédérées peuvent déterminer les modalités de cette approche.

Het gaat niet echt om een systematische campagne, zoals we die in vorige rondes hebben gevoerd, maar er wordt een uitnodiging op individuele basis gestuurd aan tachtigplussers buiten de woonzorgcentra en personen van alle leeftijden in de woonzorgcentra met toepassing van het algemene principe, wat in handen is van de deelstaten. In Vlaanderen wordt een campagne opgezet in de woonzorgcentra, zoals dat vorige keer is gebeurd. Vaccinatie is natuurlijk altijd vrijwillig. Voor de tachtigplussers zal er in Vlaanderen een brief

vertrekken die de mensen informeert dat het vaccin ter beschikking is en dat ze zich kunnen laten vaccineren met een tweede booster. Bij twijfel of dat voor iemand wel aangewezen is, kan die persoon dat met zijn of haar arts bespreken. Er werd beslist dat er een aanbod komt op individuele basis voor tachtigplussers en personen van alle leeftijden in de woonzorgcentra.

Voor de verdere toekomst hebben wij van de taskforce een aantal scenario's gekregen, van de toediening van een tweede booster aan de meest kwetsbaren tot een veralgemeende toediening van een tweede booster aan de hele populatie. Welk scenario moet worden gekozen, wordt volgens de taskforce beoordeeld door de politieke verantwoordelijken, samen met de taskforce, op basis van de epidemiologische ontwikkeling. We hebben daarvoor momenteel nog geen beslissingen genomen. We kunnen dat ook nog niet. Het zou vreemd zijn om nu al, op een ogenblik dat de viruscirculatie veeleer stabiel is tot vertraagd, een beslissing te nemen over wat we in de komende maanden moeten doen. Momenteel is er weinig druk of een sterk verminderde druk in de ziekenhuizen. We hebben met andere woorden niet gekozen welk van die scenario's we willen. Ik zal niet al die scenario's in detail uiteenzetten. Die zijn immers al gepubliceerd op onze website.

Er werd gevraagd naar het soort van vaccins en de mogelijk te verwachten varianten.

De vaccinportfolio voor 2022-2023 hebben wij uitgebouwd en gedifferentieerd via het *joint procurement programme* van de Europese Unie, waarbij er contracten zijn met vijf bedrijven, namelijk Pfizer-BioNTech, Moderna, Novavax, Valneva en Sanofi-GSK, voor meer dan 35 miljoen vaccins, waarvan het overgrote deel, namelijk 97 %, volgens mRNA-technologie is.

Hebben we, met het oog op varianten, nood aan nieuwe vaccins? Welnu, de contracten met de twee producenten van mRNA-vaccins bevatten een clausule die bepaalt dat de Europese lidstaten variantaangepaste vaccins kunnen verkrijgen. Dat wordt al sinds de opkomst van de omikronvariant overwogen, vanwege de vele mutaties van de omikronvariant ten opzichte van de deltavariant en vanwege de onzekerheid over de bescherming door de eerste generatie mRNA-vaccins voor mensen die geconfronteerd worden met de omikronvariant. Die eerste generatie mRNA-vaccins was namelijk gebaseerd op de initiële Wuhanvariant.

Een booster dosis van de eerste generatie mRNA-vaccins blijkt op korte termijn doeltreffend te zijn tegen ernstige COVID-19 en tegen mortaliteit door de omikronvariant. De effectiviteit tegen besmetting en tegen milde symptomen van de omikronvariant is echter beperkter dan bij voorgaande varianten en die bescherming lijkt ook sneller af te nemen.

Sta me toe om het volgende te beklemtonen. Dit is echt wel belangrijk en het verklaart waarom wij nog geen definitieve beslissing hebben genomen over wat wij in de komende maanden zullen doen. Er zijn nog geen data beschikbaar over de duur van de bescherming tegen ernstige vormen van COVID-19 door de omikronvariant. Ook over de werkzaamheid van de eerste generatie mRNA-vaccins tegen toekomstige varianten bestaat er nog onzekerheid.

Pfizer startte op 25 januari 2022 in de Verenigde Staten een klinische studie van fase 3 bij 18- tot 55-jarigen om de veiligheid, de tolerabiliteit en de immunogeniciteit van een monovalent omikronaangepast vaccin na te gaan. Ook Moderna is gestart met de ontwikkeling van een monovalent omikronaangepast vaccin. Dat product van Moderna zit momenteel in fase 2.

Daarnaast ontwikkelt Moderna ook een monovalent vaccin aangepast aan de beta- en de deltavariant. Moderna ontwikkelt ook multivalente COVID-19-vaccins, die dan werkzaam moeten zijn ten opzichte van de betavariant, het *wild type* en de deltavariant. Moderna heeft ook een combinatievaccin COVID-19 en influenza in preklinische fases. U vindt daar ook gegevens over terug. De klinische studies van Pfizer-BioNTech en Moderna voor die mono- en multivalente vaccins lopen.

Over de werkzaamheid van deze variantaangepaste vaccins is momenteel nog geen informatie beschikbaar. De keuze van het vaccin voor eventuele toekomstige boostercampagnes zal daar natuurlijk van afhangen. Een EMA-advies voor de omikronaangepaste monovalente vaccins wordt eerstdaags verwacht. Het zal dan nog enige tijd in beslag nemen vooraleer die vaccins ter beschikking zijn, omdat de productieprocessen moeten worden aangepast. Een EMA-advies voor de multivalente vaccins waarover ik het had, wordt niet voor de zomer verwacht.

Slotom, wij hebben een besluit genomen met betrekking tot het huidige advies. Dat betekent een uitnodiging voor een tweede booster voor de tachtigplussers op individuele basis en personen van alle leeftijden in de woonzorgcentra. Voor de toekomst zitten wij nog altijd met een waaier aan scenario's, die we zinvol vinden, maar waaruit we nog niet gekozen hebben.

Natuurlijk mogen we niet te lang wachten, collega's. Het is belangrijk dat de interministeriële conferentie zich daarover na de bijeenkomst van het Overlegcomité van deze week weer buigt. Dat lijkt mij aangewezen, maar ik kan niet zeggen wanneer wij de beslissing zullen nemen.

04.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je soulèverai deux points. Le premier est le suivant. Il est évidemment logique que l'on décide de l'opportunité d'une quatrième dose sur une base individuelle. Je n'ai pas de souci avec cela; par contre, je trouve qu'il y a un souci pour les personnes de moins de 80 ans en dehors des maisons de repos et des maisons de repos et de soins. Souvent, des personnes de moins de 80 ans sont bien plus fragiles que des personnes en maisons de repos. Elles sont pourtant à domicile. Même s'il y a une indication reconnue par le médecin traitant, elles ne pourront dès lors pas bénéficier d'une quatrième dose de vaccin. Il est contradictoire de dire à la fois que cela se fera sur une base individuelle et que si la personne a moins de 80 ans, même si elle est très fragile, même s'il y a une indication, parce qu'elle se trouve en dehors de la maison de repos, elle ne pourra pas bénéficier du vaccin. Nombre de ces personnes ont reçu leur troisième dose voici bien plus de six mois. On a entendu la position de l'ECDC qui prévoit une vague dans les deux mois qui viennent sur le territoire européen par le dernier variant BA5. Je trouve cela interpellant.

Deuxièmement, si vous avez répondu à beaucoup de choses, monsieur le ministre, je n'ai pas obtenu de réponse concernant ma question au sujet de l'efficacité vaccinale. Celle-ci est manifestement meilleure quand il y a un *switch* du vaccin initial à ARN messenger vers l'autre vaccin à ARN messenger en *booster*. Donc soit Pfizer en initial et Moderna en *booster*, soit Moderna en initial et Pfizer en *booster*. Cela a-t-il été pris en compte dans l'analyse du Conseil Supérieur de la Santé et de la *task force* Vaccination? Ce point doit être examiné. En effet, si l'efficacité vaccinale de ce procédé permet une couverture plus forte et surtout plus longue, c'est un point majeur et positif pour la santé publique.

04.05 Kathleen Depoorter (N-VA): U zegt dat u nog niet hebt beslist, maar dat u dat snel zal moeten doen. Ik ben het met u eens wat dat laatste betreft, maar er zal ook gedegen moeten worden beslist welk vaccin men zal toedienen. U wijst erop dat in de *joint procurement* een clause bepaalt dat een aanpassing van de vaccins mogelijk is. Wat mij echter zorgen baart, is dat er nog een heel grote stock aan vaccins is. Die zullen eerst worden toegediend. Wordt dan rekening gehouden met de optimalisering van de effecten op lange termijn? Ik heb het dan over de switch van de verschillende types vaccins, die aan de patiënten worden toegediend.

Hoe zult u een en ander organiseren? Ik noteer dat er heel wat scenario's zijn en dat de eerstelijnszorg klaarstaat om te vaccineren. Maar u hebt nog geen honorarium, niet voor de apotheker die voorbereidt, niet voor de apotheker die toedient, niet voor de huisarts die in grotere vaccinatie-entiteiten het vaccin aan zijn patiënten zou toedienen. De vrijwilligers zouden ook moeten worden gemobiliseerd wanneer u tot een algemene vaccinatie zult overgaan.

U hebt weinig tijd. Ik nodig u uit om tijdig met die mensen te communiceren, zodat zij zich kunnen organiseren voor het najaar. De verwachting is immers dat wij met een nieuwe golf zullen worden geconfronteerd. Wij moeten onze mensen daartegen kunnen beschermen, als dat nodig is.

We moeten ook de zeventigers, de vijfenzeventigers en de tachtigers die geen toegang hebben tot de tweede booster of die hem niet hebben genomen, in de gaten houden. Zij durven ook wel eens te reizen. Ik vraag u om ervoor te zorgen dat zij niet met de covidpas in de problemen geraken.

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

05 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het huisartsentekort en de druk op de eerstelijnszorg" (55026953C)
- **Maggie De Block** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het akkoord artsen-ziekenfondsen en het versterken van de huisartsenpraktijk" (55027103C)

05 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de médecins généralistes et la pression subie par les soins de première ligne" (55026953C)
- Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord médico-mutualiste et le renforcement des cabinets de généralistes" (55027103C)

05.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben het al vaker gehad over het huisartsentekort en de druk op de eerstelijnszorg. De huisartsen hebben afgezien door covid en zien nog steeds af.

Als men de *Artsenkrant* openslaat, ziet men steeds terugkomen dat heel wat huisartsen willen stoppen. Op 7 april lazen wij in *Trends* dat een huisarts op drie overweegt om te stoppen met het beroep. Dat is een structureel probleem. Wij hebben het er reeds vaker over gehad, deze mensen zitten op hun tandvlees en hebben niet het gevoel dat ze voldoende ondersteund worden door de overheid. Ze zien het eigenlijk niet meer zitten, zelfs nu, in een iets kalmere covidperiode. Met het najaar in gedachten blijft de druk op hun schouders groot, terwijl zij nog niet hebben kunnen recupereren.

Wat zult u daaraan doen? Hoeveel belang hecht u aan die berichtgeving? Het is toch substantieel als 30 % van de huisartsen aangeeft te willen stoppen? Hoe gaat u dat aanpakken? Hoe gaat u die aanpak eventueel financieren?

Ik heb u reeds verschillende keren voorgesteld om een thuisverpleegkundige in te zetten in de praktijk, iemand die hulp kan bieden. Ik heb u verder ook de vraag gesteld of u in het najaar een administratieve outsourcing overweegt voor de huisartsen. Hoe zult u het najaar en de komende winterperiode organiseren en de huisartsen ondersteunen?

Hoeveel huisartsen zijn er inmiddels reeds gestopt? Kunt u de verdeling per regio en per provincie geven, met de percentages?

05.02 **Maggie De Block** (Open Vld): Mijnheer de minister, het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023 beoogt de versterking van de huisartsenpraktijk om het gezondheidssysteem weerbaarder te maken tegen globale gezondheids crisissen. Dit doel moet bereikt worden door de inzet van zorgondersteunend personeel. Verder voorziet het akkoord in een financiële tegemoetkoming verbonden aan de organisatie van de praktijk.

Voor de uitvoering verwijst het akkoord naar artikel 36octies van de wet van 14 juli 1994 dat de financiële tegemoetkoming voor de praktijkorganisatie toelaat. De maatregel moet in overeenstemming zijn met artikel 35duodecies van het koninklijk besluit nr.78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Artikel 95 van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wijzigde artikel 35duodecies en vervolgens verving artikel 32 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg de betrokken bepaling. De evolutie vereist de verdere actualisering van de wet van 14 juli 1994, maar mag de uitvoering van het medicomut-akkoord niet belemmeren. Dit is vrij technisch, maar zo is nu eenmaal onze wetgeving die al lang bestaat en telkens wordt bijgewerkt.

Wat is de stand van zaken van de uitvoering van het nationaal akkoord op het vlak van de versterking van de huisartsenpraktijk? Welk type zorgondersteunend personeel zal er mogen worden ingezet? Wat zullen hun taken zijn? Is er daarover al uitsluitel?

Wat waarborgt, gegeven de verregaande bevoegdheidsoverdracht inzake de organisatie van de eerste lijn, dat de uitvoering van het akkoord artsen-ziekenfondsen binnen de bevoegdheden van de federale overheid blijft? Zult u artikel 36octies van de wet van 14 juli 1994 actualiseren? Welk middel acht u hiervoor het best geschikt, met respect voor de kwaliteitswet?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, u hebt het probleem in het algemeen geschetst en mevrouw De Block stelde er een aantal specifieke vragen over. In het algemeen meen ik inderdaad dat de huisartsengeneeskunde onder zeer zware druk staat. Dat was natuurlijk in toenemende mate het geval tijdens de covidpandemie. De huisartsen hebben toen ontzettend hard gewerkt. Zij hebben werkelijk zeer veel uren gedraaid in moeilijke omstandigheden.

Er is een reeks maatregelen genomen om te helpen, eerst door mevrouw De Block en vervolgens door deze regering. Ik denk dan aan de teleconsultaties. Die hebben zeker geholpen. Daar paste ook een financieringssysteem bij. Mevrouw De Block heeft dat nog tot stand gebracht.

Wij hebben ook andere maatregelen genomen, bijvoorbeeld wat de testing betref, niet alleen organisatorisch. Wij hebben de mogelijkheid geschapen om test- en afnamecentra gemeenschappelijk te organiseren. Vrij recent hebben wij ook zelfevaluatie tools aangereikt voor mensen met symptomen, zodat vermeden werd dat iedereen naar de huisdokter liep.

U hoort mij absoluut niet zeggen dat dit volstaat, ik wil alleen zeggen dat er in de loop van de pandemie wel allerlei initiatieven genomen zijn. Op dit ietwat rustigere moment in de pandemie stellen wij inderdaad vast dat de huisartsen uitgeput zijn. Dat is structureel ook een groot probleem.

Dat structureel probleem, mevrouw Depoorter, vraagt inderdaad om meer ondersteuning, maar eerlijk gezegd toch ook om een herdenking van de manier waarop wij de artspraktijken in de toekomst wensen te organiseren. Welke profielen kunnen huisartsen bijkomend ondersteunen in hun praktijk? Dat was de meer concrete vraag van mevrouw De Block. Hoe willen wij de relatie met de patiënt uitbouwen? Welk financieringssysteem past daarbij?

Ik meen dat wij die fundamentele vragen, die belangrijk zijn voor de toekomst van de huisartsengeneeskunde, inderdaad moeten beginnen aanpakken. Ik beraad mij op dit ogenblik over de manier waarop wij die dingen goed georganiseerd en met de inspraak van de huisartsen op de agenda kunnen krijgen.

Het is ook belangrijk om na te denken over de administratieve lasten. De voorbije dagen waren er weer zeer veel klachten van huisartsen over de paperasserij die samenhangt met ziektebriefjes voor korte afwezigheden. Mevrouw Depoorter, ik hoop dat ik op uw steun kan rekenen, waar u ook komt en spreekt, om die ziektebriefjes deels af te schaffen voor zeer korte afwezigheden, met een beperking van het aantal keren dat men dat kan doen. Ik meen dat huisartsen met andere zaken bezig moeten zijn. Ik vind dat een zeer belangrijke prioriteit.

