

COMMISSION DE LA SANTE ET  
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID  
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 12 JUILLET 2022

DINSDAG 12 JULI 2022

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 18 et présidée par Mme Sofie Merckx.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.18 uur en voorgezeten door mevrouw Sofie Merckx.

*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** Actualiteitsdebat over de stijging van de coronabesmettingen en toegevoegde vragen van  
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stijging van het aantal COVID-19-besmettingen" (55029038C)

- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De omikronsubvariant BA.5" (55029204C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evolutie van de coronabesmettingen" (55029338C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stijging van de covidcijfers" (55029363C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toekomstige coronavaccinatiecampagne" (55029486C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronavaccinatiecampagne" (55029553C)

**01** Débat d'actualité sur l'augmentation des cas de COVID et questions jointes de

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation du nombre de contaminations au Covid-19" (55029038C)

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le sous-variant omicron BA.5" (55029204C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évolution des contaminations par le coronavirus" (55029338C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation du nombre de cas de covid" (55029363C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La future campagne de vaccination contre le coronavirus" (55029486C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne de vaccination contre le Covid-19" (55029553C)

**01.01** Steven Creyelman (VB): Professor Van Gucht heeft de cijfers daarnet al uitgebreid geanalyseerd. Dat zal ik dus niet meer herhalen. De cijfers evolueren trouwens elke dag. Het lijkt mij dus niet nuttig om te herhalen wat we daarnet gedaan hebben. Ik wil wel focussen op een aantal van mijn vragen die wel nog van toepassing zijn. Een heel deel van mijn vragen zijn immers al beantwoord door de heer Van Gucht.

Welke maatregelen neemt u om de cijfers in de hand te houden? Wat is desgevallend de tijdlijn daarvoor?

Zijn de ziekenhuizen voldoende voorbereid om een eventuele nieuwe golf het hoofd te bieden, in zoverre we kunnen spreken van een nieuwe golf, zoals bleek uit de cijfers?

Overweegt u de herinvoering van het verplichte gebruik van het mondkapje indien de evolutie in de cijfers zich doorzet? Welke zijn daar desgevallend de parameters voor? Overweegt u de herinvoering van het CST? Welke zijn daar de parameters voor?

In het verlengde hiervan had ik u een tweede vraag gesteld, waarvan de subvragen deels beantwoord zijn door de heer Van Gucht.

Met welke evolutie houdt u rekening voor het najaar?

In welke mate is een verplichte vaccinatie in de zorg met de huidige vaccins nog nuttig, gegeven de studie die ik aanhaalde in mijn vraag en het feit dat bij de subvariant BA.5 twee weken na de boostervaccinatie de niveaus van antistoffen al met een factor 21 gedaald zouden zijn, aldus die studie?

**01.02 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ook ik zal het kort houden. Wij hebben een omstandige uitleg gekregen van professor Van Gucht. Hij stipte echter aan dat het belangrijk is dat mensen een derde prik ontvangen. Ook de vierde prik zal belangrijk zijn, zeker in het najaar, wanneer zich nieuwe golven zouden aandienen.

Ik had graag van u vernomen of de persoonlijke uitnodiging voor de tachtigplussers in Wallonië en Brussel al vertrokken is. Tijdens de plenaire vergadering en ook in een interview in de pers alludeerde u daar immers op.

**01.03 Minister Frank Vandenbroucke: (...)**

**01.04 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, u hebt in *Het Journaal* verklaard dat er een persoonlijke uitnodiging zou worden gestuurd naar de tachtigplussers. Ik had dus graag geweten of die brief al is verstuurd.

**01.05 Laurence Zanchetta (PS):** Monsieur le ministre, je vais directement poser mes questions puisqu'on a évoqué la problématique en long et en large tout à l'heure.

Concernant la campagne de vaccination qui s'annonce, quels seront les lieux de vaccination prévus pour les différentes catégories de personnes? Il semble qu'aucune convention ne sera envoyée aux 18-50 ans, mais qu'ils pourront quand même recevoir le deuxième booster. Quelles en sont les raisons? Qu'en est-il aujourd'hui de la vaccination des moins de 18 ans? On ne l'aborde pas. Quelles sont les recommandations actuelles en la matière? Envisage-t-on également un booster pour cette catégorie de la population? Enfin, quels vaccins seront-ils utilisés dans le cadre de cette nouvelle campagne? De nouveaux vaccins pourraient-ils y être intégrés? Je vous remercie pour vos réponses.

**01.06 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, effectivement le Dr Van Gucht vient de nous expliquer que plus de 95 % des contaminations aujourd'hui en Belgique sont dues à de nouveaux sous-variants BA4 et BA5. Ces différentes souches liées à Omicron échappent en partie à l'immunité et à la protection conférée par les vaccins actuels et à l'exposition aux variants précédents, ce qui fait qu'il prolifère plus facilement, même si fort heureusement, son impact sur les soins intensifs et sur les décès reste faible, en tous cas pour l'instant.

Cela démontre bien l'effectivité vaccinale, qui reste élevée, notamment contre les conséquences graves causées par omicron. C'est pourquoi le Conseil supérieur de la santé recommande, dans son avis, que tous les groupes à risques soient vaccinés avec un rappel supplémentaire au plus tard fin septembre 2022.

Nous savons que la Conférence interministérielle Santé s'est réunie à ce propos et qu'elle a décidé d'un planning de vaccination qui commencera bien début septembre, voire à la mi-septembre, avec une invitation pro-active adressée justement à ces groupes à risques en priorité. Par ailleurs, le Dr Van Gucht a aussi attiré notre attention sur la nécessité de développer des vaccins qui présentent la protection la plus large possible en y insérant le plus de souches différentes possibles, afin de stimuler au maximum notre immunité.

Mes questions rejoignent finalement celles de mes collègues. Qu'entendez-vous exactement par "invitation pro-active à la vaccination"? Pourquoi attendre début septembre, voire mi-septembre, pour inviter ces groupes cibles à se faire vacciner, étant donné que le Conseil supérieur de la santé recommandait que le rappel supplémentaire soit fait pour la fin septembre 2022 et non pas à partir de septembre 2022?

Au sein de quelles infrastructures cette nouvelle campagne de vaccination aura-t-elle lieu? La vaccination se fera-t-elle dans des centres dédiés à la vaccination, dans les pharmacies puisque, désormais, elles sont légalement compétentes? Est-il envisageable de coupler ce rappel vaccinal contre le covid-19 à celui de la grippe? Quels seront les intervalles suggérés entre les différentes doses? Quel est l'état des lieux du développement des vaccins adaptés aux nouveaux variants Omicron ou, du moins, des vaccins qui regrouperaient plusieurs variants du virus? Notre pays envisage-t-il de procéder à de nouvelles réservations de ces vaccins?

**01.07 Catherine Fonck** (Les Engagés): Madame la présidente, monsieur le ministre, permettez-moi d'insister sur quelques aspects!

Premièrement, depuis plusieurs semaines, je vous demande de donner accès à la vaccination non seulement aux personnes âgées de plus de 80 ans et aux immunodéprimés sévères, mais aussi aux personnes de plus de 60 ans, sur la base d'un avis de leur médecin. En effet, certaines d'entre elles sont atteintes de maladies chroniques et sont donc à risque en cas de covid sévère. L'EMA l'a clairement recommandé. Vous avez renvoyé la question au mois de septembre. C'est pourtant dès maintenant que ces personnes doivent pouvoir être vaccinées. J'ose donc espérer que vous aller travailler en ce sens.

