

COMMISSION DE LA SANTE ET  
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID  
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 7 JUIN 2022

DINSDAG 7 JUNI 2022

Après-midi

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.04 uur en voorgezeten door mevrouw Kathleen Depoorter.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 04 et présidée par Mme Kathleen Depoorter.

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

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

**01** **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De debriefing over het medisch interventieplan" (55027350C)**

**01** **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le débriefing concernant le plan d'intervention médicale" (55027350C)**

**01.01** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het afgelopen decennium zijn er verschillende crises geweest waarbij de inzet van de dienst Dringende Geneeskundige Hulpverlening en zijn middelen van belang waren. We herinneren ons nog de treinramp nabij Wetteren, de kettingbotsing op de A19 of de aanslagen van 22 maart 2016, en, onlangs nog, de overstromingen van 2021.

Bij de afkondiging van het Medisch Interventieplan (MIP) door de hulpcentrale moeten alle betrokken disciplines goed samenwerken om de calamiteitenkwestie zo optimaal mogelijk te bestrijden. De federale gezondheidsinspecteur is op het terrein de afgevaardigde van de overheid. Hij volgt het incident op vanuit een adviserende rol en rapporteert achteraf aan de bevoegde instanties. Uit de opvolging dienen lessen getrokken te worden voor toekomstige rampen.

Wordt er vanuit de FOD Volksgezondheid in een uniforme rapportering en een standaarddebriefing voorzien? Zo ja, met welke actoren? Is het de verantwoordelijkheid van de federale gezondheidsinspecteur? Volgt er systematisch na elke afkondiging van het MIP een gestandaardiseerde evaluatie? Zijn die evaluaties raadpleegbaar?

**01.02** **Minister Frank Vandenbroucke**: De dienst Dringende Hulpverlening heeft in het operationeel plan 2018 een project opgestart over gestructureerde en geharmoniseerde rapportage na incidenten. Dat omvat niet alleen de opmaak van een indicatorenset voor de rapportage. Ook de automatisering van aanlevering van deze indicatoren is een doelstelling. De uitbouw van een kenniscentrum rond psychosociale hulpverlening moet het sluitstuk worden.

Het project werd kort na de opstart geconfronteerd met de uitval van de projectleider. Daarna brak de covidcrisis uit en werd iedereen gemobiliseerd voor het beheer van die crisis. Pas in 2021 werden er door Selor bijkomende profielen aangeworven die noodzakelijk zijn voor de opstart van het kenniscentrum. De gestructureerde en geharmoniseerde debriefing is dus nog geen realiteit, maar er wordt wel aan gewerkt.

Ondanks het uitblijven van een gestructureerde rapportering blijft de dienst Dringende Hulpverlening inzetten op een postincidentbenadering. Naast de kennisopbouw uit de eigen incidenten en ontplooiingen wordt er ook geput uit de feedback en ervaringen van internationale incidenten. Zo gaf een reflectieworkshop binnen de dienst na de aanslagen in Parijs aanleiding tot een bijsturing van de eigen noodplannen, die tijdens de aanslag in Brussel en Zaventem helaas hun nut hebben bewezen.

De recentste versies van het medisch interventieplan en het psychosociaal interventieplan, begin 2017 gepubliceerd in het *Staatsblad*, voorzien in de graduele opschaling van de plannen, gaande van een vooralarm tot een maxiversie van de plannen. Bij de afkondiging van een vooralarm zou de rapportage zich kunnen beperken tot het louter noteren van het feit dat er een afkondiging is geweest. Bij een opschaling is er mogelijk een monodisciplinaire of multidisciplinaire opvolging nodig.

De inbreng van de federale gezondheidsinspecteur, onder meer ondersteund door data en rapportage uit de hulpcentra 112, zal vaak de basis vormen voor de rapportage. Afhankelijk van het type rapportage is deze louter consulteerbaar binnen de dienst Dringende Hulpverlening, binnen de FOD Volksgezondheid, binnen de evaluatie- en/of veiligheidscel van het bestuurlijk niveau, d.w.z. de gemeente, de provincie of eventueel het Nationaal Crisiscentrum, tot en met de werkdocumenten van ons eigen Parlement.

**01.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, ik hoor dat nog niet alles helemaal is uitgewerkt. Hoewel ik er alle begrip voor heb dat de covidpandemie zowat overal roet in het eten heeft gegooid, lijkt het mij toch maar logisch dat er in geval van een calamiteit standaard een debriefing plaatsvindt, waarvan de bevindingen ook zo breed mogelijk worden uitgewisseld. Het is immers een kerntaak van de overheid om over de veiligheid van de bevolking te waken.

Lessen trekken uit gebeurde zaken is heel belangrijk. Bij onverwachte gebeurtenissen is het steeds weer improviseren. Men doet zo goed mogelijk zijn best, maar als men niet meteen de juiste lessen trekt en die niet snel verspreidt naar alle actoren die betrokken kunnen zijn bij de beheersing van een calamiteit, dan vind ik dat toch problematisch.

Ik hoor her en der dat het alsnog schort aan het debriefen, het terugkoppelen en het trekken van de nodige lessen. Dat is gebleken bij de covidcrisis en ik hoop dat daar alvast de nodige lessen uit zijn getrokken, maar dat geldt evenzeer voor andere calamiteiten en bedreigingen voor onze volksgezondheid. We kunnen nooit 100 % voorbereid zijn, maar we hebben wel in de hand of we er de nodige lessen uit trekken.

Ik wil er dan ook op aandringen om daar zo snel mogelijk, op een gestandaardiseerde manier, werk van te maken.

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

**02 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan pijnstillers voor kinderen" (55027384C)**

**02 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'antidouleurs à usage pédiatrique" (55027384C)**

**02.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, wij merken in de apotheek al een tijdje een tekort aan pijnstillers voor kinderen. Bepaalde pijnstillers, zoals Perdolan en Nurofen, komen niet of maar mondjesmaat binnen. Ondertussen is ook de antibioticumsiroop Amoxicilline niet te krijgen. Het is echt behelpen voor mijn collega-apothekers.

Bent u op de hoogte van het tekort aan pijnstillers? Had u contact met de sector? Wat zijn de oorzaken van de onbeschikbaarheden? Tegen wanneer zou het tekort weggewerkt zijn? Wat is de stand van zaken met betrekking tot de koninklijke besluiten die moeten worden opgesteld naar aanleiding van de wet voor ontbrekende geneesmiddelen, die op 2 februari 2020 werd goedgekeurd? Wat is de stand van zaken voor dat koninklijk besluit en voor het koninklijk besluit rond de substitutie?

**02.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, er is inderdaad een tekort aan sommige geneesmiddelen op basis van ibuprofen en paracetamol voor gebruik bij kinderen.

Er zijn wel altijd alternatieven beschikbaar. Wat betreft de geneesmiddelen op basis van paracetamol, is er een tekort aan bepaalde zetpillen, maar alle siropen zijn wel opnieuw beschikbaar. Er zijn nog enkele andere sterktes van zetpillen beschikbaar, maar niet genoeg om alle tekorten te compenseren. Er kan wel worden

overgeschakeld naar de beschikbare siropen of, voor grotere kinderen, naar tabletten of andere orale vormen. De apotheker kan overigens zetabletten met paracetamol magistraal bereiden, maar dat weet u natuurlijk, en ook een switch naar een geneesmiddel op basis van ibuprofen is mogelijk.

Voor geneesmiddelen met ibuprofen is er vooral een tekort aan siropen. Daarnaast is er momenteel slechts één andere specialiteit onbeschikbaar, zijnde de kauwtabletten. Voor kleine kinderen, dus kinderen van 6 tot 20 kg, zijn er een aantal siropen en zetabletten beschikbaar en er kan ook worden overgeschakeld naar een geneesmiddel met paracetamol. Voor grotere kinderen, vanaf 20 kg, zijn er meer alternatieven. Er zijn een aantal siropen, zetabletten, sliktabletten en een oplosbare vorm beschikbaar en er kan ook worden overgeschakeld op een geneesmiddel met paracetamol.

De redenen voor de tekorten zijn een verhoogde vraag en een vertraging in de productie. De verwachte einddata situeren zich tussen 10 juni en 17 oktober 2022.

U vroeg ook naar het koninklijk besluit over de substitutie. Het besluit werd voorbereid en voor advies naar de Raad van State gestuurd. Het advies van de Raad van State hebben we op 6 mei gekregen. De teksten worden daaraan aangepast. Dan zal dit zijn weg vervolgen, het liefst zo snel mogelijk, naar de begroting, de Ministerraad, de ondertekening door de Koning en de publicatie.

**02.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het is goed nieuws dat het koninklijk besluit, 2,5 jaar na de stemming van de wet, eindelijk vorm zal krijgen. Dat is zeker een goede zaak voor de patiënten en ook voor de apothekers. Dit zal immers het hoognodige wettelijk kader creëren.

Mijnheer de minister, de uitvoering van het koninklijk besluit dat de vergoeding van de eventuele meerkosten voor de patiënten zal regelen, is ook nog een werkpunt dat u zeker zou moeten opnemen, want nogmaals, deze wet werd al 2,5 jaar geleden goedgekeurd.

Over wat u zegt over de pijnstillers die ontbreken, wil ik u toch graag wijzen op het feit dat magistraal gemaakte zetabletten voor de patiënt veel duurder zijn. Daar zou u een nomenclatuur of een terugbetaling voor de patiënt moeten bekijken. Soms heeft het kind echt niet de mogelijkheid om de siroop in te nemen. Voor die hoge kostprijs moet een antwoord worden gezocht.

Het zou ook goed zijn om ter zake met de producenten samen te zitten. U weet dat er sinds twee jaar heel wat generieken van de markt gaan. Dat heeft ook te maken met de economische situatie waarin we zitten. Ik denk dat we een antwoord moeten bieden voor heel wat geneesmiddelen. Perdolan paracetamol is een goedkoop geneesmiddel. Daarover moet worden nagedacht, zodat onze patiënten tegen een betaalbare prijs kunnen worden geholpen.

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

**03 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de behandeling van EPP via implantaten" (55027385C)**

**03 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des implants utilisés pour traiter la PPE" (55027385C)**

**03.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** *Mijnheer de minister, voormalig minister van Volksgezondheid mevr. Maggi De Block werd in deze commissie bevraagd over mogelijke behandelingen van Erythropoëtische protoporfyrie (EPP) – ook wel bekend als de "vampieren"ziekte en is hiermee een zogenaamde ultra weesziekte. De behandeling op basis van een implantaat (Scenesse) is in Nederland beschikbaar onder meer in het ziekenhuis van Rotterdam. Dit middel maakt het mogelijk dat sommige patiënten tot drie uur per dag in de zon kunnen vertoeven maar per patiënt verschilt het effect al betekent dit wel een aanzienlijke verbetering van de levenskwaliteit. De firma – Clinuvel - die de behandeling ontwikkelde wilde toen een aanvraag voor België indienen. Het doel was toen om een centrum aan te duiden waar de behandeling zou kunnen uitgevoerd worden.*

*Uw voorganger verklaarde in haar toenmalige antwoorden dat de betrokken diensten niet konden nagaan over welke behandeling het ging. Ze verklaarde op dat moment dat nodige behandelingen die hun*

wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid hebben bewezen in België beschikbaar waren en ook werden (hierbij begrepen de colestyramine Questran die in geval van hypercholesterolemie terugbetaald wordt). In geval van betacaroteen dat als bescherming tegen de zon oraal voorgeschreven wordt kunnen lichtgevoelige patiënten kunnen in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds voor betacaroteen een tegemoetkoming krijgen.

Er was op dat moment ook geen terugbetalingsprocedure lopende bij de CTG.

Mijn vragen voor de minister:

1. Zal de minister – gegeven de status van ultra weesziekte - het EMA-advies als toereikend beschouwen of zal de u, net zoals in het verleden, extra klinische studies vragen?
2. Werd er door de betrokken firma ondertussen een aanvraag ingediend? Zo ja: werd overgegaan tot terugbetaling?
3. Zijn er in tussentijd nog andere behandelingen voor EPP goedgekeurd voor terugbetaling?

**03.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, erytropoëtische protoporfyrie, afgekort EPP, is een zeldzame ziekte, die volgens de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) ongeveer 80 patiënten treft, althans volgens een observatie gemaakt in 2019. De fototoxiciteit eigen aan de ziekte maakt dat deze patiënten geen zonlicht verdragen.

Scenesse is een geneesmiddel met een implantaatcomponent, dat door het EMA vergund is voor de Europese markt in 2014. Dit geneesmiddel kreeg een vergunning onder uitzonderlijke omstandigheden. Het EMA gaf aan dat er nog geen wetenschappelijke tests bestonden om een gunstig effect op fototoxiciteit te meten. Dat werd in de jaren erna in praktijkstudies onderzocht, onder meer met programma's van *compassionate use* in het buitenland.

U vraagt of, gezien de status van ultraweessziekte, het EMA-advies als toereikend zal worden beschouwd of dat ik, net als in het verleden, extra klinische studies zal vragen. Het gaat niet alleen om een ultraweessgeneesmiddel, maar ook om een uitzonderlijke marktvergunning. Dit wil zeggen dat niet alle vragen over de *benefit/risk* van Scenesse waren beantwoord in 2014. Dat werd in de jaren na 2014 nader onderzocht, met een *postmarketing surveillance program*, dat ook de werkzaamheid onderzocht. Ik beklemtoon dat om de volgende reden. Een *postmarketing surveillance* gaat meestal over veiligheid, maar hier heeft men ook de werkzaamheid nog eens bekeken.

In 2020 heeft de fabrikant bij het FAGG een *scientific technical advice* ingewonnen over de stand van zaken van de op het terrein gecollecteerde data. Er zijn aanduidingen die aanzetten tot terughoudendheid. Ik wil bijvoorbeeld de Haute Autorité de Santé (HAS) in Parijs vermelden, die het effect van Scenesse in het therapeutisch arsenaal in 2020 als mineur inschaalde. Mineur is een niveau 4. De HAS baseerde zich op de registratiegegevens van 2014 en aanvullende data sindsdien.

Verder vroeg u of de firma ondertussen een aanvraag heeft ingediend. In 2019-2020 liep er bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een aanvraag tot vergoeding van Scenesse. De CTG zag, net als de Haute Autorité de Santé, nauwelijks een meerwaarde van dit medicijn met implantaat. Dat was de positie die de CTG in 2020 heeft ingenomen.

Na het voorlopige evaluatierapport heeft de fabrikant de aanvraag ingetrokken. Als reden gaf hij aan dat er intern bij de firma overwogen wordt om een tweede dossier in te dienen, dat meer klinische data zou bevatten. Tot vandaag is dat tweede aanvraagdossier niet binnen. Ik heb de CTG verzocht mij in te lichten wanneer het wel binnenkomt.

U vraagt of er intussen nog andere behandelingen voor EPP zijn goedgekeurd voor terugbetaling. Er is helaas geen andere therapie voor EPP goedgekeurd of vergoed op dit moment.

**03.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, uw laatste zin is in zekere zin de kern, er is geen behandeling voor die patiënten. Het gaat inderdaad niet om een groot aantal patiënten, maar de ziekte is bijzonder invaliderend. Die mensen kunnen niet buitenkomen en kunnen niet gaan werken.

In landen waar Scenesse terugbetaald wordt, kunnen die patiënten wel gaan werken en wel deelnemen aan het maatschappelijk leven. Wellicht is dat middel niet het optimale middel om die mensen te genezen.

Genezing kan überhaupt niet. In Frankrijk werd het middel qua effectiviteit op niveau 4 ingeschaald. Maar toch, het gaat om patiënten die binnen moeten blijven omdat zij de zon niet kunnen verdragen. Dat is eigenlijk gruwelijk, want zij worden geïsoleerd, afgesloten van de maatschappij.

Om die reden vind ik het bijzonder te vernemen dat onze organisaties, de CTG en het FAGG, extra garanties hebben gevraagd aan de firma in de discussie in 2019. Ethisch gezien is het bijna onverantwoord om nog extra klinische studies op te leggen. Het EMA heeft trouwens een positief advies gegeven. Ik nodig u dan ook uit om dat dossier zeer goed op te volgen en hoop voor die patiënten te creëren.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De resultaten van het onderzoek naar rubbergranulaat in kunstgrasvelden" (55027387C)**

**04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les résultats de l'étude sur les granulats de caoutchouc dans les gazons synthétiques" (55027387C)**

**04.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, deze vraag gaat over de resultaten van het onderzoek naar het effect van rubbergranulaat in kunstgrasvelden, bijvoorbeeld de velden waarop hockey wordt gespeeld.