Ik zal nu een antwoord geven op de iets concretere vragen van mevrouw De Block. Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023 bepaalt inderdaad dat er voorstellen zullen worden gerealiseerd om het team rond de huisarts te versterken, onder meer door een financiële ondersteuning voor de inzet van zorgondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk. Dat is eigenlijk een bevestiging van de dingen die u hebt gezegd. Deze voorstellen moeten kaderen in een aanpak die rekening houdt met een veranderd organisatiemodel van de huisartsengeneeskunde, de wijziging in het zorgtakenpakket en de nood om dat adequaat te financieren. De medicomut heeft zich ertoe geëngageerd om een concreet voorstel uit te werken, met het oog op een concrete toepassing in 2023 en met respect voor de aan de gemeenschappen toegewezen bevoegdheden.

Om op het punt betreffende de bevoegdheden terug te komen, meen ik dat dit voorstel de bevoegdheden moet en zal respecteren. Dat komt erop neer dat men zich zal beperken tot de bevoegdheden van de federale overheid. In het verleden bestonden er meningsverschillen over de vraag wat de beste vorm van zorgondersteuning is en wat het doel moet zijn. Ik hoop dat we vroegere meningsverschillen in de wereld van artsen en experts kunnen overwinnen, zodat we snel een concreet en gedragen voorstel bereiken.

U vroeg of ik artikel 36*octies* van de wet van 14 juli 1994 zal actualiseren. Voor alle duidelijkheid, dat artikel bepaalt dat de Koning bij een in de ministerraad overlegd besluit de voorwaarden bepaalt overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de kosten verbonden aan de organisatie van een praktijk, overeenkomstig de wettelijk vastgestelde normen.

Artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, dat artikel 35*duodecies* vervangt, is opgeheven en vervangen door artikel 32 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Wij moeten dit dus allemaal lezen als verwijzingen naar artikel 32 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

Het artikel 36*octies*, waar ik mijn uiteenzetting mee ben begonnen, moet worden geactualiseerd, in die zin dat de verwijzing naar artikel 35*duodecies* van koninklijk besluit nr. 78 dient te worden vervangen door de verwijzing naar artikel 32 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, dat in werking is getreden op 1 januari 2022. Dat was een technische uitleg en een beetje intellectuele acrobatie om te zeggen dat de actualisering de vorm aanneemt van een wijziging van de verwijzing en de correcte verwijzing is naar artikel 32 van de wet die u zeer goed kent, want u hebt er eigenlijk de grondslag van gelegd.

05.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, uw antwoord bevatte zeker in het begin heel veel vragen. Er is dus nog heel veel onduidelijkheid en onzekerheid.

Wat de administratieve overlast van de huisartsen betreft, wil ik u toch nog eens wijzen op de nieuwe setting waarin een huisarts werkt. Hij of zij krijgt berichten via sms, Messenger, WhatsApp, e-mail, telefoon en briefjes in de brievenbus, om het even hoe, met de vraag om een voorschrift op de eID van de patiënt te zetten.

Het is ongelooflijk moeilijk werken met de administratieve klauwen die ontstaan zijn. Ik denk dat men een luisterend oor moet hebben voor het initiatief van de blauwe krokodil. Mijnheer de minister, luister alstublieft naar het signaal van de huisartsen.

Wat het akkoord betreft, geeft u aan dat er in 2023 een realisatie zou zijn van de hulp in de praktijk. Dat is natuurlijk beter dan niets, maar laat ons hopen dat het niet te laat komt voor heel wat huisartsen die vandaag al aangeven dat ze zouden willen stoppen. U hebt bovendien ook de gevraagde cijfers niet gegeven over hoeveel huisartsen er ondertussen al gestopt zijn. Ik zal deze vraag schriftelijk opnieuw indienen.

U hebt het ook over de bevoegdheden gehad en over de moeilijkheden. Mijnheer de minister, voer gewoon het regeerakkoord uit, hevel volksgezondheid over naar de regio's en dan kunnen ze zelf beslissen.

05.05 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor de stand van zaken. Het is nu dus aan de medicomut. Ik heb begrepen dat u de wetswijziging zult doorvoeren om de verwijzing correcter te maken. Dat is natuurlijk zeer goed.

We moeten ook wel realistisch zijn en beseffen dat er geen wondermiddel bestaat voor de organisatie, de financiering en de administratieve lasten. *Carry on the good work.*

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La formation du personnel médical relative aux violences liées au genre" (55027033C)

06 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opleiding van het medisch personeel m.b.t. de aanpak van gendergerelateerd geweld" (55027033C)

06.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, le corps médical est très souvent amené à gérer des cas de violences liées au genre, qu'il s'agisse de violences sexuelles, physiques, psychologiques ou encore des mutilations génitales féminines. Or ce personnel médical reste trop souvent démuné quant à la manière de pouvoir les prendre en charge de façon efficace.

C'est pourquoi, en juin dernier, trois manuels ont été réalisés par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes ainsi que l'Ordre des médecins, et ce, sous votre égide et celle de la secrétaire d'État, Mme Schlitz. Ces manuels sont destinés à sensibiliser et renforcer le personnel soignant face à la prise en charge des victimes via un cadre pratique élaboré et précis. Par ailleurs, les Centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS) fournissent aux victimes des soins donnés par du personnel médical spécialement formé à la problématique des violences sexuelles.

Le 20 avril dernier, ma collègue Sophie Merckx vous a interrogé à ce sujet et vous lui avez répondu qu'un budget prévoyant 65 000 euros pour les formations du personnel soignant dans le domaine des violences intrafamiliales et sexuelles et des mutilations génitales féminines avait été débloqué. Ce budget doit

également servir au développement d'outils destinés à aider les professionnels de la santé à identifier, traiter et suivre les victimes. Vous n'avez toutefois pas pu préciser s'il s'agissait ici d'un nouveau budget ou non. Cette précision est toutefois d'importance. Vous avez également dit étudier la possibilité de dégager des moyens supplémentaires pour développer un trajet de formation en ligne pour les violences intrafamiliales, avec des modules spécifiques pour les groupes cibles que sont les personnes âgées et les enfants, sur la base de ce qui existe déjà pour les violences sexuelles.

Près d'un mois plus tard, pouvez-vous nous dire où en est cette réflexion?

Avez-vous eu un retour du terrain relatif à l'implémentation des trois manuels élaborés en juin dernier? Si oui, le constat s'avère-t-il positif? Ces manuels apportent-ils une plus-value au personnel médical? Sont-ils suffisants?

De quelle autre façon comptez-vous œuvrer pour la formation du personnel médical en général – et non uniquement du personnel travaillant au sein des CPVS – face aux violences liées au genre?

Tout le personnel soignant travaillant au sein des CPVS a-t-il suivi une formation spécifique (infirmières, gynécologues, psychiatres)? Pourriez-vous expliciter les lignes directrices de cette formation? Est-elle complétée par une formation continue?

De façon générale, quel est le budget attribué à la formation du personnel soignant aux violences liées au genre, idéalement en ventilant les sommes entre le personnel soignant travaillant au sein des CPVS et les autres?

06.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Rohonyi, je n'ai pas de réponses à toutes les questions que vous posez, mais je peux vous fournir les réponses suivantes.

Depuis 2009, des cycles de formation sur la détection de traitements et le suivi de victimes de violences intrafamiliales et sexuelles ainsi que de mutilations génitales féminines sont régulièrement organisées à l'intention des prestataires de soins hospitaliers. Durant la pandémie de covid-19, une formation en ligne sur les violences sexuelles à l'intention des prestataires de soins hospitaliers a été élaborée. Dans le cadre des formations susmentionnées, je souhaite également qu'une formation en ligne soit élaborée pour les violences intrafamiliales, ainsi que des modules spécifiques concernant les groupes cibles, à savoir les personnes âgées et les enfants.

La formation de base sur les mutilations génitales féminines se poursuivra en 2022 et sera financée par le budget de l'État. En outre, des initiatives seront prises pour aider les médecins généralistes à détecter, à conseiller et à orienter les victimes de violences intrafamiliales et sexuelles ainsi que de mutilations génitales féminines. Le budget de l'État prévoit, dès 2022, un montant annuel de 56 000 euros pour la formation du personnel soignant dans les hôpitaux concernant les violences intrafamiliales et sexuelles et les mutilations génitales féminines, ainsi que pour l'élaboration d'outils de soutien au personnel soignant dans la détection, le traitement et le suivi des victimes de violences intrafamiliales et sexuelles ainsi que de mutilations génitales féminines.

Il s'agit, comme vous l'avez dit, d'actions mises en place avec ma collègue, Mme Schlitz, qui est probablement mieux équipée que moi pour répondre à certaines questions.

06.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse, même si elle n'est que très partielle. Je le regrette, parce que je pense qu'en tant que ministre de la Santé, vous avez un rôle énorme à jouer dans la formation des médecins et la prise en charge correcte des victimes qu'ils auraient à connaître dans le cadre de leur métier. Je pense que c'est fondamental d'assurer cette prise en charge correcte et, à travers celle-ci, la formation de l'ensemble du personnel responsable de cette prise en charge.

On parle beaucoup des policiers, des avocats et des magistrats, mais les médecins ont, eux aussi, leur rôle à jouer. Pour le reste, je me devrai de poser les questions qui n'ont pas trouvé réponse à votre collègue, Mme Schlitz.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nr. 55027013C van mevrouw Merckx en nr. 55027850C van de heer Warmoes worden uitgesteld.

07 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gegevensdeling met tandartsen" (55027044C)**

07 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le partage de données avec les dentistes" (55027044C)**

07.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, wanneer een patiënt in een ziekenhuis wordt verpleegd, is er via bijvoorbeeld het Collaboratief Zorgplatform (CoZo) communicatie mogelijk tussen huisarts en specialist. Zo kunnen medische gegevens snel en veilig uitgewisseld worden. Voor tandartsen geldt dat niet. Tandartsen, die alle baat hebben bij kennis van de medische context van de patiënt, kunnen hier geen gebruik van maken, waardoor er een veel moeizamere communicatie is met ziekenhuizen bijvoorbeeld. Ik geef een klein voorbeeld uit de eigen praktijk. Ik ben tandarts-parodontoloog. Af en toe moet ik een biopsie nemen van een letseltje in de mond. Als ik dat dan in het ziekenhuis laat analyseren, kan ik bijvoorbeeld niet aan het verslagprotocol van het onderzoek. Dat bemoeilijkt en vertraagt een en ander. Patiënten zitten vaak te wachten op de uitslag.

Waarom kunnen er tot vandaag nog geen medische gegevens uitgewisseld worden tussen tandarts en arts-specialist? Wat houdt de integratie van tandartsen in dergelijke systemen tegen? Hoe staat u tegenover de integratie van tandartsen in digitale samenwerkingsplatformen?

07.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: De wettelijke kaders in de wet betreffende de rechten van de patiënt en in de kwaliteitswet voorzien in de mogelijkheid voor in het KB nr. 78 opgenomen zorgverstrekkers met een therapeutische relatie tot de betrokken persoon om toegang te krijgen tot informatie die nuttig en nodig is met het oog op de kwaliteit, de continuïteit en de veiligheid van de zorg. Dat geldt ook voor de tandartsen.

Indien de therapeutische relatie bekend is bij het eHealth-platform en indien de betrokkene zijn *informed consent* heeft gegeven, is de informatie die via het hub-metahub-systeem ter beschikking is gesteld door de verschillende zorgverstrekkers, ook beschikbaar voor de tandarts, en dat op basis van de toegangsmatrix, goedgekeurd door het beheerscomité van het eHealth-platform en door het informatieveiligheidscomité. Voor een tandarts bevat dat toegang tot informatie over allergieën, medische risico's, medicatieschema's, tandonderzoeken, journaalnota's en generieke laboresultaten.

De softwaresystemen die de tandarts gebruikt, moeten natuurlijk geïntegreerd zijn in het hub-metahub-systeem. Voor de tandartsensoftware wordt momenteel gewerkt aan homologatiecriteria, die op het einde van dit jaar beschikbaar zouden zijn. Daarin is de integratie met het hub-metahub-systeem opgenomen als een criterium. Het komt dan de tandarts toe om een gehomologeerd SW-pakket aan te schaffen of niet.

07.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Als ik u goed begrijp, wordt vanaf eind dit jaar een betere toegang tot dergelijke gegevens mogelijk. Die toegang is volgens mij essentieel. Het is dan ook jammer dat de realisatie ervan een tijd op zich heeft laten wachten. Mondzorg – het is ruimer dan tandzorg – moet naar mijn mening integraal deel uitmaken van de gezondheidszorg.

Dat pleidooi houd ik niet voor tandartsen, maar vooral omwille van de volksgezondheid. Er wordt alsmaar vaker een verband gezien tussen tandproblemen of mondproblemen en algemene aandoeningen als alzheimer, diabetes en hart- en vaatziekten. De geïntegreerde zorg, waarbij alle muurtjes tussen zorgverstrekkers worden doorbroken, is daarom echt belangrijk. Daar hoort ook een eenvoudig communicatieplatform bij.

Ik ben heel benieuwd naar de nieuwe ontwikkelingen en ik zal er alleszins reclame voor maken bij mijn collega's, zodra die mogelijkheid bestaat. Ik denk dat wij er met zijn allen dankbaar gebruik van zullen maken.

07.04 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik ben het daar volmondig mee eens; u hebt absoluut gelijk. De homologatiecriteria zijn beloofd voor eind dit jaar. Vanaf dan kan de tandarts inderdaad aan de slag met een gehomologeerd softwarepakket.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La saturation des services de pédopsychiatrie" (55027045C)

08 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het capaciteitsgebrek bij de diensten voor kinderspsychiatrie" (55027045C)

08.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Madame la présidente, monsieur le ministre, deux ans après le début de la pandémie de covid-19, certains jeunes subissent encore les conséquences sur leur santé mentale des mesures sanitaires avec lesquelles nous avons dû apprendre à vivre.

Depuis l'assouplissement des mesures, beaucoup de jeunes ont retrouvé un certain équilibre dans leur vie sociale (rythme scolaire et extra-scolaire). Cependant, d'autres se sont davantage repliés sur eux-mêmes et éprouvent toujours aujourd'hui de grosses difficultés.

Même si le coronavirus n'est pas seul à l'origine de cette tension, le secteur de la santé mentale pédopsychiatrique est inquiet au vu de la saturation des services de pédopsychiatrie dans notre pays.

Face à ce constat, les pédopsychiatres plaident pour la mise en place de mesures de prévention dans les établissements scolaires.

Monsieur le ministre, un an après le déblocage du budget de 20 millions d'euros pour renforcer les équipes accompagnant ces jeunes, avez-vous toujours une vue globale de la situation dans nos hôpitaux et centres de psychiatrie? Cette bouée de sauvetage de 20 millions que vous aviez débloquée et qui était bienvenue pourrait-elle être une solution structurelle pour ces hôpitaux, tant que le problème n'est pas résolu?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, je confirme vos propos concernant la problématique sur le terrain et l'urgence de prendre des mesures.

Ma réponse se limitera à mes compétences fédérales. Il importe pour l'organisation d'une politique adéquate en la matière de dresser des tableaux aussi complets et exhaustifs que possible de la situation des services de pédopsychiatrie en Belgique. Pour ce faire, nous pouvons trouver appui sur les sources de données quantitatives disponibles et, en particulier, le résumé psychiatrique minimum et le monitoring des services psychiatriques pour enfants et adolescents.

En outre, nous complétons ces données par des données plus qualitatives et notamment les résultats des enquêtes périodiques organisées par Sciensano dans le cadre des enquêtes de santé covid-19 et les contacts que mon équipe et moi-même avons avec les représentants du secteur et les acteurs de la santé mentale.

J'imagine que lors des auditions qui auront lieu demain, une partie de ces données sera communiquée. Il est important d'enrichir davantage la collecte. Demain, vous en discuterez aussi sans doute.

Les mesures que le gouvernement a annoncées depuis fin 2020 restent pour l'instant en place, notamment la poursuite du développement des soins psychologiques en première ligne. Cela prend du temps et, à vrai dire, c'est un peu frustrant. J'ai dès lors demandé aux responsables des réseaux d'accélérer le rythme du déploiement sur le terrain de la première ligne. Il y a le renforcement des équipes mobiles de crise des réseaux de santé mentale. Le personnel est engagé et les choses se sont mises en place. Il y a l'intensification des services pédopsychiatriques et la création d'équipes de liaison dont on a déjà souvent parlé dans cette commission. Il est à la fois important de développer les soins psychologiques en première ligne, afin que les enfants et adolescents puissent trouver plus facilement un soutien psychologique, et d'organiser des interventions et des orientations aussi précoces que possibles. Il importe également d'avoir un effort complémentaire d'investissement dans les équipes mobiles.