Deuxièmement, je vous demande d'insister auprès de la Région wallonne et la Région bruxelloise afin que celles-ci permettent l'accès au deuxième booster. En effet, il n'est pas normal qu'en Wallonie, le taux de deuxième booster chez les plus de 85 ans ne soit que de 2,95 %. Ce n'est pas normal non plus qu'à Bruxelles, ce taux n'atteigne que 4,05 % chez les plus de 85 ans. Beaucoup de personnes âgées m'ont contactée. Nombreuses sont celles qui pensent ne pas avoir accès à ce deuxième booster tout simplement parce qu'elles n'ont pas reçu la même information et la même invitation que précédemment. Permettez-moi de vous dire ici que les ministres régionaux s'expriment régulièrement dans la presse en limitant le deuxième booster aux personnes en maison de repos et aux immunodéprimés graves. Autrement dit, les personnes de plus de 80 ans qui vivent à leur domicile ont reçu a plusieurs reprises le message selon lequel elles ne faisaient pas partie de ceux qui pouvaient recevoir le deuxième booster. Je vous demande donc d'insister auprès des ministres régionaux pour qu'ils ajustent correctement leur communication.

Des personnes extérieures vont et viennent dans les maisons de repos. C'est un lieu à risque. Comme pour les hôpitaux, il faut demander que toutes les personnes extérieures y portent le masque et insister sur la ventilation et la purification.

Plus de 90 % des contaminations surviennent en milieu fermé et la meilleure arme pour passer l'automne et l'hiver est d'avoir une qualité de l'air intérieur similaire à la qualité de l'air extérieur. Sur le plan opérationnel, on n'est nulle part sur ce sujet dans les lieux publics et les écoles.

**01.08 Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, mijn eerste vraag gaat over de teststrategie. De heer Van Gucht zei daarnet dat de peilpraktijken zullen worden versterkt en niet alleen in de winter zullen werken. Dat is positief nieuws, maar globaal gezien blijft de teststrategie toch vrij flou. Er worden nog zeer veel PCR-testen afgenomen. Dat kost veel. De vraag is of dat nodig is. Een derde van de testen is positief. Dat betekent ook dat er heel veel infecties onder de radar zitten. We wachten nog steeds op een teststrategie op lange termijn. Nu is het toch een beetje een rommeltje. Sommigen doen alleen zelftests. Anderen blijven de PCR-testen doen, die zeer duur zijn.

Ten tweede, wat is de rol van de contactopsporing vandaag nog? Hoe zit het daarmee?

Mijn volgende vraag gaat over de vaccinaties. Wij hebben een aantal interessante punten gehoord over het effect en het doel van de booster. Het effect is het sterkst in de eerste drie maanden op het vlak van besmettingen. Na drie maanden neemt dat gradueel af. Tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopname is er ook nog altijd een wezenlijk effect. Het hoofddoel van de herfstcampagne zal niet het voorkomen van infectie zijn, maar het beschermen van kwetsbare personen.

Hoe rijmt u dit met de plannen om het zorgpersoneel toch te verplichten tot het nemen van een booster en alle herhalingsdosisen? Zo staat het althans in de voorliggende wet.

Hoe zal de campagne voor dit beperkte aantal personen verlopen via de vaccinatiecentra? Wat is de rol van de huisartsen en de apothekers daarbij?

Mijn laatste vraag gaat over de besparingen bij Sciensano. De heer Van Gucht had het er ook over. Sciensano zit, behalve voor een aantal specifieke projecten, blijkbaar volledig in besparingsmodus. Dat is toch vrij problematisch, mijnheer de minister. Hoe verklaart u dit? Zijn er dan geen lessen uit de coronacrisis getrokken?

**01.09** Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, bij een van de vragen die ik kreeg bij de voorbereiding van dit actualiteitsdebat vroeg iemand of we nu te maken hebben met een zevende golf. Ik denk dat het antwoord overduidelijk is. We maken een zevende golf mee. Dit is een zevende besmettingsgolf met COVID-19. Dat kan teleurstellend zijn, omdat we allemaal hopen dat we ervan verlost geraken. Maar zover zijn we nog niet.

Tegelijkertijd zorgt het virus altijd weer voor verrassingen en onbekenden. Dat heeft Steven Van Gucht hier ook duidelijk uitgelegd. Zoals de zevende golf zich nu aftekent, is het er een waarbij veel mensen besmet worden en nogal wat mensen in het ziekenhuis terechtkomen. Vaak gaat het om kwetsbare mensen, bejaarde mensen, mensen met onderliggende ziektes, mensen met immuniteitsproblemen.

Gelukkig zien we veel minder mensen doorschuiven naar intensieve zorg. We putten enige hoop uit wat we zien in andere landen, namelijk dat deze zevende golf relatief snel op een plateau komt en dus geen explosieve golf is. Dat is ook de reden waarom we daarover niet hoeven te panikereren. We moeten nu niet halsoverkop nieuwe maatregelen gaan afkondigen. Dat is vandaag nog niet aan de orde.

De zevende golf moet ons wel zeer waakzaam maken. Ik moet eerlijk zeggen dat ik op basis van de intense gesprekken die ik de voorbije dagen heb gehad met onze medewerkers en experts toch wel bezorgd ben over wat er kan gebeuren in september. We gaan nu door een periode met mooi weer waarin mensen veel buiten lopen, maar waarin er ook veel minder contacten zijn. In september zal er een combinatie zijn van mensen die terugkomen uit het buitenland, scholen die heropenen, veel meer intensieve contacten, minder goed weer, waarbij men weer wat vaker binnen gaat zitten. Dan zou het wel kunnen dat we in september opnieuw te maken zullen krijgen met snel stijgende besmettingen. Ik zeg niet dat dat zo zal zijn, maar we moeten het risico zeer ernstig onder ogen zien.

Wat er ook van zij, we zitten met een zeer grote druk op onze ziekenhuizen. Het personeel is al vermoeid door twee jaar strijd tegen de pandemie. Een deel van dat personeel is ook uitgevallen door vermoeidheid of door COVID-19. Overigens gebeurt dit niet alleen in de ziekenhuizen. Ook in de huisartsenpraktijken weegt twee jaar vechten tegen deze pandemie enorm. We staan dus vandaag voor een situatie van grote druk op onze gezondheidszorg. We moeten echt wel solidair zijn. Ieder moet daar het zijne voor doen.

Er zijn ook wel risico's, wat waakzaamheid veronderstelt. Ik zal niet herhalen wat de heer Van Gucht in zijn uiterst nuttige uiteenzetting allemaal gezegd heeft. Het is echter duidelijk dat we zeer goed de vinger aan de pols zullen moeten houden.

De heer Van Gucht benadrukte al dat de vaccins die in onze voorraad zitten zeer goed werken tegen het risico dat iemand ernstig ziek wordt en in het ziekenhuis belandt. De effectiviteit daarvan is enorm. De heer Van Gucht heeft ruwe cijfers laten zien, maar de fijnmazigere berekeningen die de Hoge Gezondheidsraad voor ons maakt, zeggen dat het risico op hospitalisatie eigenlijk wel met 80 tot 90 % daalt als iemand geboosterd is met de vaccins die we hebben, dus de oude, oorspronkelijke vaccins tegen de Wuhanstam. Dat is een bijzonder belangrijk gegeven. Daarom zeggen we dat de bestaande campagnes moeten worden afgewerkt. Als er mensen zouden zijn die nog geen derde prik hebben genomen, dus nog geen booster, moeten ze dat absoluut doen. Als er mensen zijn die een uitnodiging hebben gehad voor een vierde prik, moeten ze die absoluut laten zetten. In Vlaanderen zijn dat tachtigplussers. In heel België zijn dat mensen die een probleem hebben van immuniteit.