In de commissie voor Gezondheid van 8 maart 2022 zijn wij dieper ingegaan op een doctoraatsstudie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Het onderzoek betrof de mogelijke schadelijkheid van rubbergranulaat, dat vaak als instrooi materiaal wordt gebruikt voor kunstgrasvelden. U gaf aan dat u de studie van nabij zou bekijken. U verwachtte de resultaten eind april of begin mei 2022. Ik had graag van u de conclusies vernomen.

Is er na het nader bekijken van de studie een conclusie getrokken in verband met de schadelijkheid van rubbergranulaat?

In welke mate zouden er nadelige gezondheidseffecten worden veroorzaakt?

Worden er door andere instellingen of administraties ook onderzoeken uitgevoerd naar die effecten? Zo niet, worden die gepland?

Wat zijn de mogelijke gevolgen voor de jongeren die vandaag op rubbergranulaat sporten, vaak eens vallen, schaafwonden oplopen en aldus in aanraking komen met rubbergranulaat?

Dienen er al dan niet stappen te worden ondernomen?

**04.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw de voorzitter, het Wetenschappelijk Comité REACH heeft de doctoraatsstudie waarnaar u verwijst, geanalyseerd. Het is bezig met het opstellen van een advies naar aanleiding van de betreffende studie.

Het finaliseren van het advies heeft echter vertraging opgelopen, waardoor nog geen eindconclusies kunnen worden medegedeeld. Wanneer het advies is afgewerkt, zal het natuurlijk worden gepubliceerd op de Belgische REACH-website, waar het dus ook publiekelijk kan worden geraadpleegd.

Voor een eerste, maar niet finale conclusie van het Wetenschappelijk Comité REACH verwijs ik u graag naar mijn antwoord op een mondelinge vraag van uw collega Moyaers.

U vraagt ook in welke mate er sprake is van nadelige gezondheidseffecten. Ik wil benadrukken dat de doctoraatsstudie in kwestie focust op analytische methodes voor het meten van paks of polycyclische aromatische koolwaterstoffen in rubbermateriaal.

Er is dus geen sprake van nieuwe toxicologische inzichten in deze paper. Dat gezegd zijnde, zijn er wel al verschillende analyses uitgevoerd over de gezondheidseffecten van paks door andere onderzoeksinstituten. Bij het opstellen van een restrictie op paks in rubbergranulaat in sportvelden werd het volgende geconcludeerd, volgens overweging 5 van verordening 2021/1199 van de Europese Commissie van 20 juli

2021: "Het meest zorgwekkende eindpunt voor de gezondheid van de mens voor deze acht paks is kankerverwekkendheid en het vermogen om genotoxische effecten te veroorzaken. Voor carcinogenen zonder drempelwaarde kan geen dosis zonder theoretisch risico op kanker worden afgeleid. Daarom moeten de concentraties van de acht paks in granulaat voor gebruik als instrooi materiaal voor kunstgrasvelden en in granulaat of mulch in losse vorm voor speelplaatsen of spionagetoepassingen zo laag mogelijk zijn." Voor een uitgebreide analyse verwijs ik u graag naar de adviezen uitgegeven door het wetenschappelijk comité van het ECHA, meer bepaald het Committee for Risk Assessment (RAC).

U vraagt ook of er door andere instellingen onderzoeken worden uitgevoerd en zo niet, of dat is gepland in de toekomst. Op Europees niveau zijn al verschillende risicoanalyses uitgevoerd op paks. Voor meer informatie daarover verwijs ik u graag naar de adviezen van het RAC hierover en naar de Annex XV-rapporten opgesteld voor paks.

In een recent gepubliceerde *Restrictions Roadmap* van de Europese Commissie staat er een REACH-restrictievoorstel op de planning voor het beperken van paks in rubbergranulaat dat wordt gebruikt in kinderspeeltuinen of voor huishoudelijk gebruik, bijvoorbeeld in de tuin. Dat is het resultaat van een expliciete vraag van België om het gebruik in speeltuinen en tuinen verder te onderzoeken. Ik verwijs u ook graag door naar mijn gewestelijke collega's voor meer informatie over eventuele acties die zij aan het ondernemen zijn of die ze plannen met betrekking tot de effecten van rubbergranulaat.

U vraagt, ten vierde, wat de mogelijke gevolgen zijn van het huidige gebruik van rubbergranulaat en u verwijst in dat verband bijvoorbeeld naar sportterreinen. Studies inzake de blootstelling aan mogelijk schadelijke stoffen betreffen vooral biomonitoringstudies. Dat soort studies wordt hoofdzakelijk uitgevoerd door de gewestelijke instanties. Ik stel dus voor dat u de gewestelijke collega's contacteert om na te gaan of er binnen hun bevoegdheid onderzoek of acties gepland zijn over de gevolgen van het gebruik van rubbergranulaat in sportterreinen.

Ten slotte vraagt u of er stappen worden gezet op korte of lange termijn. De inspectiediensten van de FOD hebben tijdens de campagnes geen infracties ontdekt op het huidige wetgevende kader voor paks in rubbergranulaten op basis van de grenswaarde van de nieuwe REACH-beperking, met name 20 milligram per kilogram van de vermelde paks.

Voorts zal de administratie van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu de ontwikkeling binnen de REACH-restricties en CLP-classificaties rond paks in rubbergranulaat nauwgezet blijven opvolgen en de ambitieuze positie blijven verdedigen tijdens de onderhandelingen, om de blootstelling aan gevaarlijke stoffen in rubbergranulaat tot een absoluut minimum te beperken.

**04.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Klopt het dat de nieuwe REACH-beperking nog in een kader moet worden gegoten, dat ze nog moet worden bepaald?

**04.04 Minister Frank Vandenbroucke:** Volgens mij is die er al.

**04.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Dan begrijp ik niet waarom België beperkingen wil opleggen in kinderspeeltuinen en bij huishoudelijk gebruik, en niet bij bijvoorbeeld sportorganisaties. Het aantal kunstgrasvelden is de laatste jaren substantieel toegenomen in dit land. Daarom moeten we er vanuit het oogpunt van de volksgezondheid voor zorgen dat er, zoals u ook zegt, zo weinig mogelijk contact is met de kankerverwekkende stoffen.

Er moet een zo laag mogelijke drempelwaarde worden vastgelegd, want – ik herhaal het – kinderen en jongeren die op kunstgrasvelden sporten, vallen weleens. Er is dan rechtstreeks contact, bloedcontact, met de poeders in kwestie. Dat is absoluut een aandachtspunt. Het is goed dat eraan gewerkt wordt, maar we zullen er nauwlettend op moeten blijven toezien.

**04.06 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik heb het nog niet gezegd, maar de 20 mg/kg komt uit de verordening 2021/1199 van de Commissie, gepubliceerd op 20 juli 2021, ondertussen alweer bijna een jaar geleden.

U hebt gelijk: dit moet nauwlettend worden opgevolgd. Het zou goed zijn als uw gewestelijke collega's ook contact opnemen met de gewestelijke instanties, omdat ook zij binnen hun bevoegdheid actie kunnen ondernemen rond het gebruik van rubbergranulaat in sportterreinen.

**04.07** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat zullen we dan doorgeven. U kunt dat ook doen op een interministeriële conferentie, maar we kunnen het ook beiden doen.

**04.08** Minister **Frank Vandenbroucke**: Absoluut!

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

**05** **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mHealth-apps" (55027450C)**

**05** **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les applications mHealth" (55027450C)**

**05.01** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, onlangs verscheen de eerste mHealthapp niveau 3- van de validatiepiramide. De evaluatie van die applicatie gebeurt door een werkgroep.

Op welke manier worden de applicaties geëvalueerd? Welke criteria worden gebruikt?

Zijn er doorslaggevende factoren die bepalen of een app al dan niet voor terugbetaling in aanmerking komt? Welke zijn dat?

Welk budget wordt uitgetrokken voor de terugbetaling van mHealthapps? Op welke manier wordt de financiering via het RIZIV-budget geregeld?

Welke applicaties komen nog in aanmerking voor niveau 3?

**05.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, sinds januari 2021 bestaat er een procedure waarbij een producent of verdeler van een mHealthapp een validatiepiramide met drie niveaus doorloopt. De niveaus M1 en M2 moeten garant staan voor aspecten zoals de veiligheid van het systeem en de data en de interoperabiliteit met de bestaande softwaresystemen. Daar spelen vooral het FAGG en het eHealthplatform een belangrijke rol.

Het niveau M3 kan behaald worden via een aanvraag tot integratie in een zorgmodel. Die aanvraag moet bij het RIZIV worden ingediend. Daarvoor moet de producent of de verdeler een notificatiedossier indienen. Een specifieke werkgroep, bestaande uit onder meer onafhankelijke experts en vertegenwoordigers van de betrokken zorgverleners, verzekeringsinstellingen en patiënten, wordt samengesteld en beoordeelt het ingediende dossier op de klinische evidentie, op de mogelijke integratie in het zorgproces – dat is een aspect van *feasibility* – en de mogelijke verbetering of aanvulling ten opzichte van de huidige praktijk. De vraag is dan: is er *added value*? Er is natuurlijk ook het aspect van de budgettaire weerslag.

Op basis van die evaluatie zal de specifieke werkgroep een positief of negatief advies tot opname in het vergoedingssysteem voorleggen aan het Verzekeringscomité. Het Verzekeringscomité beslist op basis van dit advies of er wordt overgegaan tot het uitwerken van een integratie van de mobiele toepassing in het vergoedingssysteem en geeft daarvoor de opdracht aan de betrokken organen.

Een evaluatie van het M1- en M2-niveau is lopende, zodat er in de toekomst zekerheid en duidelijkheid bestaat over de data met betrekking tot veiligheid en interoperabiliteit, wanneer het dossier bij het RIZIV wordt genotificeerd. Daardoor zullen toekomstige specifieke werkgroepen vooral kunnen focussen op het evalueren van de sociaal-economische meerwaarde.

Om een onderscheid te maken tussen de tijdelijke en de structurele financiering, werd het niveau M3 opgedeeld in twee niveaus, namelijk M3- en M3+. De financiering van bijvoorbeeld de app *moveUP Coach*, die gebruikt wordt bij de revalidatie na knie- en heupoperaties, gebeurt in het kader van een studie waarvoor in januari 2021 de eerste patiënten zijn geïnccludeerd. De financiering is dan ook tijdelijk van aard en de app heeft het niveau M3- gekregen.

Betreffende het niveau M3+, waar een structurele financiering mogelijk is, heeft het Verzekeringscomité de opdracht gegeven voor de aanpassing van het zorgpad oncologie en de conventie slaapapneu, zodat het

mogelijk is om binnen deze zorgprocessen gebruik te maken van de gezondheidsapplicaties.

Zodra deze projecten afgerond zijn, zullen zowel de appaanbieders die de aanvraag hebben ingediend, zoals de firma ResMed met het product AirView voor telemonitoring betreffende slaapapneu, alsook de aanbieders van vergelijkbare apps, kunnen aantonen dat hun apps aan de voorwaarden voldoen en het label M3+ kunnen krijgen.

MHealthBelgium is het samenwerkingsverband tussen de overheid en de industrie betreffende de validatiepiramide. Deze samenwerking is vastgelegd in een protocolakkoord. Verdere informatie over de validatiepiramide, de apps en de procedures kan op de website van mHealthBelgium worden teruggevonden.

U vraagt ook of er doorslaggevende factoren zijn die bepalen of een app al dan niet voor terugbetaling in aanmerking komt. Een sociaal-economische meerwaarde is absoluut essentieel voor het verkrijgen van een positief advies. Daarnaast worden dataveiligheid en interoperationaliteit met de bestaande softwaresystemen als noodzakelijk beschouwd.

U stelt eveneens vragen over het budget en de financiering. Op basis van de reeds ontvangen aanvragen kunnen twee soorten aanvragen onderscheiden worden. Enerzijds zijn er applicaties die het mogelijk maken om een bepaalde handeling van op afstand uit te voeren, die anders vanuit bijvoorbeeld het ziekenhuis zou moeten worden uitgevoerd. Bij deze aanvragen wordt er vaak uitgegaan van budgetneutraliteit of zelfs een besparing.

Anderzijds zijn er applicaties die een extra modaliteit aanbieden, zoals een opvolging die anders niet zou kunnen plaatsvinden. Deze apps brengen natuurlijk budgettaire kosten met zich mee.

MHealthapplicaties worden echter niet op individuele wijze gefinancierd. Zij krijgen een plaats binnen een bestaand, gewijzigd of nieuw zorgproces.

Er wordt dan voor een globale financiering gezorgd voor dit zorgproces, waarna de betrokken zorgverlener of zorginstelling een deel van dit budget kan gebruiken voor het financieren van de app. Binnen dit zorgproces zullen wel specifieke criteria worden opgesteld waaraan apps dienen te voldoen. Alleen de apps die hieraan voldoen, mogen het label M3+ aanvragen en kunnen dus in aanmerking komen voor terugbetaling.

MHealthapps worden, net als digitale gezondheid en telegeneeskunde in het algemeen, gezien als een integraal deel van het gezondheidsmodel. Er is dus geen specifiek budget voor de financiering van gezondheidsapplicaties. De globale financiering van het zorgproces wordt verzorgd via de relevante kanalen.

U vroeg welke applicaties nog in aanmerking komen voor niveau 3. Er loopt nu een pilootproject telemonitoring covid. Verschillende applicaties worden daarbij gebruikt. Deze zouden in theorie het M3-label kunnen krijgen. Dit pilootproject telemonitoring covid loopt, zoals voorzien, einde juni af, waarna er zal worden gestart met het creëren van een generiek kader voor telemonitoring. Daarnaast zijn twee aanvragen tot integratie in het zorgmodel reeds afgehandeld. Zij hebben allebei geleid tot een positief advies. Zoals reeds gemeld heeft het verzekeringcomité dan ook de opdracht gegeven tot het aanpassen van het zorgpad oncologie en de conventie slaapapneu.

Daarnaast zal er ook bij de herziening van andere zorgprocessen rekening gehouden worden met het digitale deel. Het is dus mogelijk dat er zorgprocessen zullen worden gedefinieerd waarbinnen gezondheidsapps gebruikt zullen worden, zonder dat een bedrijf een expliciete aanvraag daartoe doet.

**05.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, uw antwoord was verhelderend. Mijn indruk van die mHealthapps en de gebruikte evaluatiecriteria was dat het niet heel erg helder was. Ik hoop dat daaraan gewerkt wordt, want termen als 'veiligheid' en 'interoperabiliteit' zijn vaag.

Ik hoop dat er zeker gewaakt wordt over een gelijk speelveld. Ik geloof immers wel in de toekomst van dergelijke apps, niet alleen omdat ze budgetneutraal zijn of zelfs een gunstige impact kunnen hebben op het gezondheidsbudget, maar ook omdat ze kwaliteitsverbetering kunnen brengen, omdat ze patiënten beter opvolgen en op de juiste manier naar het ziekenhuis kunnen oproepen. Daardoor kan een efficiënte uitgave



van middelen gebeuren.

Het Kenniscentrum heeft nu een eerste rapport afgeleverd over de telemonitoring van covidpatiënten. De enige bedenking die ik heb, en die daarin ook wordt aangehaald, is dat wij nog altijd ver van geïntegreerde zorg staan. Ik meen dat de mHealthapps pas echt kunnen renderen als er rond elke patiënt een zorgnetwerk wordt gecreëerd waarbij zowel de gegevens als de applicaties als de hele communicatie inzake de patiënt veel beter gestroomlijnd zijn dan nu het geval is.

Volgens onze fractie is de grote drempel nog altijd de versnippering van de bevoegdheden. Ik doe nogmaals een oproep dat men snel de eerste stappen zet voor de overheveling van de zorg naar de gemeenschappen.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

#### **06** Questions jointes de

- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conditions de travail des MACS" (55027494C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conditions de travail des MACS" (55028499C)

- Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médecins spécialistes en formation" (55028342C)

#### **06** Samengevoegde vragen van

- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De arbeidsomstandigheden van de ASO's" (55027494C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De arbeidsvoorwaarden van de artsen-specialisten in opleiding" (55028499C)

- Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsen-specialisten in opleiding" (55028342C)

La **présidente**: Mme De Block étant absente, je vous cède la parole madame Hennuy.