La dotation en personnel des services hospitaliers psychiatriques pour enfants et adolescents a été intensifiée avec l'ajout d'une fonction d'articulation et de transmission des soins. Ainsi, un plus grand nombre d'enfants présentant des problèmes psychologiques complexes peuvent être pris en charge dans les services hospitaliers. Le temps d'attente jusqu'au moment de l'admission est comblé et assisté et la transition vers la situation familiale ou vers des soins de suivi en dehors des murs de l'hôpital psychiatrique

ou général peut se faire plus facilement.

Je ne vais pas répéter tout ce que j'ai déjà dit sur ce qui a été fait parce que cela semble toujours assez complaisant quant on connaît les problèmes. Toutefois, je souligne à nouveau que j'ai identifié un budget disponible de 35 millions d'euros, que je veux maintenant investir dans les soins psychiatriques, tant en ambulatoire qu'au niveau de la capacité des hôpitaux, de façon diversifiée. En effet, il faut prendre en compte des besoins assez différents selon les régions et sous-régions de notre pays.

Nous avons longuement préparé l'appel qui sera lancé. J'espère pouvoir rapidement concrétiser la façon dont ce montant de 35 millions sera utilisé. Il pourrait renforcer les soins psychiatriques pour les jeunes. Comme je viens de le dire, un appel sera lancé très prochainement. Cela sera l'occasion pour vous de voir de façon plus précise les chantiers sur lesquels nous allons travailler. Je n'en dirai pas plus aujourd'hui car nous sommes en train de peaufiner le dossier. Cela prendra encore un peu de temps. Sur le terrain, certaines mesures seront poursuivies, d'autres seront développées graduellement et seront concrétisées vers la fin de l'année ou le début de l'année prochaine. Il s'agit d'un investissement important dont nous aurons sans doute encore l'occasion de discuter.

08.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse et pour les investissements qui seront consentis. Nous aurons l'occasion de rediscuter de la question.

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

De **voorzitster**: Vraag nr. 55027084C van de heer Bacquelaine wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

09 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Sneppe** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aantal coronadoden ten opzichte van het aantal besmettingen" (55027105C)
- **Séverine de Laveleye** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan" (55027796C)

09 Questions jointes de

- **Dominiek Sneppe** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre de décès liés au coronavirus par rapport au nombre de contaminations" (55027105C)
- **Séverine de Laveleye** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Plan Fédéral Nutrition Santé" (55027796C)

09.01 Dominiek Sneppe (VB): Volgens een studie van het UZ Gent werd België zwaarder getroffen op het vlak van het aantal coronadoden ten opzichte van het aantal besmettingen. De oorzaak daarvan werd toegeschreven aan de overrapportering, maar dat blijkt uit deze studie slechts gedeeltelijk te kloppen. Zelfs als er rekening wordt gehouden met die factor van overrapportering blijft België erboven uitsteken. Volgens de studie blijkt dat de gezondheidstoestand van een land voor een deel verklaart hoe hard een land getroffen wordt in het aantal doden. In de ranking van voor de coronacrisis zat België al in de op een na slechtste categorie. Dat zou volgens de studie een belangrijke oorzaak kunnen zijn voor de slechte cijfers.

Bent u op de hoogte van deze studie? Was u op de hoogte van de slechte ranking van de gezondheidstoestand van onze burgers? Wat zult u ondernemen om de gezondheidstoestand van onze mensen te verbeteren?

In uw beleidsnota is sprake van de validering van het nieuwe Federaal Voedings- en Gezondheidsplan tegen eind 2021. Hoever staat het daarmee? Welke nieuwe acties werden erin opgenomen? Kunt u ons de tijdlijn schetsen voor het toepassen van de aanbevelingen in het plan?

Preventie is hoofdzakelijk een regionale bevoegdheid. Welke prioriteiten werden in samenspraak met de deelstaten al vastgelegd?

09.02 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, ma question concerne uniquement l'état d'avancement du Plan Fédéral Nutrition Santé (PFNS). En 2016, la Belgique adoptait son premier PFNS. Il avait pour but de promouvoir des comportements alimentaires sains afin de lutter contre l'obésité, la sédentarité et les maladies qu'une mauvaise alimentation engrange. L'impact pour les pathologies associées

à l'obésité sur les budgets de la santé était évalué à l'époque à 600 millions d'euros en 2000, selon les chiffres de Sciensano.

En octobre dernier, vous rappeliez que la stratégie du plan reposait en bonne partie sur une approche volontariste du secteur privé auquel vous recommandez de limiter les communications commerciales pour des denrées riches en graisses, sel et sucre. Vous parliez d'ailleurs de "sensibiliser la grande distribution" en commission, il y a un peu plus de six mois. Vous évoquiez également l'importance de l'environnement alimentaire et d'un effort informatif. Le nutriscore vous semblait en ce sens être un élément clé que vous souhaitiez voir devenir obligatoire. Vous nous avez dit à cette occasion que l'administration élaborait les actions du PFNS 2021-2030.

Monsieur le ministre, quand ce futur plan sera-il présenté? On est déjà en 2022 et on sait que vos administrations et vous-même avez été très occupés ces derniers mois mais c'est peut-être le moment de le voir arriver. Avec qui est-il construit? Sera-t-il débattu au Parlement? En effet, je pense que cela n'a encore jamais été le cas avec ce type de plan.

Une évaluation a-t-elle été réalisée quant aux résultats du plan précédent, sachant que l'état nutritionnel de la population n'a cessé de se dégrader d'année en année? Si oui, pourriez-vous nous expliquer la démarche pour obtenir cette évaluation?

Les objectifs et les moyens du plan sont-ils revus à la hausse dans la nouvelle copie? Vous évoquez potentiellement un mécanisme taxatoire et des incitants à une alimentation saine. Où en est-on?

Avez-vous émis des propositions pour s'attaquer à une cause puissante de la mauvaise alimentation, celle des enfants en particulier, qu'est la publicité pour des aliments trop gras, trop salés, trop sucrés, comme par exemple sur la base d'un mauvais nutriscore?

De nombreux acteurs de l'aide alimentaire demandent la mise en place de chèques alimentaires "durables", utilisables pour acheter des aliments de qualité (durabilité, circuit court, juste rémunération pour les producteurs). La proposition est sur la table du gouvernement en France. La mesure est-elle envisagée en Belgique?

Enfin, pensez-vous qu'un tel plan puisse être pleinement efficace s'il ne rentre pas dans une perspective plus globale en incluant, avec les Régions, une réflexion sur notre système alimentaire et ses défaillances, sur le rôle de l'agro-industrie et des intermédiaires?

Cette question est évidemment très large et je me doute que vous n'allez pas pouvoir y répondre de façon détaillée. Cela m'intéresserait toutefois de vous entendre à ce propos.

09.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Sneppe, ik ken de studie van John Crombez en zijn collega's en heb ze ook zeer grondig gelezen. Ik zal niet herhalen wat in die studie staat.

Met rankings moet men steeds een beetje voorzichtig zijn en zeker met causale verbanden tussen rankings. Los van de precieze interpretatie van de rankings en allerlei causale verbanden, staat echter als een paal boven water dat wij absoluut niet zelfgenoegzaam mogen zijn met betrekking tot de ranking van ons land in Europa en internationaal op het vlak van de gezondheidstoestand van de burgers. Het federale regeerakkoord heeft daarom ook een vrij ambitieuze doelstelling geformuleerd. Inzake de gezondheidstoestand willen wij terug naar de top 10 van de Europese Unie.

Wij moeten daarbij natuurlijk meteen erkennen dat het gezondheidssysteem als zodanig, met name de gezondheidszorg, als onderdeel van dat systeem, slechts voor een klein deel verantwoordelijk is voor de gezondheidsstatus. De Wereldgezondheidsorganisatie zegt in een wetenschappelijke schatting dat het aandeel van het gezondheidszorgsysteem in de gezondheidstoestand, wanneer wij een internationale vergelijking maken, maximaal 15 % bedraagt. Het gaat daarbij dus ook over huisvesting, werk, sport enzovoort.

Daarom is het belangrijk dat er een consensus is over een minimale set van gezondheidsdoelstellingen, waarbij alle overheden en alle sectoren hun verantwoordelijkheid opnemen. Mijn administratie werkt momenteel een voorstel uit met betrekking tot de gezondheidsobjectieven waarop alle overheden en

sectoren idealiter inzetten. In het kader daarvan hebben wij aan de Wereldgezondheidsorganisatie, afdeling Europa, een zogenaamde *public health review* gevraagd. Ten slotte heeft het RIZIV ook reeds zeven projecten geselecteerd in het kader van gezondheidszorgobjectieven. Wij denken immers dat wij meer en meer vanuit dat perspectief moeten werken.

Voeding is effectief een van de essentiële onderdelen. De ontwerptekst van het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan 2021-2030, die voorbereid werd door mijn administratie, wordt nu bekeken door de medewerkers van mijn beleidscel. We overwegen verschillende nieuwe acties om onze eetgewoontes in nuttige zin te beïnvloeden, rekening houdend met vele dimensies, zoals de marketing van voeding, de voortzetting van de inspanningen om voedingsproducten te herformuleren, de invoering van fiscale stimulansen, de duurzaamheid van onze eetgewoonten enzovoort.

Zodra de tekst door mijn medewerkers en mijzelf is gevalideerd, zal ik natuurlijk niet nalaten om daarover te communiceren.

Le plan opérationnel décrivant le *timing* des actions prévues dans le Plan Fédéral Nutrition-Santé sera présenté aux différentes parties prenantes (entités fédérées, acteurs de la société civile et opérateurs économiques concernés).

La période précédente n'a pas fait l'objet d'une évaluation externe mais, avec Sciensano, nous avons développé un monitoring de la composition des aliments préemballés et vendus sur le marché belge dans le cadre du projet Nutritrack depuis 2018. Ce monitoring va nous permettre de suivre l'évolution de la composition des produits et de vérifier si des efforts de reformatage ont été réalisés par les fabricants conformément à leurs engagements pris dans le cadre de la convention Équilibre datant de 2016, avec FEVIA et COMEOS.

Le Plan Fédéral Nutrition-Santé 2021-2030 prévoit de discuter avec les secteurs des chiffres qui ressortent du monitoring Nutritrack et de voir si des efforts supplémentaires doivent être envisagés pour améliorer la composition nutritionnelle. La piste réglementaire n'est pas écartée, si besoin en est.

Le marketing dirigé vers les enfants est une des priorités. Nous sommes en train de voir si le logo Nutriscore peut servir d'outil de profilage nutritionnel afin d'interdire la publicité pour des produits trop gras, trop sucrés ou trop salés aux heures d'audience majoritairement concernées par un public d'enfants.

Le Plan 2021-2030 s'envisage de façon globale et vise à concerner un maximum de partenaires et à considérer la problématique de la façon la plus systémique possible. Je ne manquerai de revenir vers vous dès que ce plan sera finalisé.

09.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Met studies kunnen altijd tegensprekelijke zaken worden bewezen. Causale verbanden zijn inderdaad vaak moeilijk aan te tonen. Ik heb het echter zelf niet uitgevonden, ik verwijs naar de studie waarin het causale verband toch min of meer wordt aangeduid.

U zegt dat het aandeel van de gezondheidszorg slechts 15 % bedraagt. Uiteraard zorgen meerdere facetten ervoor dat de gezondheid achteruitgaat. Ik ga er wel van uit dat u mij toestaat om in de commissie voor Gezondheid vragen te stellen in verband met volksgezondheid.

Concreet, in de periode van de coronacrisis was er heel weinig aandacht voor een gezonde levensstijl. U beperkt zich in uw antwoord enigszins tot voeding, maar een gezonde levensstijl houdt meer in dan voeding. Mensen zijn ongeletterd of weinig geletterd op het vlak van gezondheid. Ik denk dat daar een taak ligt voor de overheid, namelijk sensibilisering, mensen duidelijk maken dat er voor elk ongezond gegeven ook een gezond alternatief bestaat. Ik wil verwijzen naar professor Lieven Annemans, die daarover heel wat studiemateriaal heeft. De mensen moeten ervan overtuigd worden dat gezonde gewoonten beter zijn dan ongezonde. Er moet hun duidelijk worden gemaakt dat er gezonde alternatieven bestaan en wat die voor hun leven kunnen betekenen, welke kwaliteiten mensen kunnen winnen.

Als de mensen honger hebben, dan kunt u hun een vis geven en hebben ze een dag te eten. U kunt de mensen echter ook leren vissen, dan hebben ze eten voor de rest van hun leven. De coronacrisis was daar eigenlijk een opportuniteit voor, want mensen stonden open voor dergelijke boodschappen, maar jammer genoeg hebt u die boot gemist.

09.05 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie beaucoup pour votre réponse. Nous sommes assez nombreux dans ce Parlement à revenir vers vous pour obtenir des nouvelles de ce plan. Vous avez confirmé que l'alimentation représentait une dimension fondamentale de notre santé. Or nous savons que nos concitoyens ne sont pas suffisamment en bonne santé. Je vous remercie donc de suivre ce dossier.

Ensuite, vous nous avez dit que le projet avançait et que vous alliez le présenter aux parties prenantes. Ce n'est pas encore très clair pour moi, mais je peux imaginer que vous ne connaissiez pas les agendas respectifs de chacun. Cela dit, nous espérons que votre plan sera approuvé avant la fin de l'année, car nous enregistrons un certain retard.

Je ne suis pas certaine d'avoir entendu si des moyens supplémentaires avaient été engagés pour vos services. Tant que les objectifs restent ambitieux, nous verrons bien.

S'agissant de l'évaluation externe, j'ai entendu que Sciensano se livrait à un travail de monitoring relatif à la qualité des aliments. Cela me paraît vraiment intéressant. Nous attendons donc les conclusions de cet audit, bien que je craigne – sans doute suis-je trop pessimiste – qu'il ne nous indique une faible qualité de l'alimentation.

Vous nous informez, par ailleurs, que l'outil réglementaire reste sûrement pertinent. Pour ma part, je vous encourage à envisager d'emblée des instruments fiscaux. En effet, il faut offrir des occasions aux gens afin qu'ils forment les meilleurs choix pour eux-mêmes. De plus, il importe de travailler activement sur la publicité. Il n'y a rien à faire: nous restons influencés par ce que nous voyons et entendons.

Courage, par conséquent! En tant que parlementaires, nous sommes très intéressés par une future présentation de cette stratégie dès qu'elle sera prête. Nous avons déjà eu la chance de débattre d'autres programmes une fois qu'ils avaient été mis au point. Merci, en tout cas, pour votre travail!

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

10 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Dure geneesmiddelen voor de behandeling van Tango 2" (55027106C)

10 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Des médicaments onéreux pour le traitement de la maladie Tango 2" (55027106C)

10.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, in *Het Nieuwsblad* van 13 april lazen we de schrijnende getuigenis van een ouderpaar met twee kinderen die lijden aan Tango 2, een degeneratieve aandoening. Het is opnieuw een schrijnend geval van een zeldzame ziekte, met nagenoeg onbetaalbare geneesmiddelen. Die geneesmiddelen zijn levensnoodzakelijk voor beide jongens, maar worden jammer genoeg niet terugbetaald. Het gaat om 8.400 euro voor 180 pillen, waarvan de broertjes er dagelijks 2 moeten innemen. Eigenlijk hebben ze er 4 per dag nodig, maar dat kunnen de ouders niet betalen.

Waarom wordt dit levensnoodzakelijke geneesmiddel niet terugbetaald? Zult u hierover advies vragen aan de CTG, of hebt u dat al gedaan?

Hoever staat de ontwikkeling van het Centraal Register Zeldzame Ziekten?

Is er in België een referentiecentrum voor deze aandoening?

Hoeveel patiënten met deze aandoening zijn er in België? Worden zij geholpen door het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF)?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, we zijn er niet zeker van dat het levensnoodzakelijke karakter van deze therapie wetenschappelijk vaststaat. Ik hoed me ervoor patiënten en hun familie, die soms wanhopig op zoek zijn naar een genezende therapie, valse hoop te geven. Volgens de beschikbare internationale publicaties van wetenschappelijke patiënten- en andere verenigingen bestaat er immers geen bewezen en nuttige therapie voor patiënten met het Tango 2-syndroom.

De bestaande therapie is ondersteunend en ze wordt vergoed. Het gaat om – ik citeer – "een vergoeding van anti-epileptica, antiaritmica en schildklierhormonen". Er bestaat echter bij het Europees Geneesmiddelenbureau geen vergund medicament om specifiek dit syndroom aan te pakken.