Er is wat verwarring over de brieven. Ik heb niet gezegd dat we een nieuwe brief zouden sturen. Ik heb gezegd dat de deelstaten de groep mensen met een immuniteitsprobleem – ongeveer 320.000 mensen – een herinneringsbrief zullen sturen als deze mensen niet ingegaan zijn op de brief die ze gekregen hebben. De deelstaten hebben mij gezegd dat deze verstuurd is. Dat is ook alles wat ik heb gezegd over het versturen van brieven.

Ik kom straks nog terug op de komende campagnes. In het afwerken van de huidige campagne – zeg maar onze lentecampagne, of de campagne die gelopen heeft tijdens het voorbije halfjaar – wordt door de

deelstaten een rappel gestuurd naar de mensen die een immuniteitsprobleem hebben en de vierde prik niet hebben laten zetten. We roepen iedereen die nog niet geboosterd is, op om die derde prik alsnog te laten zetten. Vlaanderen heeft brieven verstuurd naar de tachtigplussers. Dat zijn de feiten. Ik denk dus dat er wat verwarring zit in de vraag die u stelde. Ik sprak helemaal niet over nieuwe brieven die ik naar tachtigplussers zou versturen. Dat werd nergens gezegd. Ik kom dadelijk terug op de campagnes die we nog zullen voeren, misschien komt de verwarring vandaar.

Madame Fonck, il est possible que vous ayez accentué cela en disant qu'en Flandre, il était dommage que l'on ait envoyé des invitations aux personnes âgées de 80 ans et plus. Les campagnes sont différentes en Wallonie et à Bruxelles. Nous avons donné la possibilité sans, toutefois, inviter.

L'avis scientifique reçu du CSS ne disait pas qu'il était nécessaire d'organiser une campagne systématique dans... Non, madame Fonck! Essayez de lire l'avant-dernier avis que nous avons reçu du CSS! Il disait qu'il ne fallait pas organiser de campagnes systématiques. En conclusion, les entités fédérées ont appliqué cet avis différemment. Cela n'est pas reprochable. Vous pouvez en discuter, mais telle est la réalité. Cependant, les responsables de chaque entité sont tout à fait d'accord sur un point: celui qui n'a pas reçu encore sa 3<sup>ème</sup> injection doit immédiatement prendre un rendez-vous. Ensuite, si nous envoyons un rappel aux personnes ayant un problème d'immunité, cela signifie qu'elles doivent prendre un rendez-vous immédiatement parce qu'elles sont fragiles face au virus de la covid et doivent prendre un rendez-vous pour leur 4<sup>ème</sup> injection.

Il est important de dire que, jusqu'ici, nous avons temporisé avec les règlements financiers des pharmaciens, des infirmiers de première ligne (soins à domicile) et des médecins généralistes à cause du débat autour du partage de la charge financière de la campagne.

J'ai donc décidé d'organiser les choses de façon à ce que les médecins généralistes, les infirmiers pour les soins à domicile et les pharmaciens puissent vacciner en appliquant le code de nomenclature à cet effet. J'espère que cela sera opérationnel dès le 18 juillet. Je suis en train de régler cette affaire, mais je ne dois plus attendre la conclusion d'un débat financier plus large qui devrait avoir lieu, mais qui ne sera plus un obstacle.

Heel belangrijk, in deze zomerperiode zou het ook mogelijk moeten worden dat mensen die hun booster nog niet gehaald hebben en mensen die een immuniteitsprobleem hebben, zich laten vaccineren door een thuisverpleegkundige, door een apotheker in een apotheek, door een huisarts. Ik voeg daar nog iets aan toe wat misschien nog onderbelicht is. Ik denk dat we de ziekenhuizen, de woon-zorgcentra en de eerste lijn moeten helpen. Dat is ook de reden waarom ik aan de federale regering een aantal voorstellen heb gedaan om meer handen in de ziekenhuizen en de woon-zorgcentra te krijgen, om meer mensen aan te trekken die komen helpen op een tijdelijke basis. Ik ga daar niet op vooruitlopen want de beslissingen zijn nog niet genomen.

Ik ben ook erg positief over beslissingen die intussen in de deelstaten zijn genomen. Mevrouw Crevits heeft bijvoorbeeld aangekondigd dat ze belangrijke extra ondersteuning voor de huisartsen biedt. Ik vind dat zeer goed. Er komen ook extra opleidingstrajecten in de zorg in Vlaanderen. Ik vind dat zeer goed. Wij proberen op het federale niveau ook een aantal initiatieven te nemen.

Wat misschien onderbelicht is gebleven, is dat wij aan het personeel van de ziekenhuizen, aan de huisartsen, aan het personeel van de woon-zorgcentra aanbieden om meteen een vierde prik te krijgen. Dat is geen algemene campagne, maar als die mensen nu graag al hun vierde prik willen krijgen, dan kan dat. Daarmee lopen we een beetje voorop op de campagne die we in september lanceren.

Mme Fonck, en ce qui concerne le calendrier de vaccination, vous avez posé les questions qu'il fallait poser. Quand faut-il lancer une nouvelle campagne de vaccination et, comme l'a également souligné Mme Zanchetta, comment faut-il organiser cette campagne?

Le "quand" est une question complexe. M. Van Gucht l'a également précisé. Au sein de la Conférence interministérielle, nous avons longuement discuté du calendrier avec les responsables du groupe spécialisé du Conseil supérieur de la Santé, la *task force* Vaccination et nos experts. Le défi est d'organiser une campagne réussie, de sorte que lancer une nouvelle campagne en plein été est quelque peu risqué. En outre, il faut prendre suffisamment de temps pour mener cette campagne. Il faut donc trouver le bon moment pour lancer une campagne qui soit réussie.

C'est pour cette raison que, jusqu'ici, nous avons dit que, sauf évolution radicalement contraire des faits, nous allons lancer une nouvelle campagne de masse en septembre. Tel était l'accord avec toutes les entités fédérées, et je pense que nous avons déjà commenté la cadence de cette campagne, mais je vais la répéter brièvement: l'idée est de vacciner en priorité les citoyens de 65 ans et plus et les immunodéprimés. Cela veut dire que nous offrons une cinquième dose aux personnes qui ont un problème d'immunité, mais c'est absolument légitime et nécessaire.

Nous offrons une cinquième dose à ces personnes à partir de septembre, parce que nous les avons invitées, et une invitation est toujours en cours maintenant pour une quatrième dose. En outre, la nouvelle campagne de masse en septembre s'adressera également à l'ensemble du personnel soignant. Au cours de la deuxième phase de la campagne, nous vaccinerons les citoyens âgés de 50 à 65 ans.

Le vaccin est disponible pour tous les adultes qui le souhaitent. Nous ne parlons pas encore des enfants, car nous n'avons pas assez de données.

Concernant les modalités, je dois être prudent car il s'agit plutôt de la compétence des entités fédérées. Je crois, madame Zanchetta, qu'il y aura un triptyque, avec premièrement des centres de vaccination de masse, deuxièmement la vaccination dans les maisons de repos et les hôpitaux pour le personnel et les résidents et enfin les médecins généralistes ainsi que les pharmaciens et les infirmiers qui prodiguent des soins à domicile.