**06.01** Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Madame la présidente, monsieur le ministre, en mai 2021, un accord a été trouvé avec la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux afin d'améliorer les conditions de travail et la protection sociale des médecins spécialistes en formation.

L'accord comprenait un salaire minimum de base, des indemnités pour les gardes appelables, un cadre pour la préparation et la communication transparente des horaires, une série d'améliorations en matière de protection sociale et des conditions de travail: l'emploi à temps plein (pour le travail et la formation) qui devait s'élever à 48 heures par semaine. Avec les gardes, cela peut s'élever à 60 heures par semaine. Cet accord devait entrer en vigueur pour cette année académique 2021-2022.

Et pourtant, il me revient qu'à la KUL, les étudiants stagiaires doivent signer une convention qui s'écarte très librement des règles en vigueur comprises dans ce nouvel accord. Je les cite: "La durée de travail par semaine ne peut dépasser 72 heures. La durée moyenne de travail de 48 heures est la norme légale et est calculée en une période de référence de 13 semaines. L'extension à 60 heures est possible et sera fortement recommandée par la faculté, afin d'atteindre les objectifs de réussite de la formation en stage. Chaque étudiant-stagiaire doit confirmer par écrit via un *opting-out* signé dans la déclaration. Les 48 ou 60 heures sont un maximum moyen. Travailler moins de 48 ou 60 heures n'est pas un problème si les objectifs sont atteints".

Ce document montre que l'université laisse peu le choix aux étudiants de renoncer à leurs droits mentionnés dans le nouvel accord et recommande aux étudiants de prêter plus d'heures afin d'atteindre les objectifs de réussite de la faculté.

Monsieur le ministre, de manière générale, comment avez-vous pu vérifier que le nouvel accord est bien en place dans toutes les universités?

J'ai vu que des audits avaient lieu. Cette pratique reste dans l'esprit qui prévalait avant cet accord. Quelle est votre analyse de la situation? Que comptez-vous faire?

**06.02** **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, j'interviens sur la même problématique. J'entends les révélations de ma collègue concernant la KUL. De mon côté, j'avais lu que la mise en place de la nouvelle convention de stage se passait mal dans certains services. Ainsi, une jeune assistante d'un hôpital bruxellois témoigne de la manière dont les assistants se voient, en quelque sorte, punis, car à cause d'eux, la rentabilité de l'hôpital est en danger et ils ne peuvent plus prester trop d'heures. Elle est renvoyée à 17 heures précises, alors que, par exemple, quelque chose d'intéressant, dans le cadre de son stage, pourrait se passer avec une pression au travail qui est aussi importante.

Par ailleurs, le journal *Le Soir* a diffusé, le 30 mars, un article sur des inspections en cours, portant sur le respect des lois sociales dans un hôpital bruxellois. Ils y ont constaté la non-application, si j'ai bien compris, de la nouvelle convention.

Monsieur le ministre, comment le suivi de la mise en place de cette convention a-t-elle été faite cette année? Avez-vous eu des contacts avec les MACS sur l'application de la nouvelle convention par les différentes universités et hôpitaux? Avez-vous eu écho d'abus qui persistent? Pouvez-vous donner plus d'informations sur les enquêtes en cours concernant l'auditorat du travail de Bruxelles? Avez-vous pu en parler lors de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux? Combien de fois s'est-elle réunie? Les assistants y ont-ils aussi droit de vote? Est-ce entré en application? Comment évaluez-vous le suivi de l'accord pris l'année passée? Avancez-vous avec cette commission, comme promis, dans une réforme plus structurelle? On pense, bien entendu, à des prestations hebdomadaires, comme tout Belge, de 38 heures/semaine mais aussi au respect en matière de cotisations pour leur permettre de bénéficier de la pension et de l'assurance chômage entre autres.

**06.03** **Frank Vandebroucke**, ministre: Chères collègues, tout d'abord, je dois souligner que la convention collective s'appuie sur la loi du 12 décembre 2010. Cette loi fixe les règles et les limites en matière de durée maximale hebdomadaire de travail des médecins spécialistes en formation. Cette législation relève de la compétence de mon collègue, le ministre Dermagne. Le contrôle du respect de cette loi relève également de la compétence de ses services, plus particulièrement de l'Inspection sociale.

Les cas individuels d'infraction au droit du travail peuvent être transmis à l'Inspection sociale. D'ailleurs, une attention particulière est accordée à la problématique des conditions de travail des médecins spécialistes. Plusieurs auditorats du travail ont déjà lancé des enquêtes. Dans la mesure où des plaintes ont été déposées, je trouve que c'est une excellente chose. J'ai moi-même dit aux médecins spécialistes en formation qui sont concernés que, si selon eux il y a des abus, ils doivent mobiliser l'Inspection sociale.

Le passage que vous citez, Mme Hennuy, figure apparemment dans un document de la KU Leuven et résume dans les grandes lignes les règles de la loi du 12 décembre 2010, que j'ai citées. Ce passage ne comporte en soi aucune erreur. La pression exercée sur le médecin en formation pour qu'il signe la clause d'*opt-out* pose toutefois question. Une telle clause permet un maximum de douze heures de travail supplémentaires par semaine. Néanmoins, le médecin en formation doit accepter de son plein gré cette clause. Même s'il est difficile de savoir si la clause d'*opt-out* a été signée de plein gré ou non, le principe me semble très important.

La Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux assure le suivi de la convention collective du 19 mai 2021. Les problèmes d'application sont discutés entre les représentants des médecins spécialistes en formation, les représentants des maîtres de stage, par le biais des syndicats de médecins, et les représentants des hôpitaux, y compris des hôpitaux universitaires.

Ik kan u hier een samenvatting geven van de laatste evaluatie van de collectieve overeenkomst die de Paritaire Commissie aan mij heeft bezorgd. Dat is een brief van 16 maart. Uit dat verslag blijkt dat een aantal toepassingsproblemen van de wet en de regelgeving zich blijven voordoen. De verrekening van ziekte- en verlofdagen in het kader van de berekening van de maximale arbeidsduur blijft voor discussie zorgen op het terrein. Volgens de vertegenwoordigers van de ASO's in de commissie worden de bepalingen over wetenschappelijk en studieverlof op het terrein heel erg restrictief toegepast. Een ander probleem betreft de automatische aftrek van de lunchpauze in de berekening van de arbeidsduur, terwijl ASO's soms niet in de mogelijkheid verkeren om een lunchpauze te nemen.

Zoals vorig jaar afgesproken bij het afsluiten van de collectieve overeenkomst, is er een budget van 30 miljoen euro vrijgemaakt om de eventuele meerkosten van deze overeenkomst te financieren. Dat budget

wordt inderdaad via het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen toegekend. De ziekenhuizen hebben al op 1 januari van dit jaar, in afwachting van de publicatie van de definitieve regels in een koninklijk besluit, een voorschot gekregen, dat berekend werd pro rata het aantal vte's kandidaat-specialisten die stage lopen bij een erkende stagemeeester in een ziekenhuis of een specifieke stage lopen bij een coördinerend stagemeeester.

Binnenkort zal het KB in het *Staatsblad* gepubliceerd worden dat de definitieve spelregels vastlegt. De verdeling van het budget tussen de ziekenhuizen zal gebeuren op basis van een vast forfait per vte ASO, onafhankelijk van de anciënniteit. Dit forfait wordt bepaald op basis van de gesloten enveloppe van 30 miljoen euro. Bovendien wordt een voorwaarde gekoppeld aan het ontvangen van de financiering, namelijk dat het ziekenhuis contracten met de ASO's gebruikt die overeenstemmen met de modelovereenkomst die vorig jaar binnen de Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenhuizen werd overeengekomen. Dat zal een krachtig wapen zijn om *compliance* te bekomen.

De Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenhuizen is opnieuw samengesteld met een vaste vertegenwoordiging van de ASO's en van de universitaire ziekenhuizen. De openbare aanbesteding voor een onafhankelijke tijdsregistratietool werd gepubliceerd. Dat is de praktische oplossing die we hebben gezocht om een veel effectievere handhaving mogelijk te maken. Het heeft wel wat tijd gevraagd om dat uit te werken, maar het komt eraan. De openbare aanbesteding is gepubliceerd.

Tot slot heeft de commissie er nog op gewezen dat een betere sociale bescherming van de ASO's ook aspecten bevat die niet tot de bevoegdheid van deze commissie horen, zoals pensioenopbouw en werkloosheidsuitkeringen. Inzake de pensioenopbouw wens ik u eraan te herinneren dat de artsen-specialisten in opleiding toch genieten van een verhoogd sociaal statuut voor hun pensioenopbouw ten belope van 6.351,21 euro per jaar, op voorwaarde uiteraard dat zij de conventietarieven respecteren. Het is, in alle eerlijkheid, niet evident dat het veel beter kan door te integreren in het bestaande pensioensysteem. Op zichzelf, als het correct wordt toegepast, is het verhoogd sociaal statuut een relatief gunstig systeem, durf ik te zeggen. Dat doet mij besluiten dat het prangendste probleem misschien eerder het probleem van de werkloosheidsuitkeringen is.

Er is geen aanpassing van de nomenclatuur in verband met eventuele inbreuken op de arbeidsduur van artsen-specialisten in opleiding.

Daarmee heb ik, in antwoord op uw vragen, een overzicht van de situatie gegeven.

**06.04 Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses qui sont moyennement rassurantes. Au cours des différentes auditions menées en commission durant la crise sanitaire du covid-19, combien de témoignages n'avons-nous pas entendus dénonçant les conditions de travail, les heures supplémentaires et les burn-out qui mettaient en danger les patients mais aussi les médecins?

On avait eu le sentiment que la conclusion de cet accord mènerait à une prise en compte de la part des hôpitaux et des médecins, à un changement culturel dans la manière d'organiser les formations. Je sens que c'est encore compliqué et que le chemin sera très long. Or, une nouvelle manière de voir est nécessaire pour entamer une série de réformes notamment au sujet du financement global des hôpitaux. Cela reste très inquiétant. Le travail doit continuer et nous devons maintenir une pression très forte pour que, *a minima*, ces conditions soient respectées.

**06.05 Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, uit uw antwoord maak ik op dat u die bedragen niet zult betalen aan ziekenhuizen die de modelovereenkomst niet gebruiken. Als het klopt wat onze collega zegt, kunnen we er dan van uitgaan dat bijvoorbeeld de KUL niets zou krijgen? Zo interpreteer ik uw woorden althans. Kunt u dat bevestigen?

**06.06 Minister Frank Vandenbroucke**: Wat de KUL betreft, heb ik een voorzichtiger en genuanceerder antwoord gegeven, waarover ik me hier en nu niet wil uitspreken. Het principe is echter inderdaad duidelijk en moet ook gehandhaafd worden.

Madame Hennuy, vous l'avez parfaitement résumé, c'est vraiment un changement de culture. C'est difficile mais c'est aussi extrêmement important car il faut former ces jeunes médecins dans une culture différente. C'est tout l'enjeu!

**06.07** **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is alleszins belangrijk om zeer streng toe te zien op het hanteren van die modelovereenkomst. De getuigenissen van het terrein en ook het korte rapport van de commissie dat u gegeven hebt, zijn immers duidelijk. Er doen zich nog heel veel problemen voor. Men wil nu zelfs de lunchpauze verrekenen. De studietijd wordt ook niet goed toegepast, als ik het goed heb begrepen.

In zekere zin ging het om een historisch akkoord, maar de toepassing ervan valt zeker niet historisch te noemen. Ik meen dat er nog heel veel werk aan de winkel is en ik zal hier dan ook zeker op terugkomen. Wij hopen op een strenge toepassing.

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

**07** **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De voorraad donorbloed" (55027495C)**

**07** **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les stocks de sang" (55027495C)**

**07.01** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het Rode Kruis-Vlaanderen gaf vorige maand aan dat de bloedvoorraden heel erg laag waren. Alleen van de bloedgroep B+ zou er nog voldoende voorraad zijn, van alle andere bloedgroepen zou er een alarmerend lage voorraad zijn.

Dat is jammer. Ons land heeft immers een mooie en lange traditie van vrijwillige, onbetaalde bloeddonatie. Daar is een onderbreking in gekomen. Wellicht zit de covidcrisis hier voor iets tussen, waardoor de routine van vaste donoren werd onderbroken, en blijkbaar is die ook niet meer opgepakt.

Het hoeft geen betoog, het is van belang om steeds een voldoende grote bloedvoorraad te verzekeren. Op dit moment zou er voorraad zijn voor minder dan een werkweek.

Is bekend wat de reden is van de terugval in donaties? Is dat inderdaad te wijten aan de covidcrisis? Of spelen er andere factoren mee?

Welke acties hebt u reeds kunnen ondernemen om de bloedvoorraad weer op punt te krijgen? Welke acties zult u eventueel nog ondernemen?

**07.02** **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, het FAGG vraagt op wekelijkse basis de bloedvoorraad op bij de vier bloedinstellingen. Die gegevens worden gecompileerd, om een beeld te krijgen van de nationale bloedvoorraad.

Inderdaad, sinds eind maart was er een daling, die nog niet direct reden tot ongerustheid gaf, een fluctuatie is op zich immers niet abnormaal. Op 21 april viel echter op dat de bloedvoorraad bleef dalen en bewoog in de richting van een kritieke voorraad. In eerste instantie werden de verschillende bloedinstellingen gecontacteerd. Zij hebben dat trouwens ook zelf proactief gezegd.

Wellicht is er een combinatie van factoren. Er is de impact van covid, maar misschien is er ook iets structurelers aan de hand. Dit moet in elk geval aangepakt worden. De betrokken administraties en mijn beleidscolleagues werken samen met de bloedinstellingen om deze situatie het hoofd te bieden. Zo is aan de ziekenhuizen gevraagd om het lokale beheer van de bloedvoorraad te optimaliseren. Dat is het zogenaamde *patient blood management*. Daarnaast werd sinds 26 april een nauwere opvolging van de nationale bloedvoorraad verzekerd. Wij zijn die dagelijks gaan opvolgen in plaats van wekelijks.

De bloedinstellingen hebben zelf ook campagnes voor donorwerving opgestart. Ik heb bijvoorbeeld zelf op 4 mei een bezoek gebracht aan het donorcentrum in Brussel om het belang van bloeddonatie onder de aandacht te brengen. Ik was daar aangenaam verrast door de niet-aflatende motivatie van het personeel en de donoren. Ik denk dat die acties een positief effect hebben gehad, omdat de bloedvoorraad opnieuw is toegenomen tot boven het optimale niveau. Op 20 mei bedroeg de bloedvoorraad 11.163 eenheden. Dat is goed, want een kritische voorraad bedraagt minder dan 4.250 eenheden. Voorlopig stellen de gegevens van 20 mei ons even gerust, maar ik heb het gevoel dat er op dit vlak sprake kan zijn van een structurele trend.

Dat moeten we zeer nauwlettend in het oog houden en we moeten eventueel nadenken over bijkomende acties.

**07.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik denk dat het inderdaad erg belangrijk is om mensen proberen te overtuigen, maar ook de reden van de daling van het aantal donaties moet worden achterhaald. Covid zal daar zeker een rol in spelen, maar alles wat de routine onderbreekt, is problematisch.

Ik ben daarom ook ongerust over het wetsvoorstel dat vorige week werd goedgekeurd in de plenaire vergadering. Dat wetsvoorstel ging over de verkorting van de wachtperiode van twaalf naar vier maanden voor mannen die seks hebben gehad met mannen. Die wijziging vereist een geheel andere organisatie. Er zijn daardoor een heleboel bijkomende maatregelen nodig. Het Rode Kruis-Vlaanderen geeft aan te vrezen dat door de expliciete vragenlijsten de mobiele collectes veel moeilijker zullen verlopen.