Ik zal aan het FAGG vragen om mij in te lichten wanneer een fabrikant het registratieproces inzet of een *compassionate use program* aanvraagt.

U vroeg naar de registratie. Het register is een gezamenlijk project van verschillende federale overheidsdiensten, waaronder Sciensano. Daarover loopt nu overleg. Men zegt dat er momenteel een te lage participatie is in het Centraal Register Zeldzame Ziekten (CRRD) bij de genetische centra en bij de behandelende klinici. Participatie aan het register is op dit moment beperkt tot genetische centra. Momenteel registreren slechts zeven van de acht erkende genetische centra in België.

Vaak is binnen de genetische centra zelf de deelname laag, vanwege technische problemen, tijdsgebrek, een gedeelte van de genetici dat niet deelneemt enzovoort. Meestal is er enkel een registratie van patiënten met een definitieve diagnose, geen registratie van patiënten met een provisionele diagnose en daardoor ook geen informatie over de diagnostische *delay*.

We hebben dan ook een actiefiche opgesteld. We werken onder andere aan de volgende aspecten: het oplossen van technische problemen in het register, zowel problemen met de software van Healthdata als in de lokale ICT-systemen; de ontwikkeling van een automatische extractie uit het elektronische patiëntendossier om de registratielasten te verminderen; het uitbreiden van het deelnemende netwerk met behandelende klinici, boven op de genetische centra, zoals registraties vanuit de functies zeldzame ziekten, waarvoor al een pilootproject loopt met UCL Saint-Luc voor ongeveer 20.000 patiënten, opgestart in samenwerking met het UZ Brussel. We werken aan communicatie en samenwerking tussen de stakeholders en met de opdrachtgevers. We geven trainingen aan klinici van de functie zeldzame ziekten rond het gebruik van ORPHAcodes als ziektecodering om de zichtbaarheid van patiënten met een zeldzame ziekte te verhogen.

Er is geen erkend Belgisch centrum voor de diagnose of behandeling van patiënten met het Tango 2-syndroom. De aandoening werd pas in 2016 goed beschreven, tevoren werd deze ziekte met een ander letterwoord benoemd. Onderzoek naar de natuurlijke evolutie is gestart om deze ziekte beter te leren kennen. Sinds de ontdekking van de ziekte zou de diagnose gesteld zijn bij een honderdtal families wereldwijd. Het aantal Belgische patiënten is onbekend. Het is van primordiaal belang dat patiënten in België zich richten tot de erkende centra voor metabole genetische aandoeningen.

We hebben geen verdere informatie over het exacte aantal patiënten in België. Tot dusver is er slechts één patiënt met deze aandoening, waarvoor bij het Bijzonder Solidariteitsfonds een tegemoetkoming is gevraagd.

10.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw verhelderende antwoorden, maar het blijven natuurlijk schrijnende gevallen. Het is duidelijk dat er wel een en ander beweegt, maar er valt nog heel veel te doen met betrekking tot de weesziekten en de daarvoor bestemde geneesmiddelen. Het zal maar uw kind zijn en als ouder staat men weerloos. Het is al erg dat men met een dergelijke ziekte geconfronteerd wordt terwijl men weinig daarin gespecialiseerde zorgverstrekkers vindt, maar de geneesmiddelen die eventueel zouden kunnen helpen zijn ook heel duur, wat eveneens een impact heeft. Ik hoop dat het farmapact daar wel degelijk iets aan zal veranderen en dat men oog zal hebben voor deze problematiek.

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

11 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende aantal geneesmiddelen die aan zwangere vrouwen voorgeschreven worden" (55027111C)

11 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre croissant de médicaments prescrits aux femmes enceintes" (55027111C)

11.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Uit een studie van het InterMutualistisch Agentschap, waarin alle ziekenfondsen vertegenwoordigd zijn, en het onderzoekscentrum voor epidemiologie, biostatistiek en klinisch onderzoek van de ULB blijkt dat aan zwangere vrouwen alsmear meer geneesmiddelen worden voorgeschreven. Het onderzoek beschrijft de trends in voorgeschreven en afgeleverde geneesmiddelen tijdens de zwangerschap. Men stelde een top twintig op van de meest afgeleverde geneesmiddelen en de zes meest afgeleverde niet-steroidale anti-inflammatoire medicijnen. Voorts bekeek men de evolutie tijdens drie periodes, namelijk van 2003 tot 2005, van 2009 tot 2011 en van 2015 tot 2017. Op basis van informatie uit de databank Permanente Steekproef bepaalden de onderzoekers de prevalentie van de verstrekking van potentieel gevaarlijke geneesmiddelen. Daaruit bleek dat vooral progesteron en antibiotica serieus in de lift zitten.

Mijnheer de minister, hebt u weet van de studie en de cijfers? Waaraan is het te wijten dat er meer medicijnen aan zwangere vrouwen worden voorgeschreven en dus meer worden gebruikt? Is dat werkelijk noodzakelijk? Hebt u daarover cijfers of zult u dat laten onderzoeken? Hoe staat u tegenover die gang van zaken en hoe zult u dat aanpakken?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De studie die een periode van twee decennia beslaat, beschrijft de evolutie in afgeleverde geneesmiddelen aan Belgische zwangere vrouwen. De cijfers zijn voor een deel verontrustend, zoals u aangeeft, maar voor een deel ook optimistisch, zoals de auteurs van de studie aangeven. In de voorbije decennia zijn vrouwen bijvoorbeeld meer en beter gevaccineerd met vaccins die een zwangere vrouw nodig heeft.

De oorzaak van het stijgend gebruik van progesteron en niet-steroidale anti-inflammatoire middelen is niet bekend, volgens de onderzoekers. Het is dus zeker nuttig om dat nader te bekijken.

Of het voorschrift nuttig dan wel nutteloos is, komt in de studie niet naar voren. Dat was ook niet de bedoeling. De controles bij individuele zwangere vrouwen in België lijken niet aangewezen. Wat wel belangrijk is, is een algemene bewustwording van de problematiek. Ik zal daarom zowel het FAGG als de FOD Volksgezondheid daarover aanspreken.

Het FAGG had in 2017 een bewustmakingscampagne voor voorzichtig geneesmiddelengebruik bij zwangere vrouwen. Ik noteer alvast dat de Belgische vereniging van vroedvrouwen het campagnemateriaal van het FAGG actief gebruikt. Het is wenselijk het effect van de campagne opnieuw tegen het licht te houden. Nauwkeurige informatie zal helpen om betere campagnes te ontwikkelen om zwangere vrouwen bewust te maken van de mogelijke risico's van medicijngebruik tijdens de zwangerschap. Dat geldt overigens ook voor vrouwen die borstvoeding geven. Daarnaast zal ik de FOD het bewuste rapport bezorgen en om een reactie vragen.

Een brede bewustmaking kan in diverse geledingen gebeuren, zoals bij de Belgische beroepsverenigingen van obstetrci en vroedvrouwen. Zoals gezegd, hebben we hierover een goede bewustmakingscampagne in ons land, maar ze mag nog intenser worden.

De stigmatisering van zwangere vrouwen moeten we wel in elk geval vermijden. Er is een vertrouwensband nodig tussen de zorgverlener, die de thematiek ter sprake brengt, en de persoon in kwestie. Mijn collega's van de gemeenschappen en gewesten beschikken overigens ook over nuttig materiaal rond het onderwerp, zowel voor de zorgverleners als voor de zwangere vrouwen.

11.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Zwanger zijn is geen ziekte. In de meeste gevallen verloopt alles goed en is het een mooie periode. Soms verloopt het niet zo rooskleurig en dan is er uiteraard nood aan medicatie of een behandeling.

Ik ben blij dat u een brede bewustmakingscampagne wilt voeren voor artsen, vroedvrouwen en gynaecologen. Ik denk dat u daarbij de zwangere vrouw zelf niet mag vergeten. Het is namelijk vaak op vraag van de zwangere vrouw dat de dokters toch maar iets voorschrijven, bijvoorbeeld om haar gerust te stellen.

Een brede bewustmakingscampagne is dus zeker goed, maar betrek de zwangere vrouwen er ook zeker bij.

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

12 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gegeven dat de Vlamingen nog steeds de grootste betaler zijn van de sociale zekerheid" (55027118C)

12 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les Flamands toujours contributeurs principaux de la sécurité sociale" (55027118C)

12.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (VNZ) onderzoekt jaarlijks de uitgaven- en inkomstenverschillen tussen Vlaanderen en Wallonië op basis van de gegevens van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen. Uit de recentste gegevens blijkt dat de Vlaming in België nog steeds de grootste betaler is van de sociale zekerheid. Het verschil in socialezekerheidsbijdragen tussen Noord en Zuid bedraagt 1.728 euro. Een Vlaming betaalt met andere woorden gemiddeld 23,6 % meer bijdragen dan een Franstalige landgenoot.

Ook aan de consumptiezijde zijn de verschillen significant. Het verschil tussen de gemiddelde ziektekosten voor een Vlaming – 2.378 euro – en een Waal – 2.472 euro – bedraagt nog altijd 94 euro. In Wallonië werd in 2021 per hoofd 3,9 % meer uitgegeven aan gezondheidszorg.

Wat de verhoogde tegemoetkoming betreft, tonen de cijfers dat in Brussel bijna een op de drie een voorkeurregeling of verhoogde tegemoetkoming nodig heeft. In Wallonië heeft 21 % van de bevolking recht op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Dat is 37 % meer dan in Vlaanderen, waar 15,3 % daarop recht heeft.

Tot slot, het verschil in aantal uitkeringsdagen tussen Vlaanderen en Wallonië bedroeg 10 jaar geleden 4 dagen. Dat is intussen opgelopen tot 5,5 dag, een stijging met bijna 20 %.

Bent u op de hoogte van deze desastreuze cijfers?

Wat zult u ondernemen om dat verschil weg te werken en de hardwerkende Vlaming niet verder uit te melken?

Zult u bij de ministers bevoegd voor Institutionele Hervormingen aandringen op een volledige communautarisering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, de analyses over regionale verschillen in de uitgaven voor de gezondheidszorg die worden gepubliceerd door het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds betreffen enkel gegevens van de leden van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen. Die vertegenwoordigen minder dan 5 % van de verzekerden. Het RIZIV heeft er al herhaaldelijk op gewezen dat het profiel van de verzekerden niet als representatief kan worden beschouwd voor de Belgische bevolking. De afwijkingen op demografisch vlak, in de sociaal-economische structuur en de geografische spreiding zijn te groot. Wij mogen de cijfers dus niet veralgemenen en mogen dus niet besluiten dat de Waal gemiddeld 3,9 % meer uitgeeft dan de Vlaming.

In 2011 heeft het RIZIV de cijfers van het VNZ dieper geanalyseerd. Die analyse wees uit dat het verschil in de gemiddelde uitgaven per verzekerde tussen Vlaanderen en Wallonië in 2011 slechts 15 % bedroeg van het verschil dat werd becijferd door het VNZ; dat is minder dan een zesde. Voor de details van de berekening kan ik u verwijzen naar de analyse die is medegegeeld naar aanleiding van de parlementaire vraag nr. 509 van mevrouw Rita De Bont, gesteld in 2012, en vraag nr. 518 van mevrouw Reinilde Van Moer, gesteld op 4 mei 2015.

Het RIZIV kon binnen de termijn voor een antwoord op een mondelinge vraag deze analyse niet maken voor het jaar 2021. Ik kan u wel zeggen dat het verschil tussen Wallonië en Vlaanderen in 2019 1,4 % bedroeg. Dat verschil bleef stabiel tussen 2015 en 2019. Als u wil, kan ik u een tabel meegeven.

Het VNZ zag in 2017 dan weer een verschil van 4,66 % tussen Vlaanderen en Wallonië. Maar het lijkt mij toch heel duidelijk dat die populatie zeer weinig representatief was.

Wat de verhoogde tegemoetkoming betreft, geeft het VNZ het cijfer van de hele populatie, en de percentages die u aanhaalde, zijn correct. Ondanks het grote aantal mensen dat recht heeft op het

verhoogde tarief, wat wijst op hun kwetsbaarheid, staat Brussel helemaal onderaan wat de gezondheidsuitgaven betreft. Het is niet omdat veel mensen een verhoogde tegemoetkoming krijgen, dat die personen, of die regio's, een verhoogde uitgave laten optekenen. Natuurlijk hebben kwetsbare mensen vaker een slechte gezondheid, maar dat is een ander debat dan wat u hier vandaag aankaart.

Wat uw tweede en derde vraag betreft, ook hier zijn de cijfers waarnaar u verwees afkomstig van een persartikel van het VNZ dat slechts een partieel beeld geeft van de algemene tendensen. Het is mogelijk de cijfers op te splitsen: het globale aantal uitkeringsdagen per periode en de arbeidsongeschiktheid volgens risico en gewest. Ik kan u die cijfers geven, als u dat wenst, maar daaruit blijkt alvast dat in 2020 in het Waals Gewest een gerechtigde tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid – dus het eerste jaar – gemiddeld 70,12 dagen per periode arbeidsongeschikt was, terwijl in Vlaanderen dit aantal 63,52 dagen bedroeg. Dat geeft een verschil van 6,6 dagen per periode.

Er zijn ongetwijfeld een aantal objectieve factoren waarmee dit verklaard kan worden. Het aandeel arbeiders ligt bijvoorbeeld relatief hoog in de regio's in kwestie; dat zijn de regio's met een industrieel verleden zoals Henegouwen en Luik. Sociaal-economische verschillen die een invloed hebben op de gezondheid van mensen zijn een minder eenvoudig te objectiveren factor die een invloed kan uitoefenen op de duur van de arbeidsongeschiktheid, de genoten opleiding, het inkomen en de activiteit op de arbeidsmarkt. Hoewel dit eigenlijk een ander debat is, kan ik zeggen dat het grote aantal erkende arbeidsongeschikten een zeer belangrijk aandachtspunt in ons beleid moet zijn. Ik verwijs naar de terug-naar-werkcoördinatoren en de terug-naar-werktrajecten. Indien u dat wilt, kan ik twee tabellen bezorgen voor het verslag.

12.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, die tabellen lijken me inderdaad interessant.

Het verwondert me dat u zich denigrerend uitlaat over die studie. 5 % is inderdaad niet veel, maar het is toch wel een deel van de bevolking. Ik kan me niet inbeelden dat de leden van de neutrale ziekenfondsen zo erg zouden verschillen van die van de Socialistische Mutualiteit of eender welke andere mutualiteit. Ik denk dat dit toch het gemiddelde van de samenleving weerspiegelt.

U minimaliseert die geldstromen. Het is al sinds jaar en dag geweten dat de geldstromen in de sociale zekerheid en de gezondheidszorg een eenrichtingsverkeer zijn van Noord naar Zuid. Of ze groot of zeer groot zijn, dat laat me koud, maar ze zijn er wel degelijk. Dat toont nog maar eens aan dat niet alle Belgen evenwaardig zijn, aangezien de ene Belg meer moet betalen dan de andere.

De discussie over de artsenquota is nog maar net achter de rug. Een collega zei toen dat we een communautair spelletje speelden. Dat is ook zo, want alles in dit land is een communautaire aangelegenheid. Het doet, me dunkt, weinig af aan de ernst van de zaak. Ik doe nogmaals een oproep om naar die homogene bevoegdheidspakketten toe te werken en een beroep te doen op uw collega's bevoegd voor Institutionele Hervormingen. In de periode van invaliditeit zijn het aantal dagen per periode respectievelijk 275,94 in het Waals Gewest en 271,53 dagen in het Vlaams Gewest. Dat is een verschil van 4,41 dagen.

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

13 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Strategic Scientific Committee" (55027124C)**

13 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Strategic Scientific Committee" (55027124C)**

13.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, nog niet zo lang geleden zou er zijn beslist een Strategic Scientific Committee (SSC) op te richten dat deel zal uitmaken van de RMG, overigens samen met de RAG. De leden van de GEMS zouden zijn gevraagd om hiervan deel uit te maken.

Klopt het dat dit nieuwe comité bestaat uit dezelfde leden als de GEMS? Zullen ook andere leden worden gevraagd om deel te nemen? Hoe gebeurt de selectie van de leden? Wat is de taak van het SSC? Tot wanneer zal het actief zijn? Vormt het SSC een specifiek onderdeel van het nieuwe pandemieplan? Wanneer kunnen we het nieuwe pandemieplan verwachten?