Voilà sans doute l'élément nouveau! J'attends la clôture d'un débat sur le financement qui n'est pas encore terminé, car j'ai décidé de lancer un règlement financier pour que la première ligne puisse vacciner dès maintenant.

J'imagine que les modalités d'opération, le poids relatif de l'une ou l'autre partie de ce triptyque, pourront différer d'une entité à l'autre. Les pharmaciens, comme le montre l'expérience de Bruxelles, ont l'avantage d'une proximité qui manque peut-être à d'autres modes de fonctionnement.

La vaccination obligatoire du personnel soignant n'est pas d'actualité. À mon avis, je crois que, dans l'état actuel des choses, il faut de nouveau offrir la possibilité de se vacciner et lancer une vraie campagne systématique pour le personnel soignant dès septembre. Mais je ne crois pas que, dans le contexte actuel de cette épidémie, la vaccination obligatoire soit à préconiser. Cependant, si cette idée émergeait dans les débats, il faudrait demander un avis scientifique au Conseil supérieur de la Santé.

Over de maatregelen zou ik één ding willen herhalen dat we toch geleerd hebben. Vaccinatie is essentieel, maar als we voor ernstige problemen staan, volstaat vaccinatie niet. Er is op gewezen dat het mondkmasker vandaag in de ziekenhuizen verplicht is. Daar is een reden voor: het is een extra bescherming. Wij zeggen heel uitdrukkelijk aan wie zich kwetsbaar voelt om een FFP2-mondmasker te dragen, op de trein, in de bus, in de winkel. Ik zeg heel uitdrukkelijk dat er geen enkel probleem is om naar een festival te gaan, maar als je op een festival veel mensen hebt ontmoet en je gaat vervolgens op bezoek bij een zieke vriend of bij een persoon die een stuk ouder en misschien kwetsbaar is, spreek dan buiten af of draag een masker. Die goede gewoonte moeten we weer opnemen.

En dan is er inderdaad ventilatie.

Madame Fonck, vous dites que nous ne sommes nulle part. Évidemment, *her Majesty's opposition duty is to oppose*, je comprends. Mais, nulle part me semble exagéré.

J'ai plaidé pendant toute une période, avec un certain succès, pour des politiques et des mesures de ventilation qui ont été réalisées au moment où le baromètre a été lancé, après Noël. Nous y avons travaillé, nous avons rendu obligatoire la mesure du CO<sub>2</sub>, et il faut maintenant instaurer un cadre légistique général. Celui-ci a été approuvé en seconde lecture par le Conseil des ministres de vendredi passé.

Dans ce pays, il y a toujours d'abord un débat de compétences. Le Conseil d'État a maintenant clairement déclaré, contre toutes les oppositions, que la qualité générique de l'air intérieur était une compétence fédérale. Cela me permet de légiférer et créer un cadre légistique général, où l'on va procéder par étape parce qu'il faut convaincre, et il faut investir. Mais je ne lâcherai pas. Je travaillerai de façon juridiquement correcte en matière de compétences et pragmatique pour ce qui est d'obtenir des résultats. Car la ventilation

est ultra-importante.

Ik heb daarnet gezegd dat ik mij zorgen maak over de rentree in september. Ik ga ervan uit dat men in de scholen zal zorgen voor een ventilatiebeleid vanaf 1 september, maar daarover moet er ongetwijfeld nog worden gepraat. Ook elders is dat bijzonder belangrijk. Uiteindelijk is ventilatie een quick win. In de zomer volstaat het om de ramen open te zetten. Dat klinkt simpel. *C'est simple comme bonjour, mais extrêmement important.*

Ventilatie, voorzichtigheid, teststrategie. Mevrouw Merckx, u zegt dat het allemaal heel flou is. Ik ben het daar niet helemaal mee eens. Het is niet flou. De Risk Assessment Group en de Risk Management Group hebben, na veel voorbereiding en discussie, een barometer opgesteld. We hebben een testbarometer, een beetje zoals de andere barometer, maar nu gericht op het testen. Daarmee geven we aan, afhankelijk van de intensiteit van de epidemie en van wat we weten over de kwaadaardigheid van het virus, hoe we het best testen. Dat zit nu allemaal in onze mappen. Dat is overeengekomen en is ook voorspelbaar.

We zitten in die testbarometer nog altijd in de fase waarbij we zeggen dat wie symptomen heeft, zich moet laten testen, met een PCR of een snelle antigeentest, en de conclusies moet trekken als hij positief is, zoals zich isoleren. Voor de rest is onze teststrategie inderdaad meer beperkt dan ze was op het hoogtepunt van de epidemie, maar ik denk dat er daarvoor ook redenen zijn. Dat betekent dat er vandaag geen contactopsporing is zoals die er was op het hoogtepunt van de epidemie. Als iemand besmet is, moeten niet al de personen met wie hij in contact is gekomen, zich ook laten testen. Dat is een belangrijk verschil.

Mevrouw Merckx, het is goed dat u dat punt maakt, want het is een beetje een waarschuwing voor de bevolking. Er gaat veel virus rond en we hebben niet meer het soort contactopsporing dat we hadden op het hoogtepunt van de epidemie. We vinden dat immers een te duur, log en moeilijk apparaat om toe te passen op de huidige situatie. Dat betekent echter niet dat de mensen niet voorzichtig moeten zijn. Mensen moeten voorzichtig zijn en wanneer het nodig is, moeten wij in staat zijn om de contactopsporing opnieuw op te schalen.

Flou is dat dus niet, een rommeltje is dat niet. Die barometer heeft zes verschillende mogelijke contexten: drie niveaus van epidemie en twee types van kwaadaardigheid van het virus. Het is duidelijk afgelijnd. Binnen dat kader nemen we de beslissingen en zullen we, wanneer nodig, de teststrategie opschakelen. Onduidelijk is dat dus niet, en een rommeltje ook niet. We zitten hier wel in een commissie met allerlei mensen die elk op hun manier expert zijn. Voor de buitenwereld is het misschien minder duidelijk. Voor de buitenwereld is de boodschap vandaag: hebt u symptomen, laat u testen. Wie twijfelt kan de zelfevaluatietool raadplegen die nog altijd beschikbaar is en die aangeeft of het al dan niet zinvol is om je te laten testen.

Bij Sciensano moet men ongetwijfeld moeilijke keuzes maken en ik begrijp dat de heer Van Gucht zegt dat je altijd wel met een schaarste aan middelen zit in verhouding tot de wetenschappelijke ambitie van Sciensano. Natuurlijk hebben wij de voorbije jaren aan Sciensano alleen maar meer middelen gegeven en niet minder. In de begrotingscontrole 2021 hebben we 3,5 miljoen euro extra gegeven aan Sciensano voor personeel in het kader van covid. Bij de begrotingsopmaak 2022 hebben we 2,3 miljoen euro aan Sciensano gegeven voor een structurele duurzame versterking van het personeel en de werking. Bij de begrotingscontrole 2022 is er eenmalig 2 miljoen euro bij gekomen voor investeringen. Er is ook een voorstel aanvaard naar 2023 toe waarbij er nog eens 3 miljoen euro bij komt voor investeringen. En dan heb ik het eigenlijk nog niet gehad over de onderzoeksprovisie, dus de provisie voor covidonderzoeken: in 2020 was dat 5,8 miljoen euro extra, in 2021 11,6 miljoen euro extra en in 2022 15,9 miljoen extra, nog te verdelen. Dat neemt niet weg dat Sciensano een instelling is die onder grote druk staat qua werklust, qua projecten en zaken die men wil ondernemen. Er is dus wel degelijk geïnvesteerd in Sciensano, en zeker niet bespaard.