Ik wil vragen erover te waken dat die flankerende maatregelen mogelijk zullen zijn, maar ook te waken over de impact op dat vaste contingent van vrijwilligers. Indien er op een andere manier wordt gewerkt en mensen zich bijvoorbeeld verder moeten verplaatsen om bloed te geven, kan dit routines doorbreken en mensen afschrikken. Laat dit goed onderzoeken, zodat er proactief maatregelen kunnen worden genomen om een eventuele grote negatieve impact te voorkomen.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**08** **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besmettingen bij het zorgpersoneel" (55027509C)**

**08** **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contaminations au sein du personnel soignant" (55027509C)**

**08.01** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het is belangrijk om lessen te trekken uit het verleden en uit mogelijke fouten om goed voorbereid te zijn op de toekomst. Ik heb al eerder vragen gesteld over het aantal covidbesmettingen bij zorgverleners, maar ik heb daar tot op heden geen goed antwoord op gekregen. We hebben verschillende databases die sporadisch worden gekoppeld en gekruist maar er is nog altijd geen frequente rapportering. In Nederland publiceert het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) wekelijks cijfers over het aantal besmettingen bij zorgverleners. Die zijn heel gemakkelijk en laagdrempelig publiek toegankelijk.

Is er intussen een overzicht van het aantal covidbesmettingen bij zorgverleners? Worden deze cijfers opgesplitst per categorie zorgverlener? Kunt u daar iets meer over vertellen? Hoeveel zorgverleners werden tot nu toe gehospitaliseerd vanwege covid? Hoeveel zijn er overleden ten gevolge van covid? Kunnen die cijfers opgesplitst worden per categorie zorgverlener en per provincie?

Is het beschermende effect van persoonlijke beschermingsmiddelen op het aantal besmettingen bij zorgverleners in ons land bestudeerd? Zo ja, hoe is dat bestudeerd en wat zijn de resultaten? Worden daar conclusies uit getrokken voor toekomstige pandemieën?

**08.02** **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, de wekelijkse incidentie van positieve covidtesten onder zorgmedewerkers die bij de RSZ geregistreerd zijn, wordt opgevolgd binnen een samenwerking van de RSZ en Sciensano.

Voor de periode van 15 september 2020 tot eind januari 2022 zijn die incidenties bekend. De cumulatieve incidentie van COVID-19-diagnoses over die volledige periode komt op 50.000 diagnoses per 100.000 werkenden in de psychiatrische ziekenhuizen, rond de 60.000 diagnoses per 100.000 werkenden in de algemene ziekenhuizen en 52.000 diagnoses per 100.000 werkenden in de huisartspraktijken.

Het gaat dan over het aantal diagnoses, niet over het aantal personen. Er is dus geen correctie voor personen bij wie meermaals een positieve test werd geregistreerd of die meermaals een episode meemaakten.

Die cijfers lopen tot eind januari. Ook voor de periode vanaf februari 2022 is er opvolging, maar het vaststellen van de meest recente cijfers vereist nog enkele validatiestappen.

Van het begin van de epidemie tot en met eind maart 2022 is er 1,38 % zorgverleners binnen de gehospitaliseerde covidpatiënten geregistreerd in de *Clinical Hospital Survey*, waarin een vertraging van vier weken zit en die niet exhaustief is.

In de groep van de overleden gehospitaliseerden is 0,53 % zorgverlener. Binnen de groep van de overlijdens van de gehospitaliseerden ten gevolge van covid is 0,54 % zorgverlener. De categorie van zorgverleners opsplitsen, zoals u vraagt, is niet mogelijk, aangezien dat onderscheid niet wordt vastgelegd binnen de groep zorgverleners.

Het percentage van gehospitaliseerde zorgverleners overleden aan de gevolgen van COVID-19 ten opzichte van de overlijdens ten gevolge van COVID-19 in de ziekenhuizen bedraagt 0,58 % in Antwerpen, 1,18 % in Henegouwen, 2,41 % in Limburg, 1,27 % in Luik, 0,35 % in Namen, 0,17 % in Oost-Vlaanderen, 0,35 % in Vlaams-Brabant en 0,25 % in West-Vlaanderen. In Luxemburg, Waals-Brabant en Brussel zijn er nog geen gehospitaliseerde zorgverleners overleden aan de gevolgen van COVID-19 geregistreerd in de *Clinical Hospital Survey*. Om die reden zeggen we dat het percentage voor Luxemburg, Waals-Brabant en Brussel 0 % bedraagt.

Het beschermende effect van persoonlijke beschermingsmiddelen is nagegaan in verschillende types nationale en internationale studies. Uiteraard kunnen ook andere studies dan Belgische studies bij zorgverleners bijdragen tot de kennis en moeten wij ook met die studies rekening houden. Alle studies komen evenwel tot dezelfde conclusie, namelijk dat persoonlijke beschermingsmiddelen effectief zijn om het risico op besmetting te verminderen.

In ons land gebeurde onder andere een grootschalige seroprevalentiestudie bij zorgverleners tijdens het begin van de pandemie. De resultaten daarvan zijn inmiddels gepubliceerd in *BMJ Open*, een wetenschappelijk tijdschrift met peerreview. De auteurs concluderen: "Seroprevalence among hospital healthcare workers was slightly higher than that of the general Belgian population but followed a similar evolution, suggesting that infection, prevention and control measures were effective and should be strictly maintained."

Een andere Belgische seroprevalentiestudie, van het UZ Brussel, gepubliceerd in *Epidemiology and Infection*, concludeert ook dat het besmettingsrisico veel kleiner is na contact tussen zorgverleners en COVID-19-patiënten met de aanbevolen persoonlijke beschermingsmiddelen dan wanneer die contacten gebeuren zonder persoonlijke beschermingsmiddelen.

Tot slot, het allerbelangrijkste, de nodige strategische voorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen zijn inmiddels aangelegd.

**08.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, dank u wel. Het zijn inderdaad cumulatieve besmettingen, maar het zijn er wel ontzettend veel. Het is wel een beetje jammer dat er slechts relatieve cijfers worden gegeven en geen absolute. Het is belangrijk om daar aantallen op te kleven. U hebt het over een percentage van de zorgverleners die zijn overleden, maar het zou pas van respect voor de zorgverleners getuigen als we daar absolute aantallen op kleefden. Ik bekijk dit zeker nog eens in detail, want ik zag voor de verschillende provincies toch verschillen opduiken.

Het is ook jammer dat er niet werd opgesplitst per categorie van zorgverleners. Ik hoor wel dat de huisartsen werden opgevolgd, maar over andere eerstelijnszorgverstrekkers heb ik niets gehoord.

Ik hoop dat we de cijfers, die er in overvloed waren tijdens de pandemie, allemaal analyseren. Ik begrijp goed dat dit nog niet gebeurd is, maar ik begrijp minder goed dat er niet wekelijks een openbaar rapport komt over deze cijfers. Men spreekt soms over een overdosis aan data en het kan niet de bedoeling zijn om mensen daarmee te overladen, maar wie in de data geïnteresseerd is, moet ze eenvoudig kunnen raadplegen.

Dat het gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal nuttig is, dat hoop ik maar. Dat is ook zo, daar hoeft niemand mij van te overtuigen. Het is alleen wat jammer dat er hier geen conclusies zijn inzake de eerste golf, toen er te weinig persoonlijk beschermingsmateriaal was. Welke gevolgen had dat voor het zorgpersoneel? Ik lees de studies nog eens na om te zien of er nog conclusies uit te trekken vallen.

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

**09** Vraag van **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De audit inzake de zware toestellen voor medische beeldvorming" (55027510C)

**09** Question de **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'audit sur les appareils lourds d'imagerie médicale" (55027510C)

**09.01** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijn volgende vraag gaat over de audit van zware medische beeldvorming in de ziekenhuizen. De eenheid Audit Ziekenhuizen heeft het gebruik van zware apparatuur voor medische beeldvorming, met name CT en MRI, in het Belgische ziekenhuislandschap doorgelicht. Daaruit komen een aantal vaststellingen die al eerder zichtbaar waren in de rapportering door bijvoorbeeld het IMA.

Zo is er een verschil in het gebruik van zware radiologische apparatuur in de verschillende deelstaten. In Wallonië worden ongeveer evenveel MRI-scans gemaakt als in Vlaanderen, maar wel meer CT-scans. Bovendien worden door de eenheid Audit Ziekenhuizen een aantal opmerkelijke conclusies gemaakt. Een hoger gebruik van zware radiologische apparatuur zou in correlatie staan met de beschikbaarheid ervan. Ziekenhuizen met interne procedures om het gebruik van CT-scans af te bouwen, zouden daar ook in slagen. CT-scans worden het beste zoveel mogelijk beperkt, gezien de straling die ermee gepaard gaat.

In verband met de digitalisering zouden er nog problemen zijn met de implementatie in het elektronisch patiëntendossier en de gegevensdeling. Daarnaast is er het gekende feit dat het hoge gebruik van radiografieën en CT-scans in dit land ons al jarenlang een internationale topplaats oplevert qua stralingsbelasting. Wat dat betreft zijn MRI-scanners minder schadelijk, aangezien ze enkel een budgettaire impact hebben en geen impact met betrekking tot ioniserende straling.

Wat zijn uw conclusies uit deze belangrijke audit? Bent u het eens met de aanbevelingen van de eenheid Audit Ziekenhuizen?

Welke acties zullen hieruit volgen en volgens welk tijdsplan?

Hebt u een bepaalde reductie van stralingsbelasting voor ogen, zodat we eindelijk uit de top van landen met de hoogste stralingsbelasting raken? Hoe zult u dat aanpakken?

Staat u in overleg met de deelstaten over het voorschrijfgedrag en de mogelijke impact van het onderwijs en bijscholing op het aantal voorschriften voor zware beeldvorming?

Zult u overleggen met radiologen en ziekenhuizen? Zo ja, wanneer en met wie?

**09.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: De audit heeft interessante vaststellingen en aanbevelingen opgeleverd. De audit heeft terecht belangrijke inter- en intraregionale verschillen in praktijkvoering aangetoond. De audit geeft ook de belangrijke positieve vaststelling dat in ziekenhuizen die een beleid hebben opgesteld voor het verminderen van het aantal CT-onderzoeken, een positief effect zichtbaar is op de verhouding tussen MRI-verstrekkingen en CT-verstrekkingen. Dat is natuurlijk een belangrijk aanknopingspunt om het gerechtvaardigd gebruik van CT-onderzoek te promoten en zo de inter- en intraregionale verschillen te verkleinen.

U vraagt naar acties. Zoals opgenomen in mijn hervormingsplan Ziekenhuisfinanciering wil ik in overleg met het Belgian Medical Imaging Platform of BELMIP de nieuwe financieringswijze van de medische beeldvorming in de ziekenhuizen uitwerken. Dat gaat over de financiering van CT en MRI. Het idee is een financieringsmodel in te voeren met, enerzijds, een professioneel honorarium voor de arts en, anderzijds, een technisch forfait voor de werking van het toestel, gebaseerd op verantwoorde, reële kosten in functie van een verantwoord volume aan prestaties.

Het forfait is meer concreet gebaseerd op een genormeerde populatiegebonden financiering. Er wordt daarbij gekeken naar het marktaandeel van elk ziekenhuis voor zware medische beeldvorming, een te bepalen normconsumptie met CT versus NMR en daaruit een te bepalen verantwoord aantal toestellen per ziekenhuis. Onze inspiratie ter zake is het Franse model.

Bovendien zijn het RIZIV en de FOD Volksgezondheid al bezig met een analyse van de manier waarop we tot een rationeel gebruik van de medische beeldvorming kunnen komen. Daarin passen verschillende projecten. Ik zal er u twee geven.

Dat is, ten eerste, het invoeren van de *clinical decision support* (CDS) voor het aangewezen voorschrijven van radiologie. Bij dat systeem van *clinical decision support* zullen evidencebased basisbeslisregels worden geïntegreerd in de klinische workflow van alle artsen die radiologische onderzoeken aanvragen. Het systeem zal per voorschrift nagaan of het voorgestelde onderzoek in lijn ligt met evidencebased aanbevelingen. Dat zal de artsen helpen een meer doelmatig voorschrijfgedrag te ontwikkelen. Een planning en tijdlijn werden voor het project *clinical decision support* voor radiologie opgesteld. Door middel van pilootprojecten wensen wij de ondersteunende doelen voor radiologie in juni 2024 uit te rollen.

Het project kan succesvol worden uitgerold op voorwaarde dat, ten eerste, de planning is afgestemd met alle partners, zijnde de ontwikkelingspartners, eHealth, de eerstelijnszorg, de softwareleveranciers en andere. Die afstemming moet nog gebeuren. De tweede voorwaarde is dat het digitale verwijzingsvoorschrift beschikbaar moet zijn in het eerste kwartaal van 2024. CDS kan immers enkel zinvol worden toegepast indien het geïntegreerd is in een digitale elektronische voorschrijvingsoplossing.

Het tweede grote project is een vervolgcampagne over medische beeldvorming bij lage rugpijn. Die campagne wordt nu voorbereid. Uit de evaluatie van de eerste campagne van 2021 blijkt dat de campagne een hoge retentiegraad had.

Maar liefst 43,7 % van de bevolking herinnerde zich de campagne na de afloop ervan en de campagne bleek goed te scoren op het vlak van informatie, leesbaarheid en aantrekkelijkheid.

U vraagt of we een bepaalde reductie van stralingsbelasting voor ogen hebben. De hoge stralingsbelasting voor diagnostische toepassingen wordt veroorzaakt door het ondoelmatig voorschrijven van radiologisch onderzoek, in het bijzonder CT-scans. Een rapport van het RIZIV uit oktober 2010 stelde dat meer voorschrijven via *evidence-based guidelines* de medische blootstelling aan ioniserende straling voor diagnostische onderzoeken met minstens een kwart zou kunnen verminderden.

Met de invoering van CDS voor radiologie, in combinatie met het nieuwe financieringsmodel, willen we onnodige onderzoeken voorkomen op het juiste moment, namelijk het ogenblik waarop de voorschrijvende arts deze zou aanvragen. Daarbij zouden naargelang van de indicatie en op basis van de evidencebased beslisregels ondoelmatige CT-scans worden verminderd, enerzijds door geen beeldvorming voor te schrijven en anderzijds door een ander, meer aangewezen onderzoek voor te schrijven, zoals een MRI.

Op het vlak van de stralingsbelasting is er wel goed nieuws. Het FANC, waarmee nauw wordt samengewerkt binnen BELMIP, heeft in april de bevindingen van een dosisstudie gepubliceerd. Het FANC stelde vast dat de gemiddelde stralingsdosis waaraan patiënten per CT-onderzoek worden blootgesteld, het afgelopen decennium met maar liefst 30 tot 55 % is gedaald. Op Europees niveau doen de Belgische ziekenhuizen het bij het uitvoeren van beeldvormingsonderzoeken goed wat betreft aandacht voor de stralingsbescherming van de patiënten. Tegelijkertijd verzekeren ze hierbij ook het behoud van een kwalitatieve beeldvorming. Deze laatste gedachte dus ter afsluiting van wat ik zei over de noodzaak om de stralingsbelasting verder te verminderen.

U vraagt of ik in overleg sta met de deelstaten. Correct voorschrijven van radiologisch onderzoek start inderdaad al bij de opleiding van de artsen. Het RIZIV en de FOD Volksgezondheid onderzoeken hoe voor een educatieve omgeving van de CDS-tool kan worden gezorgd. Op die manier zal CDS voor radiologie ook kunnen worden benut als tool bij de opleiding van artsen en bij de continue navorming. Wanneer er meer zicht is op de tijdshorizon voor dit onderdeel van het CDS-project zullen wij de deelstaten contacteren. Periodiek worden in het platform BELMIP, waarin ook de deelstaten zetelen, al updates van het CDS-project meegedeeld.

U vraagt naar het overleg met radiologen en ziekenhuizen. Alle acties die ik hier heb aangehaald, worden uitgewerkt in overleg met de experts van BELMIP. Op die wijze verzekeren wij dat de expertise van BELMIP wordt benut en dat alle stakeholders betrokken zijn.

Voor de *clinical decision support* voor radiologieprojecten is goede communicatie en afstemming met de sector essentieel. Daarom werd binnen het project een specifieke werkgroep Communicatie en Acceptatie



opgericht. In deze werkgroep zullen alle actoren uitgenodigd zijn.