Werden de taken van het Coronacommissariaat intussen volledig overgeheveld naar de FOD Volksgezondheid? Wie is er binnen de FOD verantwoordelijk voor de opvolging van pandemieën? Welke andere gezondheidsrisico's bestaan er volgens u nog? Op welke manier wordt er gewerkt aan een meer algemene *preparedness*?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de wetenschappelijke adviesgroep zal inderdaad de samenstelling en het voorzitterschap van de GEMS behouden. Dat zal zorgen voor continuïteit van de wetenschappelijke beleidsadviezen en de taken van de RMG in zijn nieuwe rol ook meteen versterken.

Ik meen dat de samenstelling van de GEMS als evenwichtig is ervaren en we willen dat ook zo houden. Deze adviesgroep zal inderdaad binnen de RMG en in verdere nauwe samenwerking met de RAG wetenschappelijk advies verstrekken over de pandemische beheersstrategie, dit als deel van de nazorg van de huidige covidgezondheids crisis en ter voorbereiding van een volgende pandemie.

Het pandemieplan is een operationeel interfederaal plan om een epidemie of een pandemie te bestrijden, ontworpen als een roadmap voor concrete acties zoals vaccinaties, de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen en zorgplanning, in geval van een epidemie in België. Het pandemieplan werd opgesteld in 2006, trad in werking in 2009 en werd sindsdien niet meer geactualiseerd. De FOD Volksgezondheid zal het pandemieplan in de toekomst actualiseren en koppelen aan het *generic preparedness plan*.

De taken van het Coronacommissariaat werden ingekanteld in de bevoegde administraties, waaronder de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Binnen de FOD Volksgezondheid is de dienst Crisisbeheer verantwoordelijk voor het opvolgen van pandemieën. De huidige coronapandemie wordt opgevolgd door het COVID-19 focal point. De dienst Crisisbeheer is voorbereid op een brede waaier aan gezondheids crisissen, waaronder hitte- en ozongerelateerde problemen en CBRNe-dreigingen.

Op het vlak van *preparedness* zal de IKW Health Emergencies Preparedness binnenkort van start gaan en zal de komende maanden een verdere analyse worden gemaakt van hoe de epidemische intelligentie in het kader van toekomstige *pandemic preparedness* kan worden versterkt.

13.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. U geeft aan dat het om dezelfde samenstelling zal gaan als de GEMS. Het is echter belangrijk dat er ook met voldoende afstand kan worden gekeken naar de pandemie en hoe die werd aangepakt. Een scherpe analyse lijkt mij echt wel essentieel als men daaruit lessen wil trekken en verbeteringen wil voor de toekomst. Er mogen dan geen blinde vlekken zijn. Zij die altijd sterk betrokken waren bij de beheersing van de pandemie en die zich tot het uiterste hebben ingespannen, zijn naar mijn mening niet de meest aangewezen personen om een scherpe analyse te maken en objectief te bekijken wat er is gebeurd. Ik geloof echt wel dat verschillende experts hier emotioneel bij betrokken waren en dat zij de hele verantwoordelijkheid sterk hebben gevoeld.

Ik wil wijzen op het potentiële gevaar en op de mogelijke kansen die we laten liggen als we daaruit nu niet alle lessen trekken die eruit te trekken zijn. Het is ook een kwestie van respect ten opzichte van de bevolking. Waarom geen breed wetenschappelijk congres organiseren waar alle actoren worden gehoord en er een breed debat kan worden georganiseerd tussen experts die nauw betrokken waren bij de beheersing van de crisis en andere experts? Dit zou dan betrekking moeten hebben op vele vlakken van de maatschappij, niet enkel op de gezondheidszorg. Dat moet voor mij echt het uitgangspunt zijn. We moeten niet altijd met dezelfde mensen willen samenwerken. Niet dat zij ter zake geen experts zijn, maar juist door hun betrokkenheid tijdens de pandemie lijken zij mij niet altijd de meest aangewezen personen om met een heldere blik te bekijken wat er is gebeurd.

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

14 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Covid: aangepaste begeleiding en opvolging van diabetespatiënten" (55027157C)**

14 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accompagnement et le suivi adapté des patients diabétiques dans le contexte du Covid" (55027157C)**

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, collega's stelden daarnet al vragen over de correlatie tussen een gezonde levensstijl, optimale gezondheid, onderliggende aandoeningen en covid. Een recent onderzoek wijst uit dat patiënten met diabetes mellitus na de toediening van covidmedicijnen en ook na vaccins een verhoogde kans op nierbeschadiging oplopen. Bijgevolg werd er gepleit voor een aangepaste begeleiding en opvolging van diabetespatiënten die hersteld zijn van covid, want voor die patiënten zijn er aangepaste protocollen nodig.

Mijnheer de minister, welk belang hecht u aan de besluiten van dat onderzoek?

Zijn er ook in ons land onderzoeken uitgevoerd die uitwijzen dat er sprake is van een incidentie B, zoals in het onderzoek wordt gezegd? Welke conclusies zijn er in ons land getrokken?

Overweegt u op basis van de resultaten van die onderzoeken een aangepast protocol van toepassing te maken of wordt er in extra opvolging voorzien voor diabetespatiënten die hersteld zijn van covid?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, een element in uw vraag verraste mij een beetje, namelijk dat patiënten met diabetes mellitus na toediening van een vaccin een verhoogde kans op nierbeschadiging oplopen. Dat is niet juist, denk ik, daarvoor hebben we geen enkele wetenschappelijke evidentie.

Wel zijn er problemen met remdesivir. Het verhoogde risico op acute nierschade met remdesivir is bekend en dat wordt ook bevestigd in een nieuwe publicatie, *Acute kidney injury and drugs prescribed for COVID-19 in diabetes patients*, een publicatie van 2022. Vanwege dat verhoogd risico waarschuwen het BCFI en de Sciensanorichtlijn voor het gebruik van remdesivir in geval van ernstige nierinsufficiëntie.

Dezelfde publicatie bevestigt dat het risico van acute nierschade ook verhoogd is bij COVID-19-patiënten met diabetes. Uit die studie is het onduidelijk of het risico dan hoger is dan bij alle COVID-19-patiënten die remdesivir krijgen.

Voor tocilizumab erkennen de auteurs dat een verhoogd risico op nierschade eerst verder moet worden bevestigd bij covidpatiënten met diabetes. Zoals vermeld door de auteurs, is het optreden van nierschade bij covidpatiënten met diabetes multifactorieel, wat het wel moeilijker maakt een specifiek geneesmiddel als oorzaak aan te duiden.

In antwoord op uw tweede vraag kan ik meegeven dat, voor zover wij weten, er geen dergelijke gegevens zijn gerapporteerd voor België. Door die publicatie zal er zeker meer aandacht gaan naar eventuele nierschade bij diabetespatiënten die worden behandeld met remdesivir of tocilizumab.

In antwoord op uw derde vraag moet ik aangeven dat er in de nieuwe publicatie geen nieuwe elementen zijn om de Sciensanorichtlijn, die al waarschuwt voor nierproblemen met remdesivir, substantieel te wijzigen.

Ten slotte, ik zou nog willen opmerken dat aan patiënten met nierschade de beste medische zorg wordt verleend, ongeacht het gezondheidsprobleem en ongeacht de ontvangen behandeling.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de verwarring is er uiteraard doordat patiënten die gevaccineerd zijn, diabetes hebben en COVID-19 hebben gehad, ook nierschade kunnen vertonen. Of zij nu gevaccineerd zijn of niet, maakt niet uit. U wijst op die verwarring.

Het is alleszins een bezorgdheid die moet worden meegenomen. Het stelt mij dan ook gerust dat de betrokken patiënten van nabij zullen worden opgevolgd.

Het moet ook duidelijk worden gecommuniceerd naar alle artsen, huisartsen en specialisten dat patiënten met diabetes die COVID-19 hebben doorgemaakt, ongeacht of zij nu behandeld zijn met remdesivir of met tocilizumab, sowieso moeten worden opgevolgd. Ik hoef u niet uit te leggen dat nierschade heel ernstig is. Wij moeten dat dus zeker opvolgen.

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

15 **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneppe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vernietiging van covidmateriaal" (55027127C)
- **Catherine Fonck** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vernietiging van medisch materiaal en geneesmiddelen na de vervaldatum" (55027199C)
- **Patrick Prévot** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vernietiging van materiaal, beschermings- en geneesmiddelen tegen COVID-19" (55027229C)

15 **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneppe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La destruction de matériel covid" (55027127C)
- **Catherine Fonck** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La destruction de matériel médical et de médicaments périmés" (55027199C)
- **Patrick Prévot** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La destruction de matériel, de protections et de médicaments pour faire face à la crise covid" (55027229C)

15.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, Belga berichtte op 21 april 2022 dat de overheid voor 98,5 miljoen euro aan coronamateriaal heeft moeten vernietigen omdat de vervaldag bereikt was of de kwaliteit niet meer voldeed. Het gaat vooral om mondkmaskers, serologische tests, PCR-tests en labobuisjes. Daarnaast vraagt Defensie om de omstreden Avroxmaskers te vernietigen.

Maakt dit materiaal deel uit van de strategische stock? Zal dit materiaal vervangen worden? Hoe zal u voorkomen dat dit niet nog eens gebeurt?

Kunt u meer uitleg geven waarom dit materiaal niet gebruikt werd vooraleer de houdbaarheidsdatum overschreden was?

Werd het materiaal waarvan de kwaliteit niet meer voldoet in die toestand gekocht of is de kwaliteit verminderd door de opslag? Wat is dus de reden van de vermindering van kwaliteit?

Het vernietigen kost 1,3 miljoen euro, maar wat is de waarde van de te vernietigen materialen?

15.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, vous avez pris la décision de détruire du matériel de testing, des médicaments, des dispositifs médicaux, des équipements de protection individuelle, représentant un montant total de plus de 98 millions d'euros.*

Quelle est la liste précise des produits et médicaments concernés, la quantité de chacun d'entre eux, le lieu de stockage, et le pourquoi de la non utilisation à temps et à heure ?

Ce n'est pas la première fois. Mais à chaque fois, les autorités annoncent des propositions pour gérer de manière rigoureuse, intelligente et stratégique les stocks. Un stock « dynamique » a déjà été annoncé à plusieurs reprises. Comment le justifiez-vous ? Où en est la mise en place de ce stock « dynamique » ?

De **voorzitter**: Vraag nr. 55027226C van collega Prévot komt te vervallen, hij is niet aanwezig.

15.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, ik ga beginnen met de vragen van mevrouw Sneppe en daarna de vragen van mevrouw Fonck, in de mate dat ik die dan nog niet zou behandeld hebben.

Mijn antwoorden gaan over de strategische voorraad van persoonlijke beschermingsmiddelen, medische hulpmiddelen, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek. Met betrekking tot de vragen over de mondkmaskers aangekocht door Defensie verwijs ik naar de minister van Defensie.

Het materiaal dat vernietigd wordt vanwege de slechte kwaliteit, wordt niet meegeteld als onderdeel van de strategische stock in wat wij daarover communiceren. Materiaal dat vernietigd wordt nadat de uiterste vervaldatum bereikt is, maakt tot op de dag van verval wel deel uit van de strategische stock in onze statistieken.

De inhoud van de strategische stock wordt geëvalueerd, zowel naar type, materiaal als hoeveelheid, om beter afgestemd te zijn op de noden. Voor sommige materialen betekent dit het aanhouden van een lagere voorraad dan tot nog toe het geval was, waardoor niet alle materialen opnieuw moeten gekocht worden.

Waar nodig wordt het materiaal uit de strategische voorraad opnieuw aangevuld, zodat er een voldoende grote voorraad is in geval van schaarste.

Wij werken aan een roterende stock, in samenwerking met de ziekenhuizen, om het risico van verval in de toekomst te minimaliseren. Daarnaast is de markt ook geëvolueerd. De houdbaarheid van chirurgische mondkmaskers kan opgetrokken worden van 2 naar 4 of zelfs 5 jaar. Zo wordt de voorraad zowel financieel als inzake duurzaamheid efficiënter.

Met betrekking tot medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek is er geen vervanging gepland voor serologische tests en monsternemingskits, bijvoorbeeld swabs met buisjes. Wat verbruiksgoederen en reagentia van PCR-tests betreft, zullen nieuwe hoeveelheden alleen aangekocht worden indien er vraag naar is en er niet voldoende voorraad overblijft.

Dan kom ik aan de derde vraag van mevrouw Sneppe en de eerste vraag van mevrouw Fonck. Ik ga hierop redelijk in detail antwoorden. Het materiaal dat niet verbruikt werd, kan opgedeeld worden in volgende categorieën.

Ik zal eerst iets zeggen over de FFP2-maskers, de KN95-maskers, de chirurgische mondkmaskers en isolatiejassen. Het gaat dus over goederen van goede kwaliteit die niet tijdig verbruikt konden worden. Er werden sinds eind 2020 acties ondernomen om deze goederen tijdig te kunnen verdelen naar onder andere ziekenhuizen, testcentra, ngo's, federale overheidsdiensten en het Rode Kruis. Ze konden ook voor internationale donaties gebruikt worden. De voorraad is echter zo groot dat de bestaande vraag vanuit de genoemde organisaties niet voldoende omvangrijk is om het volledige aantal te kunnen verbruiken.

Dan zijn er ook de afgekeurde goederen: chirurgische maskers en FFP2-maskers die na controle in een laboratorium van slechte kwaliteit bleken te zijn en die als testresultaat 'ATP NOT OK' of 'ATP TAPE ALL' kregen. Deze maskers mogen wettelijk niet verdeeld worden.

Er zijn ook nog tweederangsgoederen: FFP2-maskers die na controle als testresultaat 'ATP TAPE NOSE' kregen en bijgevolg slechts verdeeld kunnen worden indien er geen volledig goedgekeurde maskers zijn. Deze situatie doet zich nu niet voor, waardoor deze maskers niet verbruikt kunnen worden voor de vervaldatum.

Ten slotte is er ook nog een vierde subgroep: goederen waarover klachten ontstaan, zoals isolatiejassen waarbij van verschillende ziekenhuizen klachten ontvangen werden over de slechte kwaliteit ervan. Deze worden dus niet meer verdeeld.

Dat zijn de vier categorieën met betrekking tot de FFP2-, KN95-, chirurgische mondkmaskers en de isolatiejassen.

Ten tweede zijn er ook nog de medicamenten.

Les médicaments périmés ont été achetés lors de la première vague de la crise du covid-19, au deuxième trimestre 2020. Ils n'avaient qu'une durée de conservation limitée. La possibilité d'évaluer les données de stabilité pour envisager de prolonger la durée de validité du stock a été posée à l'AFMPS qui est d'avis que cela n'est pas approprié et que, sur la base de la législation, cela ne serait en principe possible que dans des cas spécifiques.

U had ook vragen over de medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek. Zodra het nationale testplatform was opgericht met de zekerheid dat de PCR-tests zouden worden gegarandeerd, verloren de serologische tests, die door het FAGG bij het begin van de COVID-19-crisis waren gekocht om tegemoet te komen aan de stijgende vraag naar tests, op dat moment vanuit wetenschappelijk oogpunt veel van hun relevantie. PCR-tests maken het mogelijk om potentieel besmette personen veel vroeger te diagnosticeren. Serologische tests bevestigen pas later dat de patiënt aan het virus is blootgesteld. Dat is de reden waarom slechts een deel van de voorraad is verbruikt en het andere deel nu jammer genoeg is vervallen.

De oprichting van het federale testplatform in het derde kwartaal van 2020 had tot gevolg dat de bemonsteringskits, bijvoorbeeld de buisjes met swabs, die aangekocht zijn bij het begin van de COVID-19-crisis, slechts gedurende een zeer korte periode zijn gebruikt, precies tot het begin van het vierde kwartaal van 2020. Dat is de reden waarom slechts een deel van de voorraad is verbruikt en het andere deel is

vervallen.

De meeste bemonsteringskits die aanvankelijk werden gekocht, werden in Azië geproduceerd en aangekocht. Ze werden vervangen door de in Europa geproduceerde buisjes, met het oog op een betere kwaliteit en kortere leveringstermijnen, waardoor de snelheid en doeltreffendheid van de PCR-tests werd verbeterd. Een lager verbruik van het materiaal van het federale testplatform dan verwacht, verklaart waarom een deel van de voorraad nu is vervallen.