We zitten nu inderdaad met een zevende golf. Ik bespreek dat met de experts en we volgen dit op. We riskeren naar een plateau te gaan met veel druk op de ziekenhuizen en de eerste lijn. We moeten zeer voorzichtig zijn ten aanzien van wat er kan gebeuren in september. Dat is de reden waarom ik nu vraag om maatregelen te nemen ter ondersteuning van de praktische werking van de zorg en waarom we aan het personeel van de ziekenhuizen en de woon-zorgcentra aanbieden om zich nu al een vierde keer te laten prikken. Dat is de reden waarom we een vaccinatiescenario hebben uitgestippeld voor de periode na de zomervakantie. Dat is geen eenvoudige keuze, maar ik denk dat het de goede keuze is. Dat is de reden waarom ik heel blij ben dat het ontwerp over ventilatie is goedgekeurd en dat is ook de reden waarom iedereen solidair moet zijn met elkaar en met het ziekenhuispersoneel.

**01.10 Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Als ik de toelichting van professor Van Gucht van deze middag goed beschouw, dan leek het mij overkill om van een nieuwe golf te spreken, toch zeker in vergelijking met wat wij in het begin van de pandemie hebben meegemaakt. U deelt die mening niet of niet volledig. Dat neemt niet weg dat we voorbereid moeten zijn, weliswaar zonder paniek te zaaien of te veroorzaken. Uit de toelichting van professor Van Gucht heb ik begrepen dat de cijfers niet van die aard zijn dat we onmiddellijk een capaciteitsgebrek hebben in de zorgsector. Op het einde van uw antwoord spreekt u dat een beetje tegen, tenzij ik het op die manier interpreteer, dat laat ik in het midden.

Feit is wel dat u waakzaam blijft met het oog op september, zo zegt u. In september zult u een nieuwe campagne organiseren. Op dit ogenblik neemt u, als ik het goed begrepen heb, geen bijkomende maatregelen.

Inzetten op gezondheidsaanbevelingen leek mij nochtans niet volledig onnuttig. Misschien moet u daar zelfs net iets meer nadruk op leggen.

Ik heb u niets horen vertellen over het CST.

**01.11 Minister Frank Vandenbroucke**: Met mijn verontschuldigen, omtrent het CST blijf ik bij wat ik daarover vroeger heb gezegd. Wat mij betreft staat het CST op waakvlam. Het is nu niet actueel en ik denk ook niet dat het actueel wordt in september of zo, tenzij er zeer onverwachte dingen gebeuren. Ik sluit echter niet uit dat we een dergelijk instrument op een of andere manier ooit nog nodig hebben, maar dat is een breder debat over de paraatheid.

**01.12 Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, ik denk dat we elkaars standpunt over het CST wel kennen. Ik heb u al verteld dat de 's' van *safe* in CST niet echt op zijn plaats staat, zeker gezien de huidige subvarianten die de ronde doen.

Ik wil u nog even meenemen naar de zorgsector, nogmaals. De verplichte vaccinatie is niet nieuw. Enkele collega's delen uw standpunt, maar een vaccinatieverplichting lijkt ons nog altijd geen optie, omdat wij op die manier zelf voor een stuk mee de druk organiseren die we proberen te vermijden, wat niet de bedoeling kan zijn. Professor Van Gucht zei deze middag in zijn toelichting trouwens dat de oude generaties vaccins weliswaar nog een effect hebben, maar wel een relatief snel afnemend effect betreffende de besmetting. De voorkoming van een besmetting of infectie als verantwoording voor een verplichte vaccinatie in de zorgsector lijkt mij bijgevolg niet volledig op te gaan. Nog in de toelichting van professor Van Gucht werd trouwens gesteld dat er geen algemene vaccinatiecampaagne meer komt voor de brede bevolking.

Mogelijk heb ik u verkeerd begrepen, maar het verrast mij aangenaam dat u voorlopig niet meer denkt aan een verplichte vaccinatie in de zorg. Ik hoop dat u dat nog eens kunt bevestigen. Ik moet eerlijk toegeven dat ik wat schrok door uw verklaring. Voor het weer verkeerd geframed wordt, ik herhaal voor alle duidelijkheid dat wij vanzelfsprekend niet tegen vaccinatie zijn. Maar onzes inziens moet dat in de zorg, net als in de brede lagen van de bevolking, een keuze blijven. Dat was, is en zal ons standpunt blijven. Wij volgen de kwestie van nabij.

**01.13 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is goed nieuws dat u in een nomenclatuur voor de vaccinerende artsen, apothekers en verpleegkundigen zult voorzien. Alleen vrees ik een beetje dat u opnieuw aan het aankondigen bent. Ik denk dat het plan niet overlegd werd met de stakeholders. Zult u dat via een schriftelijke procedure uitvoeren? De huisartsen hadden heel veel bedenkingen. Werden zij gecontacteerd hierover? Is er daarvoor een draagvlak? De apothekers zullen uiteraard zeer tevreden zijn, maar heel de eerstelijnssector moet hierin betrokken worden. Ik heb niet het idee dat dat op het moment het geval is.

Met betrekking tot de uitnodigingen voor de derde en vierde prik van de tachtigplussers, u verklaarde op 5 juli in het *VTM Nieuws* van 13 uur dat u een brief zult sturen, een persoonlijke uitnodiging, naar alle betrokken patiënten. U spreekt over verwarring.

**01.14 Minister Frank Vandenbroucke**: Dat ging over mensen met immuniteitsproblemen. Dat was een



afspraken met de deelstaten. De brief is reeds verstuurd. Mevrouw Depoorter, u blijft eindeloos verwarring zaaien. Dat ging over die groep van 320.000 mensen. De brief is ondertussen reeds verstuurd. U hebt daarover eindeloze verwarring gecreëerd, reeds in de plenaire verklaring. Ik heb u dat proberen uit te leggen. U bent daarover heel erg in de war. U moet het echt eens rustig bekijken.

**01.15 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, u creëert daarover verwarring. U eigent zich immers competenties toe die u niet hebt. U bent geen deelstaatminister. U schrijft geen brieven. De ministers van de deelstaten schrijven de brieven.

Ik ga ermee akkoord dat Brussel en Wallonië die brieven hadden moeten sturen naar de tachtigplussers zoals de Vlaamse overheid heeft gedaan. Dat is de reden waarom tot op vandaag de derde booster al 479.000 maal in Vlaanderen is toegediend, slechts 45.000 maal in Wallonië en nog geen 9.000 maal in Brussel.

De betrokkenen zijn niet persoonlijk uitgenodigd. De huisapothekers kunnen niet sensibiliseren, doordat de uitnodiging niet is verstuurd. U verklaart dat 'we' een brief zullen sturen. De burger, die naar u kijkt, gaat er dan van uit dat de brief van de federale overheid zal komen. Dat is net hetzelfde als daarnet, wanneer u begon over uw ventilatieprogramma. Ventilatie in de scholen is een bevoegdheid van de deelstaten, het is niet aan u om daarover te communiceren.

De **voorzitster**: Mevrouw Depoorter, mijnheer de minister wil graag antwoorden.