**09.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, dit verdient inderdaad een aanpak op verschillende niveaus. U sprak over responsabilisering en doelmatige zorg. Ik heb in mijn opleiding geleerd om steeds het ALARA-principe, *as low as reasonably achievable*, te huldigen. Hoe minder straling men nodig heeft om een bepaald beeld te krijgen, hoe beter. Dat is een heel belangrijk principe, voor de artsen, maar ook voor de patiënten. Voorlichtingscampagnes moeten patiënten continu bewustmaken dat een CT-scan niet steeds de oplossing is voor een probleem of niet steeds nodig is om een bepaalde diagnose te stellen. Dat is heel belangrijk.

Uit die studie blijkt inderdaad dat de ziekenhuizen die reeds een protocol hanteren om het aantal CT-scans te doen dalen, daar ook in slagen. Het is volgens mij ook een kwestie van mentaliteit in een ziekenhuis, bij artsen, bij zorgverstrekkers. Er moet wel een algemeen plan zijn, maar men mag degenen die goed bezig zijn, niet bestraffen. Dat is belangrijk. Er zijn grote verschillen en het zijn niet degenen die goed bezig zijn, die aangepakt moeten worden.

U geeft aan dat de stralingsdosis per CT de laatste tijd is gedaald. Inderdaad, er wordt steeds meer gebruikgemaakt van *low dose C's*. Die evolutie is natuurlijk wel in alle landen bezig. Het aantal naar beneden krijgen moet dus nog steeds het doel zijn.

Ik volg het graag mee op. Het is een domein dat mij bijzonder boeit. Ik hoop dat wij inderdaad uit de top op het vlak van stralingsbelasting raken.

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

**10 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "GovApp" (55027516C)**

**10 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'appli GovApp" (55027516C)**

**10.01 Dominiek Sneppe (VB):** Mijnheer de minister, de interministeriële conferentie Volksgezondheid lanceerde enkele weken geleden GovApp, waarmee men nog sneller en veiliger meldingen van de overheid kan ontvangen. Naar aanleiding van de coronacrisis zijn websites, campagnes, brochures en ook twee digitale applicaties, Coronalert en CovidSafe, opgemaakt of georganiseerd. Het is de bedoeling verder gebruik te maken van dit type communicatie. GovApp vervangt de sms-berichten die tot nu toe verstuurd werden, en zou voor een besparing zorgen, aangezien het volume aan betaalde sms-berichten drastisch zou moeten dalen.

De technische realisatie gebeurde door Digitaal Vlaanderen en de gemeenschappelijke ICT-organisatie van de Openbare Instellingen van de Sociale Zekerheid, de Federale Overheidsdiensten, en de overheidsdiensten van de deelstaten, namelijk de vzw Smals.

Hoeveel kost deze app?

Verdwijnen daarmee de andere applicaties, bijvoorbeeld Coronalert en CovidSafe? Hoeveel hebben die apps gekost?

Wat was het kostenplaatje van de sms-berichten? Hoeveel bedraagt de besparing naar schatting?

In het persbericht was er sprake van dat in de toekomst ook andere informatie gedeeld zou kunnen worden. Over welke informatie gaat het hier?

Werd het advies van de GBA gevraagd? Wat was haar advies?

Welke alternatieven zijn er voor digitaal onkundigen?

**10.02 Minister Frank Vandenbroucke:** De kostprijs, inclusief btw, voor de verschillende functionaliteiten van GovApp bedraagt 77.000 euro, als een eenmalige investering, en jaarlijks 51.400 euro voor onderhoud en

support.

GovApp is een alternatief voor het ontvangen van sms'en vanwege de overheid. Het is een alternatief dat toelaat duidelijker, veiliger en goedkoper te communiceren met de burger. Duidelijker, omdat de berichten veel langer kunnen zijn dan sms'en, en er ook beelden of filmpjes kunnen worden meegestuurd. Veiliger, omdat de berichten end-to-end versleuteld zijn. Goedkoper, omdat er in tegenstelling tot bij een sms geen verzendkosten zijn.

Ik roep iedereen op GovApp te installeren. Men vindt daar alle informatie over op de website [www.GovApp.be](http://www.GovApp.be).

Er mag geen verwarring zijn met de CovidSafe-applicatie, die een applicatie is om het COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaat te kunnen downloaden en om het te kunnen tonen waar nodig. Er mag ook geen verwarring zijn met Coronalert, een applicatie die de gebruiker kan waarschuwen wanneer hij een hoogrisicocontact heeft gehad met een andere persoon, die besmet is met COVID -9.

Kortom, CovidSafe.be, Coronalert en de nieuwe GovApp zijn drie verschillende functionaliteiten, die alle drie actief zullen blijven zolang ze nuttig zijn.

Na onderhandelingen met de telecomoperatoren, waarbij voor 2022 een korting van zowat 70 % kon worden verkregen op de kosten van sms'en in het kader van de bestrijding van COVID-19, bedragen de kosten voor een sms naar een Belgische abonnee 0,025 euro, inclusief btw. De kosten voor een sms naar een buitenlandse abonnee lopen op tot bijna driemaal dat bedrag.

Gedurende de maanden in 2021 waarin het virus erg circuleerde, dreigden de sms-kosten het bedrag van 1 miljoen euro per maand te benaderen. Uiteraard zijn de kosten de laatste maanden veel lager. Bij een opflakking van het virus – waarvan ik natuurlijk hoop dat ze uitblijft – zijn we nu klaar om bijna gratis en, vooral, nog veel duidelijker gericht te communiceren. Overigens kunnen ook andere sms'en die nu worden verstuurd door overheden of instellingen van sociale zekerheid, voortaan gratis duidelijker en veiliger worden doorgestuurd via berichten naar GovApp.

Alle berichten die door overheidsinstellingen of instellingen van sociale zekerheid via sms worden verstuurd naar een burger, kunnen voortaan naar GovApp worden gestuurd, voor de burgers die de app hebben geïnstalleerd. Denk bijvoorbeeld aan de melding dat er een nieuw belangrijk bericht in de eBox klaarstaat of de melding die vandaag door BE-Alert via sms wordt verstuurd aan mensen die zich op BE-Alert hebben ingeschreven.

GovApp is gewoon een alternatief communicatiekanaal voor een sms. Een dergelijk communicatiekanaal dient op zich niet wettelijk geregeld te worden. Er is dus geen regelgeving ter advies voorgelegd aan de Gegevensbeschermingsautoriteit. Zoals aangegeven, zijn de berichten die via de app worden verstuurd, end-to-end versleuteld, zodat niemand anders dan de bestemming er kennis van kan nemen. Dat is niet het geval bij een sms. Buiten het mobiele telefoonnummer van het toestel waarop de app is geïnstalleerd, wordt geen enkel persoonsgegeven verwerkt. Het privacybeleid kan worden geraadpleegd op de website die ik daarnet vermeldde.

Ten slotte nog dit: bij alle initiatieven heeft de regering aandacht voor sociale inclusie. Zo worden bijvoorbeeld de uitnodigingen voor vaccinatie op papier verstuurd naar mensen die hun eBox niet hebben geactiveerd. Toch blijken heel veel personen wel over een mobiele toepassing te beschikken. Zo is de app CovidSafeBE geïnstalleerd op 8,5 miljoen toestellen. Als de gebruikers van al die toestellen GovApp installeren, dan kunnen we hun via dat kanaal duidelijk, veilig en goedkoper informeren.

**10.03** **Dominiek Sneepe** (VB): Mijnheer de minister, het is de bedoeling om met die ene app heel veel te kunnen doen, maar blijkbaar kan nog niet alles. Het is jammer dat bijvoorbeeld de covidapps daarnaast moeten blijven bestaan en dat het niet allemaal met één app kan gebeuren. Dat zou veel overzichtelijker zijn voor de burger.

Wij moeten ook nog altijd rekening houden met de sociale inclusie. Er zijn nog heel wat mensen die digitaal niet mee zijn, omdat zij daarvoor de middelen of de knowhow niet hebben. Het is belangrijk dat ook die mensen op de hoogte blijven van het reilen en zeilen en de boodschappen van de meerderheid.

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

**11** Vraag van **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe coronavarianten BA.4 en BA.5" (55027562C)

**11** Question de **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouveaux variants BA.4 et BA.5 du coronavirus" (55027562C)

**11.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Deze vraag is al een tijdje geleden ingediend en betreft de omikron BA.4- en BA.5-varianten die in Zuid-Afrika getraceerd zouden zijn.

Welke beslissing hebt u genomen omtrent de vaccinaties in het najaar? Zult u opteren voor de vaccins die aan de omikronvariant zijn aangepast of zult u de Wuhanversie verder toedienen?

**11.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Wij volgen de nieuwe varianten op via met name de analyses van het referentielabo. De opmars van die varianten is bij ons niet van die aard dat we ons daar nu zeer grote zorgen over moeten maken. De verspreiding is tot nu toe beperkt. Er werden tot 3 mei een tiental gevallen van BA.4 en twee van BA.5 vastgesteld in België. Ook in de rest van Europa is het aantal gedetecteerde gevallen nog beperkt. Enkel in Zuid-Afrika is er een sterke verspreiding. Het is nog te vroeg om in te schatten wat een eventuele vervanging van de BA.2-subvariant door BA.4 en/of BA.5 in België zal betekenen. Er zijn tot nu toe geen aanwijzingen dat die subvarianten zouden verschillen in de ernst van het ziektebeeld. Het meest waarschijnlijke is dat de subvarianten tijdelijk tot een lichte stijging van het aantal infecties zullen leiden, vergelijkbaar met wat we gezien hebben toen BA.1 door BA.2 werd vervangen. We volgen dit nauw op.

Over de vaccinatie is nog geen beslissing genomen. Het is ook nog niet duidelijk of de bedrijven die de vaccins leveren, met name Pfizer en Moderna, met een variantvaccin zullen komen dat vergund wordt en waarvan we vervolgens oordelen dat de superieure werkzaamheid van die aard is dat het beter is om die te gebruiken. We weten dat nog niet. We zijn aan het onderhandelen met de bedrijven over de verschillende opties die er kunnen zijn, maar we kunnen nu niet zeggen of we op een bepaald moment zullen beslissen om een variantvaccin te gebruiken, dan wel de oorspronkelijke vaccins die ontwikkeld zijn tegen de Wuhanstam. Het is te vroeg om dat te kunnen bepalen.

**11.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister. Met betrekking tot de varianten ben ik het met u eens. Het is allemaal moeilijk in te schatten. We zitten in een ander seizoen. We zullen ons moeten voorbereiden op wat er in de winter komt.

Wat de vaccins betreft, heb ik mij laten vertellen dat u de vraag van de firma's hebt gekregen.

**11.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Absoluut. De firma's laten weten dat zij een vaccin ontwikkelen dat succesvol zou kunnen zijn en ze vragen of wij interesse hebben.

Ik had uw vraag anders begrepen. Uw vraag is: zullen we die vaccins gebruiken? Dat weten we nog niet. We zijn met de firma's aan het onderhandelen. We bekijken in welke opties we geïnteresseerd zijn. Die bespreking loopt, ook binnen de IMC. We evalueren de opties die er zijn bij de bestellingen. De firma's zelf kunnen niet met zekerheid zeggen dat ze een vergunning zullen krijgen. Ze kunnen ook nog niet veel zeggen over de werkzaamheid.

**11.05** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het duidt toch weer op dat kluwen van contracten die rond de covidvaccins zijn gemaakt. U antwoordt mij nu dat u met de firma's de opties voor de levering van eventueel aangepaste vaccins aan het bekijken bent.

**11.06** Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is geen groot nieuws. Dat doen we al een tijdje. Daar zijn we al lang mee bezig. Dat is ook een Europees debat.

**11.07** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik heb u vorig jaar expliciet en herhaaldelijk gevraagd of u aangepaste vaccins zult kunnen bestellen. Ik stel vandaag vast dat u daarover nog aan het onderhandelen bent.

De kritiek die we zo vaak over die vaccincontracten hebben geuit, blijkt vandaag toch wel terecht te zijn. Ten eerste was de prijs niet duidelijk. Ten tweede was de proportionaliteit niet duidelijk. Ten derde is er de vraag hoe we de toekomst zien. Als we vandaag de krant lezen, zien we dat heel wat lidstaten het met de kritiek van de N-VA-fractie eens zijn.

**11.08** Minister **Frank Vandenbroucke**: Het is net omgekeerd. Sorry, maar u was hier voortdurend aan het roepen: "Bestellen, bestellen, kopen, kopen. Snel zijn, de gelegenheid niet laten voorbijgaan, andere landen zullen u anders voorbijsteken." Dat is kort samengevat wat u hier het voorbije anderhalf jaar hebt gezegd.

Nu stelt u plots dat de brief van Polen en andere Oost-Europese landen uw visie zou bevestigen. Welnu, het is net omgekeerd, mevrouw Depoorter. Ik neem het u hoe dan ook niet kwalijk: u hebt – zoals vele anderen – erop aangedrongen dat er snel geageerd moest worden. We hebben dat in de mate van het mogelijke gedaan, en we blijven dat doen.

**11.09** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik heb er ook steeds bij gezegd dat u ervoor diende te zorgen dat de contracten waterdicht waren. Welnu, dat waren ze van meet af aan duidelijk niet. U hebt van in het begin geroepen – om uw eigen woorden te gebruiken – dat uw contract waterdicht was en dat u wist waarvoor u stond. En dat u, mocht u vaccins op overschot hebben, die aan COVAX zou doneren, zodat ze ter beschikking zouden komen van mensen in ontwikkelingsgebieden. Ik stel vandaag vast dat u niet weet wat uw contract precies inhoudt. U bent nog steeds aan het onderhandelen om dit najaar aangepaste vaccins voor onze patiënten te kunnen krijgen. Laat dat nu zijn waar het hier om draait, mijnheer de minister: u hebt niet op een transparante manier over uw contracten onderhandeld. U zat niet mee aan tafel en hebt het toevertrouwd aan uw Europese collega's. Uw eigen FAGG was niet op de hoogte van wat er precies werd ondertekend. Dat wreekt zich vandaag opnieuw. We zitten met een overschot aan vaccins die eerstdaags vervallen en niet zullen worden gebruikt, hier niet en ook niet aan de andere kant van de wereld, hoewel er nog steeds veel mensen op wachten. Tegelijk kunt u onze patiënten niet garanderen dat ze het komende najaar het meest toepasselijke vaccin toegediend zullen krijgen.

**11.10** Minister **Frank Vandenbroucke**: Deze discussie wordt best vermoeiend. We kunnen dat gewoonweg niet garanderen, vermits we nog niet weten of de vaccins tegen de varianten vergund zullen worden en of ze werkzaam zullen zijn.

Ten tweede is het je reinste onzin dat wij niet zouden weten wat de contracten precies inhouden. Ik zou u in dat geval willen verzoeken de Vlaamse regering daar dringend over te interpellieren. In die regering bent u mee aan zet. Het zou dus schandalig zijn wat die Vlaamse regering beslist, want die neemt de beslissingen samen met ons. Als er een regering is die er, geheel terecht, voortdurend op aandringt snel te beslissen en voldoende in te kopen, dan is het toch wel precies de Vlaamse regering.

**11.11** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Weet u wat schandalig is, mijnheer de minister? Dat de toelichting, gegeven door het FAGG op de IMC, ook gearceerde vakjes bevatte. Ik heb dat opgevraagd, maar nooit gekregen. Hoe zou er dan op een correcte manier kunnen worden beslist? Dat is mijn vraag. Er is telkens opnieuw een blanco handtekening gegeven aan het FAGG, dat niet mee aan tafel zat. Ik heb daar van meet af aan voor gewaarschuwd. Dat is een zware fout, waar we tot op vandaag de gevolgen van dragen.

De **voorzitster**: De volgende vraag gaat over *needle spiking*, mijnheer de minister. Dat is nog wat anders dan wartaal.

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

## **12** **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Needle spiking in het uitgaansleven" (55027563C)
- **Sophie Rohonyi** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Needle spiking" (55028095C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Needle spiking en een mogelijke IMC Drugs" (55028212C)
- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De

## medische discipline bij manifestaties" (55028292C)

### 12 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les agressions à la seringue (needle spiking) dans le monde de la nuit" (55027563C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les agressions aux aiguilles hypodermiques" (55028095C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les agressions aux aiguilles hypodermiques et une éventuelle CIM Drogues" (55028212C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La discipline médicale dans le cadre d'événements" (55028292C)

12.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la présidente, je souhaite interpeller le ministre de la Santé sur les nombreux cas d'agressions sexuelles qui ont eu lieu dans toute une série de pays grâce à des aiguilles hypodermiques. Il s'est avéré que des dizaines de jeunes filles sortant en discothèque ou dans des bars ont témoigné s'être réveillées le lendemain avec des marques de piqûres mais aussi des ecchymoses sur la peau.