Tot daar een aantal elementen van antwoord op de vraag over de toestand van het materiaal dat niet is verbruikt.

Het materiaal waarvan de kwaliteit niet volstaat, werd in deze toestand aangekocht. Het betreft goederen die in het tweede kwartaal van 2020 werden aangekocht, tijdens de eerste golf van de covidcrisis en op het hoogtepunt van de wereldwijde schaarste. Dan spreken we niet over een vermindering van de kwaliteit.

Bij de medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek werd er geen materiaal van slechte kwaliteit aangekocht. Alle IVD die vanaf het begin van de crisis werd aangekocht, was van de beste kwaliteit die beschikbaar was op het moment van de aankoop. Het is wel zo dat de algemene kwaliteit en efficiëntie van de IVD doorheen de tijd zijn toegenomen, aangezien geen van de leveranciers de pandemiecrisis had voorspeld.

Er werden nog geen goederen vernietigd. De overheidsopdracht voor de uitvoering van diensten wordt binnenkort gepubliceerd. De raming voor de vernietiging bedraagt 1,3 miljoen euro.

J'en viens aux questions de Mme Fonck. Concernant la plateforme, j'ai déjà répondu à l'occasion de la question de Mme Depoorter sur les antidotes. J'ai expliqué que la plat-forme se réunirait pour la première fois de façon formelle le 25 mai et qu'un agenda est établi. Je ne vais pas répéter ce que j'ai dit.

Deuxièmement, un stock tournant de matériel de protection personnelle est en cours d'élaboration en coopération avec les hôpitaux afin de minimiser les risques de dégradation à l'avenir. Différentes options sont possibles pour les médicaments dont la date de péremption approche. Soit l'AFMPS évalue la possibilité de prolonger la durée de validité, si des données de stabilité sont disponibles, dans le cas où c'est opportun. Soit les hôpitaux sont informés des médicaments du stock stratégique dont la date de péremption approche (dans les six mois), afin que les hôpitaux puissent dans ce stock, dans la mesure où ils en ont besoin. Soit le SPF donne la priorité à des médicaments pour les dons internationaux, en réponse aux demandes d'assistance soumises via l'*Union Civil Protection Mechanism* (UCPM).

Pour le matériel de protection personnelle, la gestion du stock dans les années à venir est encore à l'étude et fera l'objet d'une concertation avec les hôpitaux. Il faut cependant impérativement tenir compte de certaines contraintes légales empêchant que la fourniture du stock stratégique perturbe le marché. Par ailleurs, de nouvelles dispositions légales peuvent être envisagées pour consolider la création et la gestion du stock stratégique et pour permettre, voire forcer, l'utilisation par le circuit, afin de limiter un maximum de péremptions.

15.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw omstandige antwoord. Als wij berichten lezen over de vernietiging van de stock, gaat er een alarmbel af. Daarom zijn die vragen natuurlijk ingediend.

Het kan gebeuren dat er materiaal over is dat niet werd gebruikt, maar het gaat hier over een heleboel materiaal. Tijdens de crisis werd getracht niet te veel serologische testen te gebruiken, terwijl nu blijkt dat er nogal wat van over zijn omdat ze niet gebruikt werden. Dat is zeer raar om te horen. Er is een roterende stock van de ziekenhuizen, maar daarnaast ook een statische strategische stock, waaruit voornamelijk de vernietiging komt.

Ik zal uw antwoord nog eens nalezen en bekijken of ik nog bijkomende vragen heb.

15.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il faut vraiment faire la distinction. D'une part, il y a les équipements, dispositifs, tests sérologiques, etc. qui n'étaient pas de bonne qualité et qui ont maintenant été détruits. Certes, cela repose la question de la

manière avec laquelle les commandes ont été gérées. Toutefois, c'est compréhensible lorsque les commandes dataient du moment où le marché était sous tension extrême avec des ruptures de disponibilité un peu partout. Le contexte était très difficile à ce moment-là mais cette justification ne vaudra pas pour l'avenir.

D'autre part, il y a le matériel, les dispositifs et autres qui n'ont pas été utilisés en temps utile. C'est totalement inacceptable, d'autant plus que ce n'est pas comme si on découvrait la situation aujourd'hui. Le passé a montré qu'il fallait retenir un certain nombre de leçons, notamment dans une gestion intelligente, correcte et performante avec ce fameux stock dynamique. Voici trois ans que ceci a été annoncé. On en parlait déjà sous le gouvernement précédent. Je prends bonne note que la première réunion aura lieu le 25 mai 2022. Trois ans, cela fait beaucoup! La question se pose de savoir si on a suffisamment tenu compte des erreurs importantes du passé. Ne devrait-on pas donner un sacré coup d'accélérateur pour ce qui concerne ce stock dynamique?

Par ailleurs, je suis un peu étonnée de vous entendre parler de médicaments commandés pendant la première période de crise, ayant une durée de conservation limitée, et qui ont dû être détruits suite à une information de l'AFMPS. Je me demande de quels médicaments vous parlez. Pourriez-vous me le préciser?

Voorzitter: Thierry Warmoes.

Président: Thierry Warmoes.

15.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je ne peux pas vous répondre.

15.07 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Puis-je vous demander de bien vouloir vous renseigner auprès de votre cabinet car je voudrais vraiment savoir de quels médicaments il s'agit?

15.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je ne dispose pas de l'information.

15.09 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Pas de problème. Je vous propose de me faire parvenir la réponse afin de ne pas devoir déposer une nouvelle question sur le sujet.

15.10 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je vais me renseigner.

15.11 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Je vous remercie, monsieur le ministre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van omikron XE" (55027159C)**

16 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation du variant omikron XE" (55027159C)**

16.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): *Eén van de lessen die uit de COVID-pandemie kan worden getrokken is dat de verdere ontwikkeling van het virus moeilijk te voorspellen viel. Ondertussen zijn er verschillende varianten van het virus wereldwijd opgedoken en lopen de verschillende symptomen en mortaliteitsratio's voor elk van hen aanzienlijk uit elkaar. Op dit moment is de Omikron de heersende variant. De meest recente mutatie/recombinant hiervan is bekend als Omikron XE – deze werd in het VK, Spanje en Japan aangetroffen. XE is niet te beschouwen als een virus dat een paar kleine mutaties heeft ondergaan maar het heeft daarentegen genetische codes van verschillende varianten meegenomen. Daarom kan het als een nieuwe vorm van SARS-CoV-2 (recombinant) beschouwd worden. In Duitsland had minister Karl Lauterbach dit virus omschreven als een mogelijke "killer".*

Mijn vragen voor de minister:

Is er reden tot ongerustheid in ons land aangaande Omikron XE?

Zijn er gevallen bekend in ons land? Zo ja over welke aantallen en met welk reproductiecijfer (indicatief)

Welke symptomen veroorzaakt Omikron XE (prevalentie)? Is er een duidelijk patroon te onderscheiden?

Hoe reageert de minister op de uitspraken van zijn Duitse collega?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, de absolute aantallen van omikron XE zijn nog altijd heel beperkt in ons land. De eerste gevallen dateerden inderdaad van de week van 28 februari. Tot heden blijft het aantal beperkt tot 29. In de jongste maand werden nooit meer dan drie gevallen per week gerapporteerd. Dat lijkt zelfs op een afnemende trend te wijzen ten opzichte van eind maart, want toen waren het er vijf of zes per week.

Men mag blijkbaar concluderen dat omikron XE geen enorm groeivoordeel lijkt te hebben ten opzichte van de huidige dominante omikron BA.2 of de varianten die wij ondertussen zien.

U vroeg of er gevallen bekend zijn. Ja, er zijn 29 gevallen gerapporteerd. Zij werden gedetecteerd via *whole genome sequencing*. Het eerste staal werd op 4 maart afgenomen. Ik kan u de tabel per week geven. U ziet de aantallen eerst een beetje stijgen en dan weer afnemen. U mag die tabel hebben, maar ik zal ze niet voorlezen.

U vroeg ook naar de symptomen. Tot nu toe zijn er geen specifieke symptomen te linken aan omikron XE. Wij zien gelijkaardige symptomen als bij de bekende SARS-CoV-2-infecties.

U vroeg wat mijn reactie is op de uitspraken van mijn Duitse collega. Wel, elke mutatie kan de eigenschappen van dit vervelende virus veranderen en wij moeten dus zeker alert blijven, maar er zijn op dit moment geen concrete aanwijzingen voor een veranderde klinische impact bij omikron XE.

16.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Ik meen dat alertheid inderdaad de boodschap is. Goed monitoren, de data bijhouden en dan kunnen wij hopelijk volgende varianten de baas.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

17 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beleidsaanbevelingen voor het wegwerken van de zorgachterstand" (55027162C)**

17 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les recommandations stratégiques en vue de résorber le retard des soins" (55027162C)**

17.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, zowel de zorgverstrekkers als de patiënten en de patiëntenverenigingen zijn bekommerd om de zorgachterstand. Nu heeft de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) een advies geformuleerd om de achterstand door uitgestelde zorg snel en gestructureerd weg te werken. Vandaag moeten ziekenhuizen nog altijd bedden sluiten wegens een gebrek aan personeel. Zo roept de Vlaamse Raad WVG op in te zetten op grondig interfederaal overleg en geeft hij tien aanbevelingen voor de korte termijn.

Welk belang hecht u aan die tien beleidsaanbevelingen?

Ziet u een mogelijkheid om ze ook toe te passen op korte termijn?

Hoe zult u de zorgachterstand aanpakken? In welke mate komt uw aanpak overeen met de geformuleerde aanbevelingen? Wat zijn de concrete plannen? Wat is de tijdlijn die u daarbij wil hanteren?

Hoe wilt u de plannen die u eventueel hebt, bijsturen en evalueren?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is absoluut interessant, maar is vrij uitdrukkelijk gericht op de Vlaamse overheid.

Het advies is inspirerend. Ik zal u in vijf krachtlijnen meegeven wat voor mij de uitdagingen zijn op het vlak van de zorgachterstand. Wat ik daarover zeg, spoort wel met de filosofie die de Vlaamse Raad WVG aanhangt.

Mevrouw Depoorter, wat zijn de vijf pijlers? Ik redeneer op korte en wat langere termijn. Het gaat om punten die niet onmiddellijk te realiseren zijn of die niet noodzakelijk een onmiddellijk effect hebben, maar die niettemin belangrijk zijn om nu te worden geactiveerd.

De eerste pijler is de realtime opvolging van gezondheidsgegevens. Het is evident dat wij een actueel, gedetailleerd overzicht nodig hebben van de opgebouwde zorgachterstand. Naast de beleidsrapporten van Sciensano, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en de Stichting Kankerregister maakt de eenheid Audit Ziekenhuizen regelmatig ramingen over de opgelopen zorgachterstand in de ziekenhuizen door de COVID-19-crisis. Dat gebeurt eigenlijk sinds het begin van de pandemie.

Met zorgachterstand wordt het aantal medische verstrekkingen bedoeld dat niet werd uitgevoerd in vergelijking met de jaren vóór COVID-19. Niet alle weggevallen verstrekkingen moeten per se worden ingehaald. Dat punt moet ik misschien toch even onderstrepen. Er is evident een daling in verstrekkingen voor botbreuken, die minder voorkwamen wegens een verminderde mobiliteit tijdens de coronacrisis, maar die moeten niet worden ingehaald, temeer omdat het zeer acute events betreft. Men kan eigenlijk zeggen dat een deel van de verstrekkingen, die misschien te vaak gebeuren in België – waar er in het verleden eigenlijk een fenomeen van overconsumptie was – niet per se moet worden ingehaald. Tot slot is er ook een oversterfte door COVID-19, waardoor helaas een deel van de zorg wegvalt. Anderzijds zijn er nieuwe zorgbehoeften, bijvoorbeeld de behandeling van long covid, de langere verzorgingsduur door het op zeer grote schaal werken met isolatieprocedures en mogelijke extra complicaties door langere wachttijden. Dat speelt natuurlijk ook mee.

Ik kan u, bij wijze van voorbeeld, verwijzen naar het rapport *De raming van de niet-uitgevoerde zorg in de ziekenhuizen tijdens de eerste, tweede en derde golf*. Dat vindt u op de website van de eenheid Audit Ziekenhuizen. Om artsen en beleidsmakers inzicht te geven in welke mate een inhaalbeweging nodig is, worden de achterstandscurves tot op het niveau van elke geanalyseerde verstrekking in het rapport weergegeven.

Daarnaast – ik heb het nog altijd over de gegevensverzameling – wordt ook de door COVID-19 ingenomen capaciteit van bedden voor intensieve zorg en andere acute bedden na elke golf geanalyseerd en teruggekoppeld naar het Hospital & Transport Surge Capacity Committee. Sinds de vierde golf worden daarbij ook gesloten bedden, dus bedden die eigenlijk niet beschikbaar zijn wegens personeelsuitval, opgenomen.

Ik zie vier actiepunten voor de toekomst, namelijk het realtime ontvangen van de specifieke bezettingsdata van de acute ziekenhuisbedden; het beschikken over realtime data van de operationele bedden, dus met een correctie voor afwezig personeel, alsook criteria om de bedden af te melden; het beschikken over uniforme criteria voor opname en ontslag in specifieke diensten, zoals intensieve zorg, rekening houdend met de APACHE-score van de patiënt, en een sterk versnelde beschikbaarheid van de ICD-10 en andere data. Dat is de eerste pijler en die betreft dus de data.

De tweede pijler is – nogal evident, maar tegelijk niet gemakkelijk – het aanpakken van de overbelasting van de verpleegkundigen. Dat betekent dat we het beroep voldoende aantrekkelijk moeten maken en ervoor moeten zorgen dat het personeel niet uitvalt. Dat heeft dus te maken met onder andere arbeidsvoorwaarden en remuneratie, thema's die leven in het publieke debat. Ik heb nog 100 miljoen euro beschikbaar voor de federale sectoren – dat zijn in essentie de ziekenhuizen – waarover nog net wat overleg loopt. Die 100 miljoen kan bijvoorbeeld ingezet worden voor een beperkte premie, voor maatregelen met betrekking tot onregelmatige prestaties en eventueel voor een kwalitatieve versterking van het personeelsbeleid. De sociale partners ronden de voorstellen daarover op het moment af. Ik hoop die eerdaags te hebben. Dan spreken we dus over arbeidsvoorwaarden en loon.

Daarnaast – dit wordt misschien ietwat onderschat – denk ik echter dat we toch ook technologie kunnen inzetten om het leven van de verpleegkundigen op het werk te verbeteren. Ik denk onder meer aan performantere elektronische patiëntendossiers, al wordt daar in feite al aan gewerkt met meer middelen uit het BFM; het veralgemenen van mobiele toestellen voor het uitvoeren van het zogenaamde *early warning score system*, waardoor men de verpleegkundige bewaking op de zaal intensiever kan maken, zonder extra tijdsinvestering; meer barcodescanning in plaats van manuele input; het veralgemenen van bijvoorbeeld mobiele *bladder scans*, zodat er geen tijd gaat naar een nodeloze sondering en zodat ook het risico op infectie bij de patiënt vermindert, en de versnelde invoering van SNOMED CT om automatisch het ICD te

coderen.

Dat gaat dus in feite allemaal over technologische ontwikkeling en digitalisering, maar ook over het ondersteunen, vergemakkelijken en verbeteren van het werk van het personeel.

We moeten ook aandacht hebben voor de zwaarst belaste diensten om die meer perspectief te bieden. We moeten uitzoeken hoe we door taakuitzuivering en door functiedifferentiatie op de meest belaste diensten kunnen ingrijpen.

Wat de artsen betreft, we moeten niet alleen nadenken over de organisatie van de financiering van de ziekenhuisnomenclatuur, de ondersteuning en dies meer – daarstraks hadden we het al over de huisartsen – , maar ook technologische ontwikkelingen kunnen hierbij helpen. Telegeneeskunde, teleconsultaties en teleoverleg om de verplaatsingstijd te verminderen, hebben reeds ingang gevonden en zijn nuttig om de achterstand in consultaties en opvolgconsultaties en de achterstand in multidisciplinair patiëntenoverleg sneller weg te werken. Teleadvis door specialisten ter bijstand van de huisarts, zodat ze zich niet allebei naar de patiënt moeten verplaatsen, kan ook zeer nuttig zijn. Dat moet ervoor zorgen dat oncologische diagnose en opvolging versneld kunnen worden. Telemonitoring in het kader van onderzoeken gebeurt in andere landen al lang thuis, ik denk dan bijvoorbeeld aan een polysomnografie, een 24-uurs-EEG of telemonitoring ter vervanging van observatieopnames, wat ook al gebeurt in het kader van COVID-19, of een observatie voor een dreigende vroeggeboorte. Al die technologische ontwikkelingen kunnen het leven van de arts verbeteren.