**01.16 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw de voorzitster, ik zal nog een laatste keer antwoorden, waarna ik voorstel dat iedereen zijn conclusies trekt.

Mevrouw Depoorter, u maakt er echt een soep van. Ik gaf aan dat na een vergadering van de interministeriële conferentie een herinneringsbrief zou worden gestuurd naar de 320.000 mensen met een immuniteitsprobleem in elke deelstaat. Dat is gebeurd. U verwacht dat nu opnieuw met de tachtigplussers, die niet zijn uitgenodigd in Brussel en Wallonië. Dat is echter een ander debat. Dat is een andere discussie. Gooi toch alstublieft niet alles door elkaar.

Bovendien wil ik, indien ik even mag, nog het volgende opmerken.

U hebt maanden gesteld dat wij dringend de apothekers moeten laten vaccineren. Nu wij zover zijn, moet u natuurlijk oppositie voeren, springt u op het andere been en stelt u dat ik nu dringend eens met de huisartsen daarover moet spreken, omdat zij dat niet willen. Wij zullen dat doen, dat is beslist. Nu gooit u mij voor de voeten dat ik nog allerlei nieuwe overleggrondes moet voeren. Ik heb ze echter allemaal al gevoerd.

**01.17 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mevrouw de voorzitster, mijnheer de minister, wees gerust, ik juich het toe dat u voor een nomenclatuur zorgt.

Ik stel echter vast dat u, zoals ik al vaker en gedurende de hele covidcrisis moet vaststellen, overleg niet altijd even plezant vindt. Bij het meedelen van moeilijke beslissingen aan beroepsgroepen die niet staan te springen voor die nomenclatuur, zou het van respect getuigen dat u niet via een schriftelijke procedure werkt, maar aan de tafel de discussie voert met alle betrokken actoren.

Wat de communicatie over de herinneringsbrief betreft, hebt u die 320.000 patiënten niet vernoemd. Ik blijf het herhalen, mijnheer de minister, u bent het die verwarring zaait, u geeft niet aan dat in Wallonië en Brussel de tachtigplussers niet zijn uitgenodigd. Daardoor is de boostergraad in Brussel en in Wallonië niet voldoende hoog en zal de campagne daar in september met gigantisch veel achterstand vertrekken.

Wanneer daarover gecommuniceerd wordt, mag dat zo gezegd worden. De eerstelijnszorg, inclusief de huisapothekers die meewerken aan de sensibilisering, kan gewoon niet werken, want er is niet gemeld dat de betrokkenen zijn of haar booster niet afgehaald heeft.

De bezorgdheid om september deel ik met u, mijnheer de minister, en samen met ons de hele eerstelijnszorg.

Ik meen dat er echt wel gehandeld moet worden. U zou beter eens overleggen met uw collega's van de andere deelstaten.

**01.18 Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. J'attendais un avis pour les moins de 18 ans, mais j'imagine que nous ne disposons pas de suffisamment de données pour pouvoir prendre une décision. Par contre, je n'ai pas reçu de réponse concernant le type du vaccin qui sera utilisé. Quelle réponse pouvez-vous me donner à ce sujet?

**01.19 Frank Vandebroucke**, ministre: Les vaccins disponibles sont tout à fait efficaces. Mais si l'EMA donne une autorisation pour un vaccin adapté au nouveau variant Omicron et si l'industrie est capable d'en organiser les livraisons, alors nous préférons travailler avec ces vaccins ajustés. Mais on ne sait pas encore. On ne va pas attendre. On commencera à vacciner. Si d'autres vaccins sont disponibles, nous les utiliserons. Mais ce n'est pas encore clair.

**01.20 Sophie Rohonyi** (DéFI): Je pense que nous sommes d'accord sur les constats que vous avez posés, à savoir que l'on traverse une nouvelle vague de contamination au covid ce qui est décevant, mais pas surprenant parce que désormais, nous devons vivre plusieurs années encore avec ce foutu virus.

À côté de cela, l'autre constat est que la situation risque de s'aggraver encore en septembre avec le retour des vacances, la reprise du travail et de contacts en intérieur. Au lieu de tirer les enseignements du passé et d'anticiper ce pic de septembre, nous allons attendre de protéger les personnes à risque. C'est à ce niveau que je ne vous suis absolument pas d'autant plus que la Conférence interministérielle Santé avait bien insisté sur le fait qu'il fallait procéder aux invitations pro-actives.

Vous nous dites qu'elles sont parties, mais force est de constater que le gros de la campagne ne commencera qu'en septembre. Je crains que contrairement à ce que vous affirmez, septembre ne sera pas le bon moment, au contraire, il sera trop tard. Et cela sans compter qu'une campagne de vaccination peut très bien fonctionner en été en prévision de son départ en vacances. L'été passé, les jeunes ont été invités à se vacciner et cela a fonctionné. Pourquoi ne ferait-on pas de même cet été? D'ailleurs, l'avis scientifique du Conseil supérieur de la Santé que vous avez cité recommande l'organisation d'une campagne pour que le rappel de vaccination puisse avoir lieu pour la fin septembre et non à partir de septembre.

Pour ce qui concerne le plan ventilation, nous sommes, à nouveau, dans l'attente d'une concrétisation. Vous vous retranchez derrière la répartition des compétences qui est très compliquée dans notre beau pays pour justifier ce retard. Il n'en reste pas moins que celui-ci est inacceptable, d'autant que voilà maintenant bien longtemps que l'on sait que ce "geste barrière" est fondamental.

Enfin, je suis rassurée d'apprendre que vous insistez en faveur d'une plus grande sensibilisation du personnel soignant au bien-fondé de la vaccination plutôt que d'opter pour la contrainte, même si votre projet loi qui prévoit celle-ci reste en suspens.

**01.21 Daniel Bacquelaine** (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, j'entends bien votre volonté de poursuivre la sensibilisation à la vaccination. Cela me semble important, compte tenu de cette nouvelle vague du BA4 et BA5, même si, fait rassurant, le taux d'hospitalisation, en particulier, en soins intensifs reste très faible par rapport au nombre de contaminations et que sont essentiellement concernées des personnes avec des comorbidités et qui sont fragilisées. Ce faisant, la campagne doit essentiellement s'adresser aux personnes immunodéprimées et aux personnes de plus de 60 ans, auxquelles vient s'ajouter logiquement le personnel soignant. Pour ce qui concerne les personnes âgées de moins de 65 ans, il faut vraiment se focaliser sur celles qui sont les plus vulnérables et qui sont fragilisées.

Selon moi, les médecins généralistes ont un rôle majeur à jouer pour sensibiliser leurs patients qui ont des problèmes cardiovasculaires, respiratoires ou rénaux à l'importance de se faire vacciner, même s'ils sont moins âgés. Le rôle des médecins généralistes est donc très important en matière de vaccination des personnes en état de fragilité, qui sont à risque, qui sont susceptibles de faire des complications et de se retrouver dans les hôpitaux et même en soins intensifs.

Je marque mon accord sur la nécessité de prendre en compte les problèmes de ventilation. C'est très important pour l'avenir. C'est d'ailleurs important pour tous les virus, en ce compris celui de la grippe. La ventilation est essentielle et c'est une des leçons que nous devons tirer de cette pandémie virale. La ventilation sera certainement nécessaire à l'avenir pour prévenir les infections virales.

Je reste également persuadé que des recommandations en matière de port de masque sont nécessaires, notamment dans les transports en commun. Quand on voit des bus bondés, il n'est pas inutile de prévoir le port du masque en période de circulation du virus.