Monsieur le ministre, cette situation m'a poussée à interroger votre collègue de l'Intérieur dans un premier temps. Elle m'a redirigée vers vous, pour les aspects de cette problématique qui concernent la santé, tout en sachant qu'elle a minimisé la gravité du problème. En effet, elle l'a renvoyé à la responsabilité des entités locales et en particulier des zones de police locales. Cela pose fondamentalement question.

Le *modus operandi* pose lui aussi question à plus d'un titre, en termes de santé. Premièrement, le type de drogue utilisé pose question, mais aussi les effets de cette drogue et la durée dans laquelle elle reste dans le sang. Deuxièmement, la question des maladies transmissibles par voie intraveineuse, telles que le VIH, se pose lorsque les mêmes seringues sont utilisées. Il en ressort aujourd'hui que les agresseurs profitent du flou et de l'absence de mesures prises par le politique, au niveau belge en tout cas, pour sévir. En effet, les organisateurs de la Belgian Pride, à la mi-mai, mais aussi ceux du festival We R Young à Hasselt, ont reçu un nombre conséquent de plaintes.

Monsieur le ministre, avez-vous connaissance de cas d'administration non sollicitée de drogue par le biais d'aiguilles hypodermiques dans notre pays? Ce type d'agressions présente-t-il selon vous un risque quant à la transmission de certaines maladies telles que le VIH? Dans l'affirmative, comment ces situations sont-elles appréhendées, tant sur le plan préventif que sur le plan curatif? Votre cabinet s'est-il déjà penché sur cette question? L'avez-vous abordée avec vos homologues des entités fédérées? Des cas de transmission de maladies dans le cadre d'agressions par aiguilles hypodermiques ont-ils été recensés dans notre pays? Dans l'affirmative pourriez-vous nous fournir des chiffres, et notamment des chiffres ventilés par type de maladies? Enfin, avez-vous connaissance des types de drogues qui sont transmissibles via ces aiguilles? Combien de temps ces substances restent-elles dans le sang des victimes?

12.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ook ik heb twee vragen over het thema. *Needle spiking* is een nieuw fenomeen. *Spiking* kenden wij al langer, zijnde het toedienen van drugs via een drankje. Nu wordt echter verder gegaan en wordt er gesproken van het injecteren van verdovende substanties op evenementen bij jonge meisjes en jongens.

De manier waarop de aanval verloopt, gebeurt telkens zowat volgens hetzelfde scenario, namelijk het toedienen via een injectie met de bedoeling de slachtoffers te drogeren of af te zonderen. Na enkele minuten worden de jongeren gewaar dat er iets mis is. Zij kunnen heel vaak de dader niet meer identificeren.

Bij de voorvallen in ons land zien wij dat er soms sprake is van prikkels die zichtbaar zijn op het lichaam. Andere keren zijn ze dan weer niet te zien. Toxicologisch hebben wij nu toe geen middelen aangetroffen in het lichaam van de slachtoffers.

Is er duidelijkheid over de substanties die worden gebruikt? Ik heb vernomen dat naar tweehonderd verschillende moleculen is gezocht bij bepaalde slachtoffers. Bij hoeveel procent van de slachtoffers is dat gebeurd?

Wat zijn vandaag de gevolgen voor de getroffen personen? Hoe worden zij gezondheidsmatig opgevolgd? Zult u met andere woorden daarmee aan de slag gaan als een prikincident? Zult u dus ook gedurende zes maanden op overdraagbare aandoeningen screenen?

Er werd een verband gelegd met de toxicologische werking van flunitazepam, dat vaak wordt gebruikt bij spiking. Die drug inspuiten is echter een andere zaak. Is ergens flunitazepam gevonden bij patiënten? Zijn er spuiten gevonden in de omgeving waar de slachtoffers werden geïnjecteerd?

Er is ook sprake van een andere drug, namelijk GHB of het 4-hydroxybutaan zuur. Dat heeft een heel korte werking. Het probleem is dat het na acht uur niet meer kan worden getraceerd. Hoe zou u daarop een antwoord geven, om slachtoffers gerust te stellen?

Er zijn nu al een aantal incidenten geweest, ook op sportmanifestaties, waarbij men toch niet meteen zou denken aan het bedwelmen en misbruiken van slachtoffers.

Hebt u de toxicologische labo's van onze universiteiten opdracht gegeven om een diepgaand onderzoek uit te voeren naar vreemde stoffen in het lichaam van de slachtoffers of was het eigenlijk een gewone standaardtoxicologische bepaling? Met bijvoorbeeld heel diepgaande technieken kan immers echt op zoek worden gegaan naar nieuwe producten.

In hoeverre worden de slachtoffers ook na het ontslag uit het ziekenhuis gevolgd, zowel medisch als psychologisch? Gaat men op zoek naar metaboliëten na 24 uur, 48 uur, 72 uur? In hoeverre worden de prikincidenten gemonitord in globo?

Zult u de IMC Drugs samenroepen opdat die voor de zomer een plan zou opstellen? De artsen van het Jessa Ziekenhuis hebben geopperd dat zij wel bijstand willen voor komende zomer. Zult u de controle op spuiten of andere puntige voorwerpen bij massa-evenementen opdrijven?

**12.03 Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag is eerder gericht op het optreden van de medische discipline als er op één plaats veel mensen samenkomen, bijvoorbeeld op een festival. Dat brengt natuurlijk veel uitdagingen met zich voor de medische discipline, daar er altijd een kans op calamiteiten is.

De federale gezondheidsinspecteur verleent advies inzake het aantal nodige artsen en verpleegkundigen voor dergelijke manifestaties. Het type arts wordt daarbij echter niet gedefinieerd. Er is dus geen bepaald niveau van expertise vereist inzake luchtwegmanagement, intoxicatie, maar ook niet inzake de gepaste communicatie in geval van paniek of massahysterie over bepaalde substanties.

Hebt u plannen voor een wettelijk kader dat het type arts en verpleegkundige definieert voor manifestaties waarbij het advies van de federale gezondheidsinspecteur noodzakelijk is?

Is het volgens u wenselijk dat er minimumnormen zijn voor de kwalificaties van de zorgverleners? Moeten die volgens u ook aangepast worden aan het type manifestatie en het risico dat het met zich brengt?

Hoe gebeurt de rapportering van de federale gezondheidsinspecteurs? Worden de rapporten verzameld voor benchmarking? Komen daar leerpunten uit naar voren? Wordt er dan een verbetertraject opgesteld?

Heeft de FOD Volksgezondheid ter opvolging van het fenomeen *needle spiking* aangepaste adviezen geformuleerd aan het medisch personeel?

**12.04 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, tant à Arlon qu'à Bruxelles, certaines victimes auraient signalé des incidents appelés *needle spiking*. Les collègues de l'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles, Eurotox, et du Centre d'expertise flamand pour l'alcool et les autres drogues, le VAD, confirment également qu'il y a eu des rumeurs d'incidents.

Pour l'instant, il n'y a cependant aucune confirmation officielle de l'existence du phénomène de *needle spiking* en Belgique. Néanmoins, ces nouvelles sont inquiétantes et nous devons garder à l'œil tout ce qui peut se passer.

*A fortiori*, nous ne sommes pas en mesure de dire avec certitude si les aiguilles sont utilisées une seule fois ou plusieurs fois. Évidemment, une utilisation répétée comporte toujours un risque de transmission de maladies. Mais nous ne disposons pas de données en la matière.

Selon les pays voisins, les cas de *needle spiking* impliquent l'utilisation de GHB et de flunitazepam, le

Rohypnol. Ceux-ci sont éliminés du sang très rapidement, généralement en quelques heures ou moins d'un jour. Une déclaration tardive d'un incident rend donc difficile de prouver l'utilisation d'une de ces substances. Cependant, le flunitrazepam en particulier peut être détecté dans les urines pendant une période plus longue, jusqu'à maximum une semaine après l'administration.

Les informations les plus récentes disponibles sur l'utilisation du GHB et du flunitrazepam dans les cas d'agression sexuelle ou de viol proviennent d'une étude de l'Institut national de criminalistique et de criminologie. L'une des conclusions est que surtout l'alcool, suivi par les drogues illicites classiques, telles que la cocaïne, les amphétamines, le cannabis et les médicaments psychoactifs sont plus fréquents dans les cas de viol, par opposition aux drogues de viol hautement médiatisées tels que le GHB et le flunitrazepam. Une éventuelle sous-estimation des chiffres due à la faible détectabilité ne peut être exclue. L'ajout de drogues à des boissons ou la prise d'une pilule inconnue ou non figurent parmi les méthodes d'administration les plus courantes.

Wat de vragen betreft rond verder diepgaand onderzoek en de opvolging van dit dossier, moet ik u doorverwijzen naar mijn collega-ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken, aangezien het hier gaat over de gerechtelijke autoriteiten, die op basis van de vaststellingen van de politie toxicologische analyses en ander forensisch onderzoek vorderen. Dat geldt ook voor het monitoren en opdrijven van controles en dergelijke.

Aangezien er op dit moment geen objectieve gegevens beschikbaar zijn over de plaats van psychoactieve stoffen in *needle spiking*, is het voorbarig om hierover al de thematische vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid samen te roepen. Het fenomeen dient eerst grondig geanalyseerd en opgevolgd te worden.

Het gebruik van drugs in het uitgaansleven en het fenomeen van spiking zijn bevoegdheden van de deelstaten in het kader van hun preventieve opdracht.

Wat de vragen rond de federale gezondheidsinspectie betreft, verleent het koninklijk besluit van 1998 betreffende de Provinciale Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening aan de federale gezondheidsinspectie de bevoegdheid om de lokale autoriteiten te adviseren. Hoewel in het KB aangaande nood- en interventieplannen van 2006 niet expliciet wordt gesproken van manifestaties, vallen grote manifestaties wel onder de interpretatie van het toepassingsgebied van de bijzondere nood- en interventieplannen en van die van de bijzondere situaties en noodsituaties. Er werd dan ook expliciet naar verwezen in de omzendbrief NPU-1 van 2008. Aangezien deze en andere omzendbrieven nu horen bij het KB van 2019, zijn ze nog altijd van kracht.

Het is binnen dit kader dat de federale gezondheidsinspecteur een advies aan de vergunnende autoriteit – de burgemeester of de gouverneur – verleent. Dat advies heet het PRIMA-advies. Het is niet bindend en de bevoegdheden van de federale gezondheidsinspecteur beperken zich tot dit niet-bindende advies. Alleen wanneer tijdens een manifestatie zelf een medisch of psychosociaal interventieplan geactiveerd wordt, krijgt de federale overheid via haar federale gezondheidsinspectie opnieuw een rol toebedeeld. Het behoort tot de bevoegdheid en de verantwoordelijkheid van de vergunnende overheid om de elementen van advies over te nemen, binnen de voorwaarden van de vergunning of niet.

Binnen het niet-bindende advies van de federale gezondheidsinspectie is het mogelijk dat er bijkomende specificaties worden opgenomen aangaande de specialiteiten van het hulpverleningspersoneel dat wordt ingezet. Het PRIMA-advies bouwt echter op de logica en de organisatorische principes van de Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Er kan binnen een advies aangaande de kwalificaties van artsen een verschil worden gemaakt tussen artsen en mugartsen, maar er zijn geen verdere specificaties mogelijk.

Voor mugartsen zijn de wettelijke normen van kracht aangaande de uitoefening van deze functie. Voor artsen behoort de definitieve evaluatie aangaande het al dan niet bezitten van de nodige competenties teneinde een preventief dispositief op een manifestatie te medicaliseren, tot de persoonlijke deontologische plicht van de arts die daartoe gevraagd wordt. Aangezien het PRIMA-advies niet bindend is, zijn deze aanbevelingen binnen het advies natuurlijk ook niet bindend.

Bij alle grote manifestaties zijn er naast de voorbereidende vergaderingen en plannen ook evaluatiemomenten, zowel mono- als multidisciplinair. Het is tijdens deze momenten dat er lessen getrokken worden. Die opgebouwde kennis en ervaring wordt binnen het netwerk van de federale

gezondheidsinspecties gedeeld. Zo is het niet ongewoon dat een federale gezondheidsinspecteur zich tijdens de veiligheidsrondgang op een evenement laat vergezellen door collega's uit andere clusters, net om op actieve wijze kennis te delen.

Een ander tastbaar resultaat van kennisdeling is de vragenlijst die gebruikt wordt als basis voor het opmaken van het advies. De parameters en variabelen op die vragenlijst zijn niet toevallig gekozen, ze zijn gebaseerd op de integratie van jarenlange ervaring. Deze tool werd onlangs nog wetenschappelijk gevalideerd en gepubliceerd in de medische literatuur.

Het specifieke fenomeen van *needle spiking* is nog niet beschreven in de medische literatuur. Er zijn tot op heden op objectieve wijze geen werkzame producten aangetoond die potentieel via *needle spiking* in het lichaam terecht zijn gekomen. Het voelen van een prik en de symptomen zijn dus vooral verbonden met het gevoel van een prik, niet met de gevolgen van een prik. Dat is ook waarmee onze medische diensten de voorbije tijd geconfronteerd werden.

De beste hulp die wij die mensen kunnen geven, is een hulpverlening in een serene omgeving, niet gemediatiseerd en niet gedramatiseerd, en met de duiding dat het hier mogelijk gaat over angst met reële lichamelijke effecten, die opgevolgd dient te worden in een rustige omgeving. Belangrijk daarbij is dat er geen paniek ontstaat. Alle communicatie die paniek kan induceren, moet vermeden worden. Het gaat erom waakzaam te zijn, maar niet te overreageren. Het ontstaan van paniek op dergelijke manifestaties kan immers grote gevolgen hebben.

Ten slotte mag ook niet uit het oog verloren worden dat in uitzonderlijke omstandigheden mogelijk wel kwaadwilligheid aan de orde is. Nu er aandacht voor is, worden mogelijk individuen aangezet tot kopieergedrag. Dan dienen wij de slachtoffers, door middel van bewijsvergaring omtrent die kwaadwilligheid, bij te staan, via bijvoorbeeld medische verslagen en laboverslagen. Dat alles moet dus gebeuren in een serene sfeer en met open communicatie.

**12.05 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse beaucoup plus étayée que celle que la ministre de l'Intérieur m'a fournie, parce qu'il importe de prendre ce phénomène au sérieux, de l'objectiver et, en particulier, au regard des engagements de votre gouvernement d'accorder des peines plus lourdes au *spiking* dans le nouveau Code pénal sexuel. Si votre gouvernement ne va pas au bout de cette démarche en agissant sur le volet Santé (prévention, prise en charge sanitaire et médicale), cela n'a pas de sens.

Enfin, votre réponse est en demi-teinte. Je vous remercie d'avoir rappelé que le niveau fédéral a une responsabilité en tant que conseil des autorités locales, ce que ne disait pas la ministre de l'Intérieur. Pour le reste, je regrette un certain flou. Vous le reconnaissez d'ailleurs en indiquant que ce phénomène doit pouvoir être analysé de façon détaillée. De quelle manière objectiveriez-vous ce phénomène? Le temps presse! Aujourd'hui, le flou concerne les maladies transmissibles par voie intraveineuse par le fait que l'on ne sait pas si les seringues sont utilisées plusieurs fois, mais aussi en ce qui concerne les substances.

En attendant, la liste des cas s'allonge. Ma demande est d'agir selon le principe de précaution. On ne peut pas attendre à chaque fois que de nouveaux faits se produisent pour se demander ce qu'il en est, d'autant plus que des enquêtes ont lieu dans les pays étrangers et que nous sommes ainsi en mesure d'obtenir davantage d'informations.