Dan is er de specifieke situatie van intensivisten, spoedartsen, pneumologen, gerieters, arts-assistenten. Daarvoor zijn er reeds acties. U zult mij niet horen zeggen dat we ons einddoel al bereikt hebben, maar ik wil erop wijzen dat we dankzij onder andere de inspanningen voor arts-assistenten in opleiding, de druk al enigszins kunnen beheersen. Voorts wil ik wijzen op de financiering van teleconsulten voor de systematische standaardopvolging van bijvoorbeeld hartfalen of longfalen door expert-verpleegkundigen om het aantal verpleegdagen te verminderen, om vermijdbare heropnames te doen dalen, alsook om onrechtstreeks de belasting van artsen te verminderen.

Ik denk dat we de aangeboden verstrekkingen goed moeten beheersen via strikte indicatie en prioriteitstelling. Dat is mijn vierde pijler. Wetenschappelijk onderbouwde prioriteitscriteria op nationaal niveau zijn aangewezen om hoofdartsen en diensthoofden bij te staan in het bewaken van een inhaalbeweging. Ik denk meer in het algemeen dat het RIZIV de gelegenheid te baat moet nemen om initiatieven tegen de overconsumptie te ontwikkelen. Daar gebeurt wel wat in het kader van de *appropriate care*, in het kader van doelmatigheid, in het kader van de uitvoering van het akkoord artsen-ziekenfondsen. Dat zijn rationalisaties in de nomenclatuur en daardoor ook rationalisaties in de praktijk. Meer in het algemeen is er natuurlijk de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het tegengaan van een nefaste spiraal van druk op artsen om altijd maar meer te presteren, ook qua technisch-diagnostische prestaties wegens de ziekenhuisbudgetten, dat moet allemaal in dat licht worden gezien, zoals ook de samenwerking tussen artsen en ziekenhuizen.

Als laatste pijler zie ik de goede informatie van de patiënten over wat ze kunnen verwachten en de snelheid waarmee ze dingen kunnen verwachten. Er is de webstek Gezondheid en wetenschap, die de overheid ondersteunt. Dat soort instrumenten moeten we actief promoten om mensen er bewust van te maken wat de gezondheidszorg voor hen doet, wat die voor hen kan doen, waarom niet alles tegelijk kan en wat een medische meerwaarde heeft. U hoort het, dat is misschien niet hetzelfde verhaal als het verhaal van de Vlaamse Raad, maar ik denk, eerlijk gezegd, dat er toch een klein beetje gemeenschappelijke inspiratie is.

U vroeg naar een tijds kader. Dat hangt echt af van de actiepunten. Ik heb niet zomaar gezegd dat ik dingen zou aangeven die al gebeuren, dingen die op korte termijn kunnen gebeuren en meer langetermijnverhalen. We hebben snel moeten schakelen. Ondertussen zijn er wel al evaluaties gebeurd. Het is niet gemakkelijk om vastgelegde tijds kaders aan te houden, omdat de context ook voortdurend verandert. Snel schakelen blijft in mijn ogen bijzonder belangrijk.

17.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het omstandige antwoord. Uiteraard kunt u de aanbevelingen van de Vlaamse Raad toepassen in uw federaal gegeven: behoeften, capaciteit, onderzoek, coördinatie, zorg en ondersteuning, continuïteit van de zorg, communiceren – u hebt het er zelf over gehad –, investeren, harmoniseren, capaciteit van de professionals, data, sensibiliseren – dat is een Vlaamse bevoegdheid – en innovatie.

Wat ik in dat omstandig antwoord mis, is het concrete verhaal. U bent heel veel van plan en verwijst naar een budget van 100 miljoen, maar u weet nog niet goed wat u ermee zult doen. U hebt het over de arbeidsvoorwaarden. Ik wil het toch heel even met u hebben over de flexibiliteit van de arbeidsvoorwaarden. Afgelopen week stond ook in de krant dat heel wat zorgprofessionals meer willen werken dan hun is toegestaan. Dat is iets voor Sociale Zaken, maar dat is ook uw bevoegdheid, en u kunt werk maken van meer flexibiliteit voor de zorgprofessionals, zodat zij effectief meer kunnen werken in de zorgsector, als ze dat zelf willen. Dat hebt u helemaal in de hand en dat kunt u van vandaag op morgen uitwerken.

Wat de artsen betreft, er wordt al jaren beloofd dat men de artsen beter zal ondersteunen en dat men de nomenclatuur onder handen zal nemen, maar dat is nog steeds niet gebeurd. Ik hoop dus dat u heel snel hiermee aan de slag zult gaan. U kondigt een investering van 100 miljoen aan, en dat is mooi, maar wat zult u ermee doen? Wie zult u daarmee ondersteunen? Zult u strooigeld geven, waarmee we een eenmalige premie bedoelen, of zult u echt structureel te werk gaan?

17.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is structureel geld. Dat komt jaar na jaar terug.

17.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat is dan echt wat men nodig heeft. U kunt daarvoor het onderzoek van professor Goossens rond de organisatie van de verpleegkundige zorg, waarnaar ik al eerder heb verwezen, meenemen.

Mijn fractie dringt al jaren aan op een klare communicatie met de patiënten over hetgeen ze kunnen verwachten, net zoals op de aanpak van overconsumptie, wat u nu komt te verkondigen.

Ik ben wel ontzettend bezorgd – u hebt het daar niet over gehad – over de kankerdiagnostiek. Ook dat is uitgestelde zorg. Het aantal tumoren dat in stadium 4 wordt ontdekt, is te hoog. Er is een achterstand en daarop moet u op heel korte termijn inzetten. Dat kankers niet op tijd werden behandeld, zal immers zorgen voor oversterfte en zal ons jonge levens kosten.

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

18 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe doelwitten van immunotherapie in de bestrijding van colonkanker" (55027164C)**

18 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouveaux objectifs de l'immunothérapie dans la lutte contre le cancer du colon" (55027164C)**

18.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): *Onderzoekers van de Boston University School of Public Health hadden gingen na of aryl-koolwaterstofreceptor (AhR) een centrale speler is in de regulatie van meerdere immuuncontrolepunten bij oraal plaveiselcelcarcinoom (OSCC). Het verwijderen van de (AhR) uit kwaadaardige cellen droeg bij aan een gebrek aan tumorgroei bij muizen. Deze resultaten hebben belangrijke gevolgen voor het begrijpen van de biologie van immunosuppressie bij kanker en voor het inzetten van de AhR voor immunotherapie bij kanker zoals colonkanker. Ze voerden experimenten uit met muizen die ongewijzigde orale kankercellen hadden of transplantatie van cellen zonder AhR. De tweede groep muizen vertoonde geen tumorgroei binnen zestig dagen terwijl dit wel het geval was bij de muizen met ongewijzigde tumorcellen, schreven deze onderzoekers in Proceedings of the National Academy of Sciences. Ook suggereren deze vorsers dat AhR een veelbelovend nieuw doelwit zou kunnen zijn voor immuuntherapie bij kanker, waardoor de resultaten voor patiënten met oraal plaveiselcelcarcinoom en andere kankers zoals colonkanker – een van de meest voorkomende vormen - mogelijk verbeteren.*

Mijn vragen voor de minister: wordt er onderzoek uitgevoerd naar AhR en de mogelijkheid om dit te gebruiken om kanker te bestrijden? Hoe wordt onderzoek naar immunotherapie momenteel ondersteund?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De aryl-koolwaterstofreceptor is een van de vele therapeutische doelwitten die worden onderzocht in kankeronderzoek dat zich de laatste jaren snel ontwikkelt. Bij verschillende soorten kanker zijn functies van deze transcriptiefactor beschreven die tumorontwikkeling bevorderen of remmen. Er lopen voorlopig enkel vroege klinische onderzoeken in andere landen met ten minste twee remmers bij patiënten met verschillende tumortypes. De resultaten van deze onderzoeken zullen het potentieel ervan in de kliniek bepalen.

Ter ondersteuning van het onderzoek en de ontwikkeling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik, zowel inzake immunotherapieën als andere therapieën, biedt het FAGG de mogelijkheid om nationaal wetenschappelijk en/of technisch advies te vragen. Dat kan bijvoorbeeld ook met het oog op mogelijke aanvragen voor klinische studies. De belangrijkste doelstelling van het FAGG bij de verstrekking van nationale adviezen is de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen zoveel mogelijk te bevorderen en te vergemakkelijken vanuit regelgevend perspectief. Bovendien wordt de beschikbaarheid van innovatieve geneesmiddelen voor patiënten op deze manier bevorderd.

Wetenschappelijk advies kan ook op Europees niveau worden ingewonnen via het EMA. Er lopen momenteel ook initiatieven op Europees niveau, bijvoorbeeld het *Europe's Beating Cancer Plan* en de *Mission on Cancer* die actief op nationaal niveau worden opgevolgd door mijn medewerkers, het Kankercentrum van Sciensano en de belanghebbenden van het kankerdomain. We volgen innovatieve therapieën zoals celtherapie en immunotherapie nauwlettend op, zodat opportuniteiten binnen de Europese initiatieven in deze domeinen, zeker ook op nationaal niveau, maximaal zullen benut worden.

18.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is logisch dat alles opgevolgd en gefaciliteerd wordt. Ons land staat vrij hoog aangeschreven wat klinische studies betreft. We moeten dat vooral zo houden en we moeten bewerkstelligen dat we onze patiënten zo snel mogelijk nieuwe therapieën kunnen aanreiken. Ze moeten ook zo snel mogelijk aan klinische studies kunnen deelnemen ter bevordering van de algemene behandeling.

Het is sowieso goed, mijnheer de minister, dat het FAGG de adviezen mee opvolgt en dat het samen met uw diensten alle mogelijke innovatie zo goed mogelijk probeert te faciliteren. Ik kom dan echter terug op de discussie die we daarnet hebben gehad rond de toegang tot innovatie. Deze toegang tot bepaalde nieuwe kankertherapieën is in ons land te traag en nog niet voldoende aanwezig en daar moet zeker iets aan gedaan worden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het cannabisgebruik door zwangere vrouwen" (55027166C)

19 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation de cannabis par les femmes enceintes" (55027166C)

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dit lijkt op het eerste gezicht een bijzondere vraag, maar jammer genoeg circuleert op bepaalde sociale media dat zwangere vrouwen beter cannabis kunnen gebruiken dan een pijnstillers. Dat is natuurlijk een zeer zware uitspraak. Als vrouwen overgaan tot het gebruik van cannabis, weten ze heel vaak niet wat de gevolgen kunnen zijn voor de baby in de buik en achteraf. De baby kan dan meer kans hebben op een hoger lichaamsgewicht en een hoger bloedsuikergehalte. Vooral ook gedragsstoornissen kunnen het gevolg zijn van het gebruik van THC tijdens de zwangerschap. Deze problematiek is op dit moment meer gekend in de Verenigde Staten.

Bent u op de hoogte van deze problematiek in België? Het betreft niet de vrouwen die recreatief drugs gebruiken, want dat wordt heel goed gemonitord wanneer ze zwanger zijn, het gaat echt over het gebruik van cannabis als vervanger van pijnstillers. Zijn er studies die dit gedrag onderzoeken of onderzocht hebben? Wat zijn hiervan de bevindingen?

Welke eventuele waarschuwingen worden er meegegeven of staan in de planning om vrouwen toch te verwittigen dat dit echt niet het beste idee is?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: De gegevens van de Belgische federale overheid zijn in essentie te vinden in de Gezondheidsenquête van Sciensano. Daaruit blijkt dat het gebruik van cannabis en andere psychoactieve middelen in België tussen 2013 en 2018 aanzienlijk gestegen is. Overigens is het gebruik van marihuana ook tijdens de eerste lockdown toegenomen ten opzichte van de situatie ervoor. Zes maanden na het begin van de eerste lockdown zijn deze cijfers echter teruggekeerd naar een situatie die vergelijkbaar was. Dit kan betekenen dat ook zwangere vrouwen meer cannabis gebruiken.

Elk gebruik van psychoactieve stoffen door zwangere vrouwen brengt risico's met zich mee. Dat moeten we inderdaad aanpakken. Dit moet globaal worden bekeken. Alcohol, tabak en medicatie komen meer voor dan cannabis, maar ook cannabis moet worden bekeken. Dat geldt ook voor vrouwen die proberen zwanger te worden of borstvoeding geven.

Ik ga ervan uit dat als het probleem zich concreet voordoet, dat natuurlijk ook in vertrouwen tussen de zorgverlener en de vrouw of zelfs het gezin in kwestie moet kunnen worden besproken. Mijn collega's van de gemeenschappen en de gewesten hebben ter zake nuttig materiaal, zowel voor de zorgverleners als voor de zwangere vrouwen.

Ik bevestig dus zeker dat het probleem belangrijk is. Wij bevinden ons hier met betrekking tot het algemeen preventief beleid deels op het niveau van de gemeenschappen, maar het probleem is deels ook te situeren binnen de gezondheidszorg. Ik neem uw zorg dus mee, maar ik kan u helaas niet veel data geven.

19.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de sleutel ligt daar, bij de data. De Gezondheidsenquête waarnaar u verwijst, maakt helemaal geen onderscheid tussen vrouwen die zwanger zijn en vrouwen die niet zwanger zijn. Ze maakt zelfs niet altijd een onderscheid tussen mannen en vrouwen.

Wat is het probleem? Zwangere vrouwen hebben een andere constellatie van vetophoping en cannabis is een vetoplosbare stof die zich in de vetcellen nestelt.

Wat u aanhaalde, is heel belangrijk. Bij vrouwen die zwanger willen worden, moet ook heel nauwgezet worden opgevolgd en bekeken of cannabisgebruik gevolgen kan hebben voor de foetus. THC wordt immers opgeslagen in de vetcellen en op een later tijdstip afgegeven. Dat kan dus sowieso een probleem vormen.

U stelt dat het probleem zich situeert tussen de zorgverlener en de patiënten. Het grootste probleem is echter dat het onder de radar blijft en dat dus op de ene of andere manier met de patiënten zou moeten kunnen worden gecommuniceerd, al is het in een doorsnee gesprek met de gynaecoloog waarin wordt aangegeven dat aan dergelijke berichten die op sociale media circuleren beter geen aandacht wordt besteed.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Novavax-vaccin" (55027167C)

20 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin Novavax" (55027167C)

20.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, vorige maand raakte bekend dat 400.000 Novavax-vaccins dreigen te vervallen, tenzij de houdbaarheidsdatum ervan wordt aangepast. Daarmee gaat een groot aantal bestelde vaccins ter waarde van 7,6 euro per stuk verloren.

Tegen de achtergrond van de weigering van andere vaccintypes door een gedeelte van de bevolking en hulpverleners wegens twijfels bij de mRNA-vaccins, biedt Novavax wel een uitkomst. In een eerdere discussie hebt u gezegd dat Novavax ondertussen wel wordt aangeboden aan patiënten met twijfels, maar dat u die patiënten niet meer kunt overtuigen. De reden is uiteraard dat er al te veel verhalen de ronde gedaan hebben en dat er in bepaalde landsdelen niet optimaal gesensibiliseerd is van bij de start van de vaccinatiecampagne.

Mijnheer de minister, wat is de stand van zaken betreffende de procedure waarmee de fabrikant de houdbaarheid van het vaccin kan verlengen, zoals werd geopperd? Nu ligt de houdbaarheidsdatum op 31 augustus 2022. Welke inspanningen worden er geleverd om dat vaccin te kunnen toedienen voor de vervaldatum?

Worden er specifiek in Wallonië en Brussel extra inspanningen geleverd?

Hoe zit het met de andere vaccins? Is er van de andere vaccins een stock bij de overheid? Hoeveel van die vaccins dreigen te vervallen?

Aangezien de Novavax-vaccins dreigen te vervallen, zullen ze worden gedoneerd aan het COVAX-initiatief? Een voorwaarde is dat de vervaldatum minstens drie maanden later ligt; dan zal daarover toch binnenkort beslist moeten worden.