Je rappelle encore la nécessité de la responsabilité individuelle en matière de contact avec les personnes vulnérables.

**01.22 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, we zullen niet op mevrouw Depoorter rekenen om klaarheid in het debat te brengen. Daar ben ik het wel mee eens. De N-VA wil immers dat alles in ons land in de soep loopt.

Hoe dan ook, het blijft allemaal wel vaag. Uw uitleg over de vaccinatiecampagne en wie waar wanneer gevaccineerd moet worden, is totaal niet duidelijk. U kondigt aan dat er een nomenclatuurnummer voor apothekers en verplegers komt, maar de modaliteiten met betrekking tot het krijgen van de vierde prik waren totaal onduidelijk. Iedereen heeft daar veel vragen over.

Dat geldt ook voor de teststrategie. Er zijn volgens u zes verschillende contexten. Volgens u moet iedereen die symptomen heeft, zich laten testen, maar ik hoef u toch niet te vertellen dat zulks geenszins gebeurt. Ofwel trekt u de lijn door, rolt u een teststrategie uit en stelt u de zelftesten ter beschikking van de burgers, zodat zij een eventueel positief resultaat kunnen registreren. Ofwel zet u in op peilpraktijken, maar dat doet u ook niet. Het zou immers heel veel kosten mocht iedereen gebruikmaken van de PCR-testen. U zegt dat iedereen zich moet testen, maar dat gebeurt niet, mijnheer de minister. Hoogstens 1 op de 10 personen laat zich testen. Het gebeurt dus niet en mijns inziens is het ook niet nodig dat iedereen zich laat testen via een PCR-test.

**01.23 Minister Frank Vandenbroucke:** Dit is misschien een onderwerp voor een ander debat, maar ik heb niet willen spreken over de surveillantiestrategie, waarbij men terechtkomt bij afvalwater en peilpraktijken. Daar wordt aan gewerkt. Steven Van Gucht heeft dat thema ook goed aangebracht. We zullen ook een zeer goede surveillantiestrategie vastleggen. Daar zijn we nog mee bezig. Testen is niet hetzelfde als afvalwater controleren en peilpraktijken organiseren.

**01.24 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Ik stel toch vast dat we in de zevende golf zitten en dat we nog steeds blind varen. De contactopsporing draaide vierkant en nu bestaat die gewoon niet meer. Misschien zullen we die heropstarten.

Wat de druk op de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg betreft, ik was gisteren arts van wacht en ik heb vastgesteld dat er nog steeds geen automatisch briefje is na een positieve test. Dat is nochtans eenvoudig te organiseren. Ik heb voor verschillende patiënten gisteravond om 21 en 22 uur briefjes moeten maken.

**01.25 Minister Frank Vandenbroucke:** Mag ik u nog eens onderbreken? De illustratie van het feit dat men niet altijd de sociale partners als meester moet nemen, is het feit dat een regeling ter zake geblokkeerd wordt in de Nationale Arbeidsraad.

**01.26 Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Het zou alleszins positief zijn om dat na een positieve test automatisch te kunnen genereren.

Wat het zorgpersoneel zelf betreft, is de druk op de ziekenhuizen heel groot. Ik heb u vorige week in de plenaire vergadering ook horen spreken over flexi-jobs in de zorg. Ik denk niet dat dat de oplossing is. We moeten structurele investeringen doen. Wat er voorlopig op tafel ligt, is niet genoeg, zelfs al hebt u voor bijvoorbeeld Sciensano een aantal miljoen euro extra uitgetrokken. Ik denk dat de heer Van Gucht wel duidelijk was dat men echt in besparingsmodus zit.

Ten slotte wil ik nog iets zeggen over de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel. Dat heeft al zoveel aan zijn hoofd, dus ik denk dat u het wetsontwerp, dat nog steeds hangende is, definitief moet intrekken.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**02 Samengevoegde vragen en interpellatie van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dubieuze neuswissers voor coronatesten" (55028724C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De schenking van covidvaccins aan Vietnam" (55028725C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronablunders" (55000293I)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "400.000 vervalste swabs en bijna vervallen geneesmiddelen" (55028833C)

**02** Questions jointes et interpellation de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les écouvillons douteux utilisés pour les tests de dépistage du coronavirus" (55028724C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le don de vaccins anti-covid au Vietnam" (55028725C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les coronagaffes" (55000293I)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les 400 000 écouvillons non conformes et les médicaments presque périmés" (55028833C)

**02.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben het al gehad over onder andere een publicatie in *Het Laatste Nieuws* op 10 juni, waarin dieper wordt ingegaan op de aanpak van de coronapandemie door de federale overheid, de opslag van vaccins en hulpmiddelen, vaccindonatie, de werking van uw diensten en zo verder. Eigenlijk spreekt men daar over coronablunders. Een daarvan is dat België 280.000 geneesmiddelen aan Oekraïne heeft geleverd die op vervallen stonden. Dat was een poging om een vervallen voorraad tijdens de epidemie te dumpen in een partnerland, een land in oorlog, een land in grote miserie. Dat land moest dan ook nog instaan voor de vernietiging van die vervallen geneesmiddelen en de bijkomende kosten. In totaal zit er in de federale stock voor ongeveer 100 miljoen euro aan vaccins die op het punt staan te vervallen of al vervallen zijn.

Hoe staat u daar vandaag tegenover? Wat is uw antwoord daarop?

Dit was geen eenmalige fout. Een tweede zending is tegengehouden. Men heeft ingezien dat dit echt niet kon. Ook de donaties naar Afrika verliepen niet helemaal zoals het hoorde. Er werden geen naalden, spuiten of vloeistof geleverd, ondanks het feit dat de N-VA-fractie daar heel vaak voor gewaarschuwd heeft. Wanneer vaccins worden geleverd, moet ook de logistieke omkadering meegegeven worden.

Verder kwam in dat artikel ook de donatie van vaccins aan Vietnam ter sprake. Ongeveer 1.700 vaccins werden niet op een correcte temperatuur bewaard. Uw diensten hebben geoordeeld dat de vaccins toch nog in voldoende goede staat waren en ze werden geleverd aan Vietnam, samen met een pallet van 89.000 vaccins die wel goed werden bewaard. Uw diensten waren daarvan op de hoogte. Nochtans heeft het FAGG eerst ontkend daarvan op de hoogte te zijn, maar daarna heeft het bijgestuurd.

Een volgend belangrijk punt zijn de neuswissers. Daarover hebben we het in de commissie al vaker gehad. U zegt in het artikel dat de neuswissers van iClean onder uw voorganger, mevrouw De Block, zijn verdeeld. De wissers bleken uit te rafelen. Op 14 september 2021 hebt u mij in de commissie geantwoord dat ze potentieel schadelijk voor de patiënt kunnen zijn en het testresultaat kunnen ondermijnen. Ze kunnen immers tot valspositieve resultaten leiden. Men wist heel goed dat die neuswissers niet conform waren, maar daarop is men niet ingegaan.

Op 14 september hebt u op mijn vraag ook geantwoord dat er een toxicologisch onderzoek was. Ik heb u gezegd dat die neuswissers in quarantaine moesten staan, maar dat ze nog altijd verkocht en gebruikt werden voor het testen van onze patiënten.

In het bewuste artikel hebt u het niet over de discussie die we hier hebben gehad. Daar wordt gesproken over 170.000 neuswissers die niet conform zouden zijn en die toch onder de patiënten werden verdeeld.