Je terminerai sur votre appel à ne pas céder à la panique et à ne pas trop communiquer au travers des médias. Je soulignerai le fait que si les victimes communiquent sur les réseaux sociaux, c'est parce que c'est le seul endroit où elles se sentent écoutées. Le plus important aujourd'hui est d'insister sur les endroits où elles peuvent être assistées. Il serait intéressant de voir si elles peuvent être prises en charge dans les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. Il ne faut pas attendre une agression sexuelle pour qu'il y ait une prise en charge, en particulier à la veille des vacances scolaires et d'une longue série de festivals.

**12.06 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, u ondergraaft het probleem toch wat. U zegt dat het voorbarig is om een interministeriële conferentie samen te roepen, maar u verwijst ook naar een bevoegdheid van de deelstaten. Het is essentieel dat u samenzit en een zomerplan voor de festivals uitwerkt. Het kan niet dat lokale besturen, organiserende jeugdverenigingen of om het even wie in die vaagheid hun weg moeten zoeken.



U kunt een aantal heel snelle ingrepen doorvoeren. U kunt ervoor zorgen dat de EHBO-post bemand wordt door mensen die psychologisch zijn opgeleid om met dergelijke slachtoffers om te gaan en die ook voldoende opgeleid zijn wat drugs en verdovende middelen betreft. U verwijst naar een aantal bepalingen die voor de artsen wel in een kader gegoten zijn, maar dat geldt niet voor iedereen die in de EHBO-post gaat werken. Daar is er wel een hiaat, zeker wanneer het gaat om kleinere manifestaties, waar vaak vrijwilligers de EHBO-post bemannen. Zij moeten perfect op de hoogte zijn van wat de problematiek kan zijn.

Ook sensibiliseren op festivals is mogelijk. Welke bepaalde symptomen kunnen mensen krijgen door een of ander product? Het is ook belangrijk dat er drugstesten beschikbaar zijn in die EHBO-punten. GHB is de volgende dag uit het lichaam. Dan kunnen de meisjes of jongens die ermee geconfronteerd zijn, geen bewijslast meer krijgen. Als zij naar een EHBO-post zouden kunnen gaan en een ELISA-test afleggen, zouden ze snel gerustgesteld kunnen worden. Daarna kunnen zij hun traject voortzetten.

U verwijst naar de minister van Binnenlandse Zaken voor het inzetten op nieuwe drugs. Daarvoor dient een interministeriële conferentie net. U zit dan met 28 ministers aan tafel. Misschien kunt u dan eens overleggen over een echte aanpak van het probleem. Er is ook een oproep voor ondersteuning van de spoeddiensten. U kunt daar maar beter iets aan doen.

We mogen evenwel geen paniek aanwakkeren. Daarin hebt u gelijk. We moeten ervoor zorgen dat onze jonge mensen op hun gemak kunnen genieten van een festival en van de zomer. Dat kunnen ze alleen wanneer ze een overheid hebben die performant is en die achter zowel de organisatoren van de festivals als de lokale besturen, de artsen en de bezoekers van het festival staat.

**12.07 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, gezien de recentste ontwikkelingen op de festivals vraag ik mij toch af of het geen minimumvereiste zou moeten zijn dat er een urgentiearts en een urgentieverpleegkundige aanwezig zijn. Is het ook niet aangewezen dat een urgentiearts ook input kan geven bij het opstellen van dergelijk advies?

Volgens mij is er af en toe wat bevoegdheidsoverschrijding door een federale gezondheidsinspecteur en begeeft die zich regelmatig op het operationele terrein, wat niet de bedoeling kan zijn. Urgentieartsen krijgen na de basisopleiding tot arts een bijkomende opleiding van zes jaar en hebben de nodige nuttige expertise in geval van dergelijke intoxicaties. Van het festival vorig weekend hoorden we dat er tabletten met heel hoge doses MDMA circuleerden. Dan is het wel belangrijk dat de juiste expertise aanwezig is om snel te kunnen optreden als iemand zo'n tablet ingenomen heeft.

Verder hebt u nog gezegd dat de debriefing binnen het netwerk van de federale gezondheidsinspecteurs wordt gedeeld, maar het lijkt mij nodig om die verder te delen. Iedereen die is betrokken bij het managen van een ramp, bijvoorbeeld op een festival, moet telkens worden geïnformeerd, zodat men goed op de hoogte is en de laatste ontwikkelingen inzake de nieuwste producten meekrijgt.

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

**13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het jaarverslag van het Bijzonder Solidariteitsfonds" (55027565C)**

**13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport annuel du Fonds spécial de solidarité" (55027565C)**

**13.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF) bestaat sinds 1990 en kan een heel belangrijke rol spelen bij patiënten die geen gebruik kunnen maken van de reguliere dekking van de ziekteverzekering. Vaak gaat het om patiënten met zeer ernstige aandoeningen. Op die manier krijgen zij hun therapie dan toch gedeeltelijk of volledig terugbetaald

Het Bijzonder Solidariteitsfonds is bijvoorbeeld ook heel belangrijk voor patiënten met weesziekten. In mijn onderzoek in het kader van mijn voorstel voor een resolutie voor weesziekten en weesgeneesmiddelen viel het mij op dat er geen jaarverslag meer gepubliceerd werd sinds 2018. Dat is dus inmiddels vier jaar geleden. De website van het Bijzonder Solidariteitsfonds zelf werd niet vernieuwd sinds 2020.

Mijnheer de minister, waarom werd er geen jaarverslag van het BSF meer gepubliceerd sinds 2018?

Werd er een voorlopige versie van de jaarverslagen aan u bezorgd? Hebt u die opgevraagd? Zijn die beschikbaar?

Hoe komt het dat er geen updates van de website zijn gebeurd?

Kunnen onze patiënten nog wel rekenen op het Bijzonder Solidariteitsfonds?

Kunt u er als bevoegde minister nog toezicht op houden?

**13.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, het is juist dat er een lacune is opgetreden in de publicatie van de klassieke jaarrapporten van het BSF. De verontschuldiging daarvoor zijn de toenemende complexiteit van de individuele dossiers en de heel hoge werklast de voorbije jaren, waardoor er geen tijd was om het klassieke jaarrapport af te werken. Er werd prioriteit gegeven aan de patiëntendossiers.

Dat wil niet zeggen dat er geen informatie is gepubliceerd. Er was bijvoorbeeld uitvoerige informatie in antwoord op diverse parlementaire vragen. Dat is echter inderdaad niet hetzelfde als een officieel jaarverslag.

Het goede nieuws is dat het verslag voor 2021 wordt voorbereid en opgesteld. Het wordt binnen afzienbare tijd gepubliceerd op de website van het RIZIV, nadat het aan de betrokken organen binnen het RIZIV is voorgelegd. Relevante informatie over de jaren 2019 en 2020 zal bij die gelegenheid ook worden gepubliceerd.

Ik zal de betrokken dienst vragen om de relevante cijfergegevens, waarnaar u ook vraagt, beschikbaar te stellen via de website.

**13.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het is toch bijzonder dat een dergelijke organisatie om welke reden dan ook geen jaarverslag publiceert en dat daar door uw diensten en het RIZIV ook niet naar wordt gevraagd. Dat is toch duidelijk een slordigheid of een vergetelheid, die niet zomaar kan. Het gaat immers om substantiële budgetten.

Het is goed dat er nu eindelijk een jaarverslag wordt voorbereid. Wij zien dat parlementaire vragen dus ook nog nuttig kunnen zijn. Dat is een pluim op onze hoed.

Mijnheer de minister, het is echter een nalatigheid als niet wordt gecontroleerd of jaarverslagen van organisaties die onder uw bevoegdheid vallen, worden gepubliceerd. Dat heeft misschien te maken met het feit dat de FOD Volksgezondheid nog altijd een interimvoorzitter heeft. Het heeft misschien ook te maken met het feit dat een diepgaande audit van die organisaties, die onze fractie al langer heeft gevraagd, niet wordt doorgevoerd. Mijnheer de minister, misschien is het toch het moment om daar eens aan te denken.

**13.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, het BSF valt niet onder de FOD Volksgezondheid, maar onder het RIZIV.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**14** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanbevelingen van het Rekenhof over het FAGG" (55027566C)**

**14** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les recommandations de la Cour des comptes au sujet de l'AFMPS" (55027566C)**

**14.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, bij het FAGG gaat het eigenlijk om hetzelfde verhaal: de aanbevelingen van het Rekenhof zijn niet gevolgd. In zijn Jaarverslag 178 wijst het Rekenhof erop dat er al een aantal jaren pijnpunten bij het FAGG worden aangekaart, maar dat er niet ten gronde op wordt gereageerd.

In het bijzonder blijft de interne beheersing onvoldoende en het agentschap heeft geen precies inzicht in zijn processen. Zo kunnen de risico's in die processen niet voldoende worden ingeschat. Het FAGG kan, volgens het Rekenhof, niet garanderen dat de opvolgingstabellen en onderliggende gegevens uit operationele systemen de basis vormen voor de boekhouding. Die kunnen dus ook niet nauwgezet gecontroleerd worden. Mijnheer de minister, dit is dus een tweede geval, na het Bijzonder Solidariteitsfonds, waar de controle op een organisatie waarvoor u bevoegd bent, niet voldoende kan worden uitgevoerd.

Het Rekenhof zegt dat de tijdigheid, de volledigheid en de correctheid van de boekhoudkundige registraties niet verzekerd kan worden. Dat blijft een aanzienlijk pijnpunt.

Ten slotte merkt het Rekenhof ook op dat het FAGG de nodige middelen en kennis om die onvolkomenheden weg te werken, zou missen. Maar dat hebt u opgelost door meer middelen toe te kennen.

In hoeverre bent u akkoord met de analyse van het Rekenhof? Hoe zult u de problematiek aanpakken? Hoe hebt u op de aanbevelingen en de bemerkingen van het Rekenhof gereageerd? Onze fractie heeft al vaker een doorlichting van het FAGG gevraagd. Zult u die naar aanleiding van die aanbevelingen ook uitvoeren?

**14.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Het rapport van het Rekenhof is het resultaat van een analyse waaraan de medewerkers van het FAGG, zoals elk jaar, hun volledige medewerking hebben verleend. De aanbevelingen die daaruit naar voren zijn gekomen, zijn niet nieuw. Zowel het management van het FAGG als ikzelf is daarvan op de hoogte. Elk van de negen aanbevelingen van het Rekenhof werd integraal opgenomen in het operationeel plan van de afdeling Budget en Beheerscontrole.

Wat is er dan concreet gebeurd? Zowel de afdeling Personeel en Organisatie als Budget en Beheerscontrole werd intussen versterkt. Niet enkel het aantal personeelsleden in vte's werd opgetrokken, maar er werd ook geïnvesteerd in opleiding om de expertise verder te versterken.

Om de tijdigheid, volledigheid en correctheid van de boekhoudkundige registraties te verzekeren, wordt nu de laatste hand gelegd aan een bestek dat het FAGG zal toelaten de ondersteuning van externe expertise in te roepen. Met de hulp van een consultant zullen alle processen met een link naar de financieringen van het FAGG in kaart gebracht worden. Voor elk van deze processen zal de volledige werkstroom worden uitgetekend, zullen verantwoordelijken worden aangesteld en zullen controlemomenten en parameters worden bepaald.

De problematiek van de onderbezetting binnen deze diensten is meermaals besproken binnen het Doorzichtigheidscomité van het FAGG, dat formeel zijn steun heeft uitgesproken om deze diensten te versterken. Zeer concreet kan ik u zeggen dat de afdelingen Personeel en Organisatie en Budget en Beheerscontrole op progressieve wijze werden versterkt tussen 2019 en vandaag. Voor de afdeling P&O gaat het om een evolutie van 13,1 vte's naar 16 vte's vandaag. Voor de afdeling Budget en Beheerscontrole was er een toename van 10,3 vte's in 2019 naar 13,3 vte's vandaag. Voor beide afdelingen zijn daarenboven binnen het personeelsplan van 2022 nog extra aanwervingen gepland.

Daarnaast geef ik u graag mee dat het administratieve beheer en het beheer van de wedden van het personeel van het FAGG sinds 2020 werden toevertrouwd aan PersoPoint, dat deel uitmaakt van de FOD Beleid en Ondersteuning en dat als sociaal secretariaat van het federaal openbaar ambt uniforme procedures heeft ontwikkeld en onderworpen wordt aan interne controles.

Wat de middelen voor informatica betreft, kan ik bevestigen dat het FAGG beschikt over enveloppen om nieuwe informaticatoepassingen te ontwikkelen of om bestaande toepassingen te verbeteren. Als de hierboven vermelde consultingopdracht voor de afstemming van de operationele systemen of de boekhouding zou aantonen dat een investering voor een IT-ontwikkeling noodzakelijk is, kan het agentschap deze enveloppen gebruiken om te beantwoorden aan de verwachtingen.

Een deel van de IT-middelen wordt door het directiecomité van het FAGG jaarlijks toegewezen aan verschillende projecten. De belangrijkste projecten worden ook bijkomend opgevolgd op het niveau van het operationeel plan van het FAGG.

Uw derde vraag gaat over de aanpak van het probleem rond onvoldoende beheersing en risico-inschatting van processen. Het beleid inzake de interne controle en de algemene doelstellingen wordt vertaald in het managementplan van het FAGG op strategisch, tactisch en operationeel niveau. Daarin wordt duidelijk de

link gemaakt met de uitgevoerde projecten en de acties ter verbetering van het interne controlesysteem.

Alle activiteiten van het FAGG worden uitgedrukt in de vorm van processen. Die vormen samen de huidige catalogus van de processen, die jaarlijks wordt herzien. Eind 2021 bevatte de procescatalogus 112 processen. Deze zijn ingediend volgens type: 21 beheers- en beheersingsprocessen, 54 basisprocessen en 37 ondersteunende processen. Elk proces wordt gemodelleerd in een procesbeschrijvingsfiche, een Diabolofiche. Ook de kwaliteitsdocumenten, de handleidingen, de procedures en de werkinstructies die betrekking hebben op de processen, worden vermeld.

Elk proces heeft zijn eigenaar, wat meestal het hoofd van een entiteit, een afdeling of een eenheid is. De catalogus, procesfiches en kwaliteitsdocumenten worden beheerd, handtekening en versiebeheer, en voor iedereen beschikbaar gesteld in het datamanagementsysteem kwaliteit.

Voor alle operationele processen zijn de verschillende geleverde outputs geïdentificeerd, wat een zeer compleet overzicht geeft van de ongeveer 600 verschillende outputs voor de jaarlijkse zero-based budgetoefening en het tijdsregistratiesysteem voor de personeelsleden, ProCost genaamd.

De catalogus van processen, outputs en procesfiches zijn elementen van het kwaliteitshandboek van het FAGG.

In juni 2018 reageerde het FAGG op de uitnodiging van de Federale Interne Audit om deel te nemen aan de identificatie van strategische risico's. Deze analyseoefening versterkte de nauwe samenwerking tussen beide instellingen, was een concreet voorbeeld van de identificatie en meting van risico's op globaal niveau voor het management van het FAGG en is een concrete toepassing van interne controle.

Sinds 2018 wordt deze oefening jaarlijks uitgevoerd en worden de resultaten ervan aan de Federale Interne Audit meegedeeld.

**14.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, dat was een omstandig antwoord. U hebt een aanzet gegeven om de aanbevelingen te implementeren in een integraal plan. Ik hoop dat we dan in het volgende jaarverslag zullen kunnen lezen dat er een betere controle is en een betere beheersing van de organisatie. Immers, wat doet u nu eigenlijk? U gaat de organisatie van de Staat opnieuw aandikken, in de hoop dat uw organisatie beter zal werken. Het zou veel beter zijn om eerst een heel grondige evaluatie te houden en dan te zien waar er moet worden ingegrepen.

We zullen dit zeker blijven opvolgen en ik hoop dat volgend jaar de opmerkingen van het Rekenhof niet zullen terugkomen.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**15 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken over de covidvaccinatie" (55027567C)**

**15 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le point sur la vaccination contre le covid" (55027567C)**

**15.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, deze vraag betreft de stand van zaken van de covidvaccinatie.

We hebben de mogelijkheid goedgekeurd dat apothekers zouden vaccineren in de apotheek. Er werd een koninklijk besluit aangekondigd, en vermoedelijk ook al gepubliceerd, waardoor de huisartsen kunnen deelnemen aan de covidvaccinatie en groepsvoorschriften kunnen uitschrijven.