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, met betrekking tot de vraag naar de stock aan vaccins, stel ik voor dat ik daarop nu niet probeer te antwoorden, want ik heb daarop reeds in zeer algemene zin geantwoord door te verwijzen naar 35 miljoen beschikbare vaccins in antwoord op een vorige vraag. De details vindt u eigenlijk terug in de publicaties van de taskforce.

Zo kom ik meteen aan de vragen over Novavax. De indiening van een dossier bij het EMA om de houdbaarheidsdatum van een geneesmiddel te verlengen, gebeurt op initiatief van de fabrikant. Er is daartoe dus geen verplichting. Tot dusver heeft deze fabrikant nog geen dossier met nieuwe stabiliteitsgegevens ingediend. Bij mijn weten is er ook geen aankondiging dat dit binnenkort zal gebeuren. Daar zitten wij dus een beetje vast, als ik mij zo mag uitdrukken.

De interministeriële conferentie Volksgezondheid heeft in januari drie prioritaire groepen aangewezen voor vaccinatie met dit vaccin.

De eerste groep betreft mensen met een risico van ernstige allergische reacties op andere vaccins. Het gaat dan om een beperkt aantal mensen die zeer allergisch zijn voor bepaalde stoffen, met name PEG. Zij zijn reeds gekend bij de referentiecentra voor allergologie. Die centra nemen proactief contact op met deze mensen, als zij denken dat het Nuvaxovid-vaccin een interessant alternatief is. Dan gebeurt de vaccinatie in dat referentiecentrum voor allergologie.

De tweede groep betreft mensen die een ernstige bijwerking vertoonden na een dosis van een van de vaccins van de vaccinatiestrategie en aan wie de arts de stopzetting van het vaccinatieschema aanbeval. Ook dan kan Nuvaxovid een interessant alternatief zijn. Nadat de beoordeling van de baten-risicoverhouding door een arts gebeurd is, kan de arts vaccinatie met dit vaccin voorschrijven. Mensen met een doktersvoorschrift kunnen naar een vaccinatiecentrum gaan dat deze vaccins heeft. 50.000 dosissen Nuvaxovid-vaccins zijn gereserveerd voor deze tweede groep.

De derde groep betreft iedereen die gevaccineerd wil worden met dit vaccin in plaats van met een ander type, waarvan nochtans wetenschappelijk is aangetoond dat het doeltreffend en veilig is. Daar is het principe 'wie het eerst komt, het eerst maalt' gehanteerd. Ik heb het u reeds gezegd, onze deelstaten hebben op dat vlak niet echt een groot succes geboekt. Ik weet ook niet of wij hen daarvoor moeten bekritisieren. Dat heeft echter niet veel weerklank gehad.

Ik moet wel zeggen dat dit vaccin op dit moment niet toegelaten is voor algemeen gebruik als booster. In uitzonderlijke gevallen, op grond van medische overwegingen en op individuele basis, kan een arts het gebruik van Nuvaxovid als boosterdosering offlabel aanbevelen nadat de geïnformeerde toestemming van de patiënt is verkregen. Zodra een EMA-autorisatie verkregen is, kan en zal ons land natuurlijk ook het algemeen gebruik als booster toestaan.

Tot slot, de mogelijkheid van donatie wordt voortdurend overwogen, maar ik moet zeggen dat op dit moment de vraag uiterst beperkt is. Een donatie is vrij onwaarschijnlijk op dit moment.

20.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt de stock aan vaccins vermeld, maar u hebt niet gezegd hoeveel er dreigen te vervallen. Dat is eigenlijk wat mij interesseert. Naar ik van mijn collega's hoor, zou het om een heel aantal kunnen gaan. Ook van de andere vaccins.

Wat Novavax zelf betreft, is er geen initiatief genomen door de fabrikant. Wil dat zeggen dat u met ongeveer 3 miljoen euro aan Novavax-vaccins blijft zitten? 400.000 maal 7,6 euro, dat is zo'n 3 miljoen euro. Dat kan dus worden aangevinkt bij de bedragen die niet optimaal besteed zijn.

Wat COVAX betreft, het klopt dat de vraag beperkt is. Ook het initiatief van uw collega in Afrika blijkt wel vaccins te kunnen leveren, maar de vraag is er niet. U hebt dus een probleem. Ik heb er van in het begin voor gewaarschuwd dat niet alleen het geven van de vaccins, maar ook het sensibiliseren en de volledige zorg inzake de gift van die vaccins moeten worden aangepakt. Dat is niet gebeurd. Dat is zeer jammer.

Wat het algemene beheer van de vaccins betreft, durf ik te stellen dat u te laat bent overgegaan tot vaccinatie via de eerstelijnszorg. Er waren – dat is 100 % zeker – minder vaccins vervallen indien deze omschakeling sneller was gebeurd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

21] Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De goedkeuring van de overeenkomst tussen apothekers en verzekeringsinstellingen" (55027169C)

21] Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'approbation de la convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs" (55027169C)

21.01] Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, op de ministerraad van 22 april werd een nieuwe overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen gesloten. Dit is het vervolg van de overeenkomst die beide partijen in 2021 al hadden bereikt. Hiermee werden onder andere wijzigingsclausules ingevoegd, ziekenhuisapothekers opgenomen, verbindingen opgeheven, naast diverse andere aanpassingen.

Mijnheer de minister, wat werd concreet in deze overeenkomst afgesproken? Werden nog andere belanghebbenden betrokken? Wat zijn de financiële gevolgen voor de overheid? Welke discussiepunten werden niet in de overeenkomst opgenomen?

Aansluitend had ik ook graag de stand van zaken van u vernomen over de overeenkomst die tussen de federale overheid en de apothekers moet worden gesloten over de nomenclatuur van de covidvaccinatie door de apotheker. In Brussel en Wallonië is men daarmee van start gegaan. Ik had graag van u vernomen of u voor mijn collega's al in centen hebt voorzien?

21.02] Minister Frank Vandenbroucke: Waarover gaan die centen?

21.03] Kathleen Depoorter (N-VA): Over het honorarium van de vaccinerende apotheker.

21.04] Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, de verantwoordelijkheid voor die centen ligt nu eens echt bij de deelstaten.

21.05] Kathleen Depoorter (N-VA): De medische akte, mijnheer de minister.

21.06] Minister Frank Vandenbroucke: Neen, neen, neen, neen. In een vaccinatiecampaagne is het toedienen van een vaccin nu toch echt iets dat de deelstaten zouden moeten financieren. Ik wacht al lang op een akkoord daarover en dat lijkt mij zo evident. Men kan niet voortdurend, wanneer het goed uitkomt, zeggen dat de federale overheid het maar moet financieren.

Wij betalen de vaccins. Tot nu toe hebben wij 80 % van de vaccinatiecampaagne betaald. Alsjeblieft, u als N-VA, zou u eindelijk niet eens voor uzelf kunnen beslissen dat de deelstaten misschien toch ook iets van de vaccinatie betalen? Daar wachten wij op. Verder wil ik daar niet over polemiseren. Dat u hier zegt dat alles door de federale overheid dient te worden betaald, is zeer vreemd voor iemand van uw politieke obediëntie, vind ik. Zeer vreemd en zeer contradictoir ook met de basisconstellatie van ons land.

Ik keer terug naar de overeenkomst. Wat is daar concreet afgesproken? Eigenlijk is dit een update van een oudere overeenkomst, die dateert van 20 december 1995. Dat gaat over wijzigingsclausules, het schrappen van bepalingen die niet meer van toepassing zijn, het integreren van de ziekenhuisapothekers. De overeenkomst werd op 10 mei gepubliceerd. U kan haar raadplegen, maar als u het wenst, kan ik u haar ook bezorgen.

U vraagt hoe andere belanghebbenden hierbij werden betrokken. De akkoorden werden gesloten door de leden van de commissie. Dat zijn de verzekeringsinstellingen enerzijds en anderzijds de Algemene Pharmaceutische Bond (APB), de Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België (OPHACO) en de Belgische Vereniging van Ziekenhuisapothekers. Ik meen mij van vroegere discussies te herinneren dat u wat twijfelt aan de representativiteit van deze organisaties, maar goed, ik denk dat dit toch representatieve

organisaties zijn.

Wat zijn de financiële gevolgen van deze overeenkomst voor de overheid? Er is geen budgettaire weerslag, omdat de overeenkomst werd gesloten binnen een afgesproken begrotingskader. Welke discussiepunten werden niet opgenomen? Wij zitten daar niet zelf bij als overheid, mevrouw Depoorter. Ik kan u niet zeggen of daar bepaalde voorstellen op tafel werden gelegd die niet werden aanvaard. Dat zou u eigenlijk moeten vragen aan de mensen die in deze commissie zetelen.

21.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, wat een flauw antwoord. De vaccinatie in de apotheek en in de huisartsenpraktijk wordt door het RIZIV betaald, federaal. De arts die het covidvaccin in zijn eigen praktijk zet, zal door het RIZIV worden betaald. De apotheker die sensibiliseert in zijn eigen apotheek, wordt door het RIZIV betaald. U hebt dat de hele covidcrisis gedaan, maar nu hebt u geen akkoord en stopt u zich weg achter het feit dat de deelstaten het maar zelf zouden moeten doen. Uiteraard willen zij het zelf doen.

21.08 Minister Frank Vandenbroucke: Nee, zij willen het niet doen.

21.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Wanneer u het hele pakket overhevelt naar Vlaanderen, dan willen wij dat graag zelf doen en dan zullen wij daar verantwoordelijk voor zijn, zoals wij dat al de hele tijd zijn geweest. U komt echter niet tot een akkoord, u schrijft inkomsten in uw begroting in zonder dat u een akkoord hebt en dan gaat u de communautaire toer op door te zeggen dat de deelstaten het maar zelf moeten regelen.

U hebt dat wetsontwerp aan de commissie voorgelegd en u verklaarde – halleluja – dat de apothekers dankzij u mochten vaccineren, maar u hebt daar geen middelen voor voorzien. Dat is het probleem. U gaat van start in Brussel en Wallonië en u heeft geen honorarium voor de apothekers die zullen vaccineren.

21.10 Minister Frank Vandenbroucke: Nee, ik zal het nog eens herhalen. In ons land moet men ageren op basis van verantwoordelijkheid. Vaccinatie is in essentie de verantwoordelijkheid van de deelstaten. De federale regering heeft daarvan 80 % gefinancierd, honderden en honderden miljoenen euro's. Eigenlijk moest dat niet. Dat is eigenlijk de verantwoordelijkheid van de deelstaten, maar wij hebben dat gedaan in solidariteit en om het vooruit te doen gaan. Er komt echter een punt waarop men zegt dat men de vaccins wel wil kopen ten laste van de federale overheid, maar dat men de vraag stelt of het niet logisch zou zijn dat de deelstaten de last beginnen te dragen van de organisatie van de vaccinatiecampagne. Dat is toch een logische vraag. Ik vind het dus niet meer dan normaal dat wij de vraag stellen of, als het RIZIV de logistiek doet van de facturatie en de reglementering op punt stelt, de financiële lasten op een eerlijke manier kunnen worden verdeeld.

Het is buitengewoon contradictorisch van u, mevrouw Depoorter. U noemde mijn antwoord daarnet flauw, maar ik vind het flauw dat iemand van uw overtuiging hier voortdurend zegt dat de melkkoe federaal is – lang leve het melken van de federale melkkoe. Er komt een punt waarop de deelstaten een minimum aan financiële verantwoordelijkheid moeten opnemen. Het is in het belang van uw collega-apothekers en artsen dat men op dat niveau een minimum aan financiële verantwoordelijkheid opneemt.

21.11 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben ervan overtuigd dat we het erover eens zijn dat de Vlaamse middenklasse de melkkoe van uw vivaldiregering is, want daar haalt u de centen en u geeft ze heel graag federaal uit.

We zijn deze vaccinatiecampagne gestart in een federale fase. U weet dat. U hebt het naar zich toe getrokken, maar plots blijkt het wel heel veel middelen te zullen vergen en wordt het allemaal een beetje moeilijk. Ik stel u één vraag, mijnheer de minister. Wie betaalt de prestatie van het griepvaccin bij de huisarts?

21.12 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is niet logisch.

21.13 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, wie betaalt ze?

21.14 Minister Frank Vandenbroucke: Het federale niveau, maar dat is niet logisch.

21.15 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u, dát is het antwoord.

21.16 Minister **Frank Vandenbroucke**: De federale overheid is de melkkoe van de deelstaten op veel vlakken, waar dat niet zo zou moeten zijn. Ik wil het algemene debat niet voeren, maar, op dit punt gekomen, wil ik een logische en nederige vraag stellen. Als wij al die vaccins federaal blijven betalen en als wij tot nog toe 80 % van die campagne hebben betaald, zou men dan niet uit respect voor de verantwoordelijkheden en in een geest van correcte responsabilisering een minimum beginnen betalen, dat ernstig is, voor de organisatie van die campagne?

21.17 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, over responsabilisering zijn wij het eens. Begin dan ook eens met in het preventieve beleid responsabiliseringsmechanismen in te voeren. In dat geval zal Vlaanderen zijn campagnes wel zelf kunnen betalen, want dan zal een en ander terugkeren naar de Vlaamse kas.

Mijnheer de minister, de melkkoe van uw beleid is en blijft de Vlaamse middenklasse. U maakt hier gebruik van quotes die er echt niet toe doen. Het federale niveau betaalt de griepvaccinatie, het presteren, de medische akte. Het is ook aan u om tot een akkoord te komen met de apothekers en ervoor te zorgen dat in een honorarium wordt voorzien.

Ik zal u nog iets meegeven. Als het aan ons ligt, zullen wij het echt allemaal zelf betalen. Splits die boel en wij gaan vooruit.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55027192C van de heer De Caluwé en vraag nr. 55027225C van mevrouw De Block worden op hun verzoek uitgesteld.

22 **Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Conseil fédéral des pharmaciens" (55027292C)**

22 **Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Federale Raad voor Apothekers" (55027292C)**

22.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, en 2019, votre prédécesseure la ministre Maggie De Block avait annoncé la création d'un futur Conseil fédéral des pharmaciens, chargé de remettre des avis sur divers sujets en lien avec cette profession.

En effet, les pharmaciens, contrairement aux autres métiers de soins, ne disposent pas encore d'un organe permettant de relayer leurs réflexions vers les autorités sanitaires. Au vu des nombreuses missions qui leur sont confiées régulièrement, cela constituerait un outil très important pour ces pharmaciens qui pourraient alors s'en servir dans le souci d'améliorer toujours plus les soins prodigués aux patients.

Lors des discussions relatives à votre note de politique générale, j'avais eu l'occasion de vous adresser une question sur ce sujet. Pour que le Conseil fédéral soit opérationnel, deux arrêtés d'exécution devaient encore être pris: d'une part, un arrêté royal fixant les critères de représentativité des associations qui peuvent proposer des candidats comme membres de cet organe consultatif et, d'autre part, un arrêté royal qui doit déterminer l'organisation interne et le fonctionnement du Conseil.

Monsieur le ministre, pourriez-vous me dire où en sont ces arrêtés royaux? Quand le Conseil fédéral des pharmaciens pourra-t-il enfin être opérationnel?

22.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Zanchetta, les arrêtés d'exécution que vous mentionnez sont en phase de finalisation. Seul un critère de représentativité des associations de médecins reste à confirmer. Comme expliqué en octobre dernier, la finalisation de ces arrêtés, particulièrement celle de l'arrêté royal de représentativité, a d'abord été retardée car la composition du Conseil fédéral des pharmaciens prévoit également des médecins. Or ceux-ci doivent aussi être proposés par des associations considérées comme représentatives en vertu de l'article 7/1, § 7 de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions de soins de santé du 10 mai 2015.

Le travail de détermination des critères de représentativité des médecins est presque terminé. Ce travail prend du temps, car il a été nécessaire de confronter les chiffres repris dans notre proposition de critères aux différentes associations de médecins, et ce, afin de s'assurer que ceux-ci correspondent aux réalités de terrain et n'écartent pas injustement une association.

Mon administration travaille actuellement à l'adaptation de la proposition d'arrêté royal de représentativité des associations de pharmaciens en fonction des réactions reçues de la part des associations professionnelles des médecins. Une fois cette tâche terminée, les deux arrêtés royaux d'exécution nécessaires au lancement du Conseil fédéral des pharmaciens pourront être envoyés à l'inspecteur des finances. L'exécution suivra son cours.

22.03 Laurence Zanchetta (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse. Je suis ravie d'apprendre que le travail est en cours et que cette instauration ne saurait plus tarder.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 15.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.15 uur.