Daarnaast hebben ook de neuswissers van Any-Shape voor problemen gezorgd. Ook daarvoor gaf het FAGG de goedkeuring voor de verdeling.

Hebt u een risicoanalyse gemaakt? Zijn er fouten vastgesteld?

De overheid heeft ook het voortouw genomen in de aankoop van geneesmiddelen in de covidperiode. Er werd heel veel medicatie over de ziekenhuizen verdeeld. Na een aantal golven werd de medicatie weer opgevraagd en werd die in een strategische voorraad gestopt. Nu blijkt dat de ziekenhuizen niet altijd voldoende ruimte hadden om de medicijnen correct te bewaren. In hoeverre heeft men zich vergewist van de omstandigheden waarin de medicijnen bewaard werden? Zijn die medicijnen nog allemaal conform?

De medicijnen gingen dus heen en weer van de ziekenhuizen naar de strategische stock en omgekeerd. Dat is toch wel erg bijzonder, mijnheer de minister. U gaf aan dat er ook daar risicoanalyses zijn uitgevoerd. U stelt pertinent dat er geen risico's waren voor de burgers.

Het laatste onderdeel van mijn interpellatie gaat over de strategische stock aan persoonlijke beschermingsmaterialen. Er wordt gemeld dat in de strategische stock, die nochtans als roterend werd aanbevolen door de Covidcommissie, een groot deel van de mondklappers en andere persoonlijke beschermingsmiddelen niet conform is. Die non-conformiteit zou zijn vastgesteld en men zou moeten overgaan tot vernietiging.

Ik hoor graag van u in hoeverre dat klopt. Ik heb daarom een aantal concrete vragen voor u.

Hebt u weet van vervallen of bijna vervallen vaccins of hulpmiddelen die in het binnenland of het buitenland gebruikt zijn en waar problemen bij vastgesteld zijn? Zo ja, over welke landen gaat het? Over welke aantallen en types producten gaat het?

Hoeveel producten moesten uiteindelijk vernietigd worden? Hoeveel konden er gebruikt worden?

Welke kosten werden hierbij door welke partijen betaald?

Hoe is de communicatie met de ontvangende landen verlopen?

Wat zijn de bevindingen inzake de neuswissers? Wat is de relevante rapportering met betrekking tot de verkoop en het gebruik van de iCleanswabs na 14 september 2021, toen ik u die vraag heb gesteld in de commissie en u hebt geantwoord dat er een toxiciteitsanalyse zou plaatsvinden.

Wat zijn de bevindingen van die toxiciteitsanalyse? Hoe werden die opgevolgd? Welke bijstellingen hebben er plaatsgevonden? Wanneer? Ik heb dezelfde vragen wat de neuswissers van Any-Shape betreft.

Hebt u weet van andere problemen met neuswissers? Zo ja, welke problemen werden geconstateerd? Om welke producten ging het? Welk risico was eraan verbonden? Hoe gebeurt de opvolging?

Over de opslag van de vaccins hebben we het ook vanochtend al gehad. Hoeveel vaccins zijn vervallen of dreigen te vervallen? Hoeveel zijn er beschadigd? Hoeveel worden of werden er vernietigd? Wanneer?

Wat zal dit kosten? Wat gebeurt er met de overtollige vaccins?

Kennen uw diensten de exacte bewaargeschiedenis van alle loten geneesmiddelen of persoonlijke beschermingsmaterialen die op dit moment in de strategische stock aanwezig zijn? Zo nee, over welke aantallen gaat het?

Meent u dat de gezondheid van de eigen burgers en die van andere landen nooit in gevaar geweest is, ondanks deze feiten?

Zijn er nog problemen – of fouten te verwachten – met de aankoop, het beheer en gebruik van persoonlijke beschermingsmaterialen, medicijnen, vaccins, testen, swabs of ander diagnostisch materiaal, spuiten, vaccins of ander gerelateerd materiaal waarvan u of uw diensten op de hoogte zijn en die niet in de openbaarheid gebracht werden?

Welke maatregelen wilt u nemen om de problemen die eventueel niet in de openbaarheid zijn gebracht, aan te pakken of te vermijden? Hebt u hierover meer informatie?

Ten slotte zijn er ook geruchten over de non-conformiteit van persoonlijke beschermingsmiddelen die in de strategische stock, die niet roteert, aanwezig zijn. In hoeverre kloppen die geruchten en in hoeverre zal er tot

vernietiging overgegaan moeten worden?

Ik had ook nog vragen over de neuswissers en de donatie aan Vietnam. Ik zal daarvoor naar de schriftelijke versie van die vragen verwijzen, aangezien die in de interpellatie vervat zaten.

*Het Laatste Nieuws publiceerde eind januari 2021 dat er een probleem was met honderdduizenden neuswissers van het merk iClean. Deze wissers bleken uit elkaar te rafel tijdens het testen en dat kan potentieel schadelijk zijn voor de patiënt én het ondermijnt de betrouwbaarheid van het testresultaat. Het FAGG en de minister verklaarden toen dat ze op de hoogte waren van het probleem en dat alle betrokken loten al sinds 23 juli 2020 in quarantaine stonden – en dus uit roulatie. De minister gaf in het parlement toe dat het bewuste testmateriaal geen kwaliteitsmarkering had waardoor niet kon gegarandeerd worden dat ze steriel waren – wat wel essentieel is voor coronatest. Het blijkt evenwel dat de maanden voordien al honderdduizenden ‘niet-conforme’ en vervalste neuswissers naar labo’s en ziekenhuizen waren gestuurd en dat betrokken overheidsdiensten hiervan op de hoogte waren. Al in september 2020 ontdekte het FAGG dat er problemen waren met honderdduizenden wissers van Belscan en het ging naar alle waarschijnlijkheid om vervalsingen. Toch werden er tussen mei en september 170.000 valse neuswissers naar labo’s en ziekenhuizen gestuurd. Nadien waren er met wissers van het merk AnyShape problemen maar toch gaf het FAGG haar goedkeuring - terwijl de steriliteit niet gegarandeerd kon worden. De minister verklaarde dat de verdeling van het ‘niet-conforme’ testmateriaal is gebeurd onder zijn voorganger Maggie De Block en dat er steeds een risicoanalyse werd gemaakt – iets wat door experts wordt betwist. Feit blijft dat er waarschijnlijk vele duizenden foute diagnoses werden gesteld.*

*Mijn vragen voor de minister:*

*1. Hoe reageert de minister op het feit dat hij aangaf dat deze “swabs” gebruikt en verkocht werden onder voormalig minister De Block - gegeven dat hij op de hoogte was van het gebruik en verkoop van de I-Clean swabs via mijn parlementaire vraag in september dat jaar?*

*2. U verklaarde toen dat er een toxicologisch onderzoek liep; wat waren de conclusies?*

*3. Waarom werden de quarantainemaatregelen in dezen niet gerespecteerd?*

*4. Graag verneem ik van de minister waarom er geen actie werd ondernomen na deze parlementaire vraag?*

*5. Waarom zweeg de minister in zijn antwoord aan de betrokken journalist over dit voorval?*

*Volgens het laatste nieuws zou de Taskforce Vaccinatie, de FOD Volks gezondheid en het FAGG melding dat er iets mis was gelopen met de bewaring van een lading vaccins van Astra-Zeneca vooraleer ze in België waren aangekomen eind augustus 2021. De oorzaak lag bij het falen van de koelinstallaties in