Ik krijg graag een stand van zaken met betrekking tot de uitrol van die maatregelen. Zijn er op dit moment al huisartsenpraktijken die vaccineren tegen COVID-19? Zijn er ondertussen een prijsafspraken en een nomenclatuur beschikbaar voor de uitvoering van de vaccinatie en de registratie door de apotheker? Wanneer werd het koninklijk besluit voor de vaccinatie bij de huisartsenpraktijken gepubliceerd?

Ten slotte werd er beslist dat de vaccins door Medista zullen worden geleverd. Wanneer we echt naar een eerstelijns vaccinatie overgaan, lijkt het mij veel logischer om die bedeling via de farmaceutische

groothandels te laten gebeuren. Zij hebben daar zeker de ervaring en de expertise voor. Overweegt u dat?

**15.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, zoals u zelf hebt aangegeven, werd het besluit dat de huisarts toelaat om covidvaccins te bestellen op basis van een groepsvoorschrift bij een voor het publiek opengestelde apotheek, gepubliceerd op 23 maart. Dat is het koninklijk besluit van 17 maart 2022 houdende aflevering van vaccins aan artsen op grond van een schriftelijk verzoek voor een groep patiënten en uitbesteding van fractionering.

Wat de praktische toepassing betreft, moet ik verwijzen naar de deelstaten, die instaan voor de organisatie van de vaccinatie, ook in de eerste lijn. Voor zover mij bekend, zijn er enkele heel beperkte pilootprojecten van vaccinatie in de huisartsenpraktijken.

Ik antwoord nu op uw laatste vraag, want die heeft daar nog steeds betrekking op. De huisarts of arts moet de geneesmiddelen via de apotheek betrekken. Het besluit voorziet dus in een aantal versoepelingen om de beleving van een huisartsenpraktijk door een apotheek te faciliteren. De apotheker kan de covidvaccins afleveren aan de voorschrijvende arts of aan een door hem of haar aangewezen verpleegkundige.

De apotheker kan afleveren in de huisartsenpraktijk. De apotheker kan indien nodig de fractionering van de vaccins eenvoudiger uitbesteden, ook aan een ziekenhuisapotheek. Dat zijn versoepelingen, maar het is niet de bedoeling dat een arts COVID-19-vaccins rechtstreeks zou betrekken bij een fabrikant of een groothandelaar. Dat is niet de bedoeling en dat lijkt mij ook niet zo eenvoudig, eerlijk gezegd.

U vroeg opnieuw naar de nomenclatuur voor de vaccinatie door de apotheker. Die is nog steeds hangend. U weet dat ik een technisch voorstel heb gedaan, maar dat de financiering ervan nog voorwerp van discussie is tussen het federale en het deelstatelijke niveau.

**15.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de vraag was niet of artsen rechtstreeks via de groothandelaars aan de vaccins zouden kunnen komen, maar wel of de apothekers via de groothandelaars aan de vaccins zouden raken. De oplossing via Medista is immers vrij duur. Dat kan zolang de vaccinatiecentra nog open zijn, maar wanneer we naar een jaarlijkse vaccinatie zouden gaan voor covid, is het logischer dat men die vaccins door de farmaceutische groothandelaars in het gewone circuit laat leveren aan de apotheken en zo aan de huisartsen.

U spreekt over pilootprojecten. Wij hebben hierover gestemd, we hebben hierover een heel duidelijke visie geformuleerd, maar het wordt nog niet in de praktijk uitgevoerd. Dat is een beetje jammer.

Wat vooral jammer is, is dat mijn collega-apothekers die nu aan het vaccineren zijn in Wallonië en Brussel, nog steeds geen nomenclatuur hebben en nog steeds niet betaald worden. Dat moet dringend opgelost worden.

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

## **16** Questions jointes de

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle convention des kinésithérapeutes" (55027696C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle convention pour les kinésithérapeutes" (55027825C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle convention pour les kinésithérapeutes" (55027828C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord avec les kinésithérapeutes" (55027849C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La convention pour les kinésithérapeutes" (55028497C)

## **16** Samengevoegde vragen van

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe overeenkomst met de kinesitherapeuten" (55027696C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe overeenkomst met de kinesitherapeuten" (55027825C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe overeenkomst met de kinesitherapeuten" (55027828C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overeenkomst met de kinesitherapeuten" (55027849C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overeenkomst voor kinesitherapeuten" (55028497C)

**16.01 Daniel Bacquelaire** (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, le gouvernement fédéral a approuvé la convention avec les kinésithérapeutes mais l'association majoritaire des kinésithérapeutes n'adhère pas à cette convention ou, en tout cas, émet un certain nombre de critiques majeures. J'en retiens trois principalement. Tout d'abord, il y a toujours ce problème de la discrimination au niveau du remboursement des patients selon qu'ils s'adressent à un kinésithérapeute conventionné ou non. C'est le patient qui est victime de la situation dont il n'est pas responsable. Cela pose un problème d'accessibilité aux soins de kinésithérapie. Je rappelle que c'est aussi vrai pour les logopèdes et pour les sages-femmes. Pourtant, pour les médecins et les dentistes, ce n'est pas le cas. Pourquoi cette discrimination entre les professions de santé et les patients qui s'adressent à elles?

Ensuite, une critique porte sur le montant de la consultation de kinésithérapie qui s'élève à 24 euros la séance de 30 minutes. Quand on décompte les frais professionnels, les cotisations sociales et les impôts, que reste-t-il au kinésithérapeute? Enfin, les frais de déplacement à domicile sont dérisoires alors qu'on essaie de favoriser le maintien à domicile; je trouve que ce n'est pas du tout cohérent par rapport à cette intention.

Monsieur le ministre, quels sont les contacts entre les associations de kinésithérapeutes et vous-même? Comment allez-vous trouver des solutions qui permettent au patient une bonne accessibilité et une bonne qualité des soins de kinésithérapie, compte tenu de ce mécontentement actuel des kinésithérapeutes au sujet de la convention telle qu'elle a été adoptée par le gouvernement fédéral?

**16.02 Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, er is een overeenkomst met de kinesitherapeuten voor 2022 en 2023 vastgelegd door het Verzekeringscomité. Indien onvoldoende – minder dan 60 % – kinesitherapeuten toetreden tot de overeenkomst, dan zal er opnieuw een discriminatie ontstaan in de terugbetaling voor de niet-geconventioneerde zorgverstrekkers in kwestie.

Dat zit er wel in, want de indruk ontstaat dat velen het niet eens zijn met het ontwerp. Zo zou er in een lineaire indexering voorzien zijn, terwijl de beroepsvereniging een gerichte budgetverhoging voor ogen had. Bovendien zou er pas bij het tot stand komen van een overeenkomst bijkomend budget worden vrijgemaakt.

Axxon lanceerde een petitie om de discriminerende terugbetalingsmaatregel aan te klagen. Het doel was 25.000 handtekeningen te verzamelen. Naast de beperkte vergoeding voor een behandeling die minstens 30 minuten moet duren, is er het probleem van de beperkte verplaatsingsvergoeding voor huisbezoeken.

Hebt u zicht op het percentage kinesitherapeuten die niet zullen toetreden tot de overeenkomst? Is er al een soort tussenstand?

Wordt er nog overlegd met de beroepsvereniging?

Zijn er bepaalde deadlines afgesproken en zo ja, welke?

Hoe ziet u de rol van de kinesitherapeuten in de gezondheidszorg van de toekomst? Wat zult u ondernemen om de situatie binnen de sector te verbeteren?

**16.03 Sofie Merckx** (PVDA-PTB): We lazen op 20 mei dat de ministerraad groen licht heeft gegeven voor een conventie voor de kinesitherapeuten. Daarvoor zou 13,85 miljoen euro worden vrijgemaakt.

Eerder startte Axxon, de beroepsvereniging van de kinesitherapeuten een petitie waarin ze het verschil in terugbetaling voor de patiënt bij geconventioneerde en niet-geconventioneerde kinesitherapeuten aanklagen, wat zij beschrijven als een discriminatie ten aanzien van de patiënt.

Valt dit aangekondigde budget onder de 207 miljoen euro die u vrijmaakte voor de gezondheidszorg? Denkt u dat de kinesitherapeuten zullen aansluiten bij deze conventie? Wat doet u om ervoor te zorgen dat zoveel

mogelijk therapeuten zich conventioneren? Welke reacties hoorde u op het terrein? Hoe reageert Axxon? Zal de nieuwe conventie een oplossing bieden voor het probleem dat Axxon aanklaagt met betrekking tot de terugbetaling?

**16.04 Frank Vandebroucke**, ministre: Madame la présidente, je précise tout d'abord qu'il y a bien une convention dans ce secteur de la kinésithérapie. Quand le Comité de l'assurance approuve une convention, il y a une convention! La question est évidemment de savoir quel sera le degré de conventionnement individuel. C'est ce qui importe sur le terrain.

Quoi qu'il en soit, il y a une convention. Cela signifie, madame Gijbels, que les 13 millions supplémentaires, à savoir le montant non structurel qui permet une indexation globale de 2 %, seront accordés. Mais, en revanche, la réduction de 25 % du remboursement sera d'application pour les patients des kinés non conventionnés.

Peut-être ne me suis-je pas exprimé suffisamment clairement sur le sujet, mais je répète qu'il y a une convention avec des conséquences positives, à savoir les 13 millions supplémentaires. Mais il y aura aussi une réduction de 25 % des remboursements pour les kinésithérapeutes qui ne sont pas conventionnés individuellement.

Monsieur Bacquelaine, je sais que cette question fait l'objet d'un large débat. Je crois personnellement qu'en l'état actuel des choses, il est difficile d'abroger cette mesure de réduction de 25 %, même si cela ne s'applique pas aux médecins. Il faut concentrer nos moyens budgétaires sur les kinésithérapeutes conventionnés et leurs patients.

Je sais que Axxon, l'organisation représentative professionnelle, n'a pas accepté la proposition et qu'elle ne se réjouit pas de la situation. Mais je pense pouvoir dire que les rapports que j'entretiens avec Axxon sont constructifs. Je vais, d'ailleurs, rencontrer ses représentants la semaine prochaine pour discuter de la situation et réfléchir à des perspectives d'avenir.

Je comprends qu'il puisse y avoir une certaine frustration sur le terrain, étant donné le fait que les honoraires pour les kinésithérapeutes sont relativement bas comparativement à d'autres honoraires dans le secteur. Il ne faut pas le nier.

En revanche, le budget partiel qui a été adopté et approuvé pour le secteur permet d'apporter des améliorations. En effet, ce budget a été augmenté de 17 millions d'euros par rapport à l'année passée.

S'ajoutent à cela les 13 millions non structurels. Cela fait tout de même 30 millions. Et on sait que les revalorisations accordées impliquent une augmentation nouvelle du budget. Il faudra donc de nouveau augmenter le budget.

J'ai dit à Axxon que je comprenais le mécontentement et que j'en tiendrai compte lorsque l'on discutera des objectifs partiels pour l'année 2023. Je pense qu'il faut réellement en tenir compte.

D'ailleurs, la convention elle-même précise qu'il faut suivre l'évolution du taux de conventionnement, examiner les facteurs d'influence possibles et leur impact sur le conventionnement. Il est aussi prévu de réaliser une enquête auprès des professionnels sur les motifs personnels de conventionnement ou déconventionnement. Il est clair qu'il faut évaluer ce système et voir ce qu'il faut faire et quelles mesures supplémentaires sont appropriées.

Vu la nécessité d'avoir une sécurité tarifaire pour les patients, j'espère qu'un maximum de kinésithérapeutes vont de nouveau adhérer à la convention. En même temps, je comprends le mécontentement, même si les augmentations sont assez significatives. C'est la raison pour laquelle j'ai lancé un dialogue avec Axxon sur le secteur, sur ce qui s'y passe et sur les perspectives d'avenir à esquisser.

J'espère qu'avec cette compréhension mutuelle, on pourra l'an prochain aboutir à un accord qui est aussi soutenu par Axxon.

**16.05 Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie. Je ne vous impute évidemment pas la responsabilité du niveau des honoraires des kinésithérapeutes ces dernières années. Mais je trouve qu'ils sont très bas. Si on veut améliorer le conventionnement des kinésithérapeutes, il faut passer par une

revalorisation plus importante des honoraires. Honnêtement, à l'heure, cela fait 48 euros. Je vais être très concret. Pour un indépendant, sur 48 euros, quand on enlève les frais professionnels, les 20 % de cotisations sociales et l'impôt, que reste-t-il? C'est pour cela que beaucoup de kinésithérapeutes ne veulent plus être conventionnés aujourd'hui. C'est le patient qui supportera 25 % de remboursement en moins, mais en plus, qui paiera l'augmentation des honoraires, plus importante que celle prévue par le conventionnement. Cela met vraiment en cause l'accès à des soins de qualité. Et je ne parle pas du déplacement à domicile, qui devient complètement illusoire, compte tenu de l'augmentation des prix des carburants aujourd'hui. Avec un peu plus d'un euro pour des frais de déplacement, c'est évidemment impossible de favoriser les soins à domicile qui, pourtant, restent bien nécessaires si l'on veut maintenir les patients chez eux le plus longtemps possible.

**16.06 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, de artikelen 85 en 86 van de kwaliteitswet zijn nog altijd niet in werking getreden. Dat was nochtans de bedoeling. Dat zijn de artikelen die de discriminatie in de terugbetaling moeten opheffen. U hebt aangegeven dat u de relevantie van die regel nog zou onderzoeken, maar het is mij niet helemaal duidelijk wat de ontwikkelingen ter zake zijn.

Wat mij stoort aan de 25 %-regel, is niet alleen dat de patiënten er de dupe van zijn, maar ook dat de kinesitherapeuten erdoor onder druk gezet worden. Voor hen is het heel moeilijk te beslissen om zich te deconventioneren. Zij weten immers dat de patiënt daar dubbel en dik voor opdraait. Ik vind het eigenlijk een gemene regel, waarbij er geen gelijke partijen in het spel zijn.

Uiteraard is het een budgettaire kwestie wanneer het gaat om een verhoging van de tarieven, maar ik meen dat wij ook in rekening moeten brengen hoeveel de kinesisten kunnen bijdragen aan een doelmatige zorg, als zij op een correcte wijze worden betrokken bij het zorgtraject van de patiënt. Zoals ik al eerder zei, kunnen zij bepaalde orthopedische ingrepen vermijden als ze correct en op tijd worden ingezet. Zij kunnen mensen ook langer mobiel houden, als ze de juiste verloning krijgen en daarop kunnen inzetten. Volgens mij kan het zelfs een besparing met zich meebrengen.

Ik hoor dat u in dialoog blijft met de kinesitherapeuten. Ik hoop dat het een vruchtbare dialoog zal zijn. Als zij geen werkbaar loon krijgen en niet meer patiënten mogen inplannen dan twee per uur, dan kunnen zij hun inkomsten niet opdrijven, als ze tenminste goed werk willen afleveren.

Ik wil u toch nog eens oproepen de kinesitherapeuten echt naar waarde te schatten. Ik meen dat zij een belangrijke rol kunnen vervullen in de zorgketen, zeker wat de doelmatige zorg betreft.

**16.07 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos précisions. Je pense qu'il y a deux problèmes. D'un côté, vous parlez d'une indexation. Selon nos calculs, il y a une indexation de 1,4 % et non pas de 2 %. C'est bien sûr très peu par rapport à une inflation estimée à 9 % et aux frais auxquels ces indépendants font face, notamment vu l'augmentation des prix du carburant.

D'un autre côté, si j'ai bien compris, concernant l'indexation prévue dans la loi à l'ordre du jour de demain en commission des Affaires sociales, il s'agit d'un prélèvement sur le budget de 2023, n'est-ce pas? (*Non*) Nous en parlerons demain alors.

Par ailleurs, il y a le risque qu'on n'atteindra pas 60 % du taux de convention ou qu'un nombre important de kinésithérapeutes ne signeront pas la convention, ce qui mènera inévitablement et malheureusement à une médecine à deux vitesses avec un ticket modérateur plus lourd à payer pour les gens et, finalement, moins d'accessibilité. Je pense dès lors qu'il y a de quoi revoir cela mais nous en discuterons demain en commission des Affaires sociales.

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

*La réunion publique de commission est levée à 16 h 35.  
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.35 uur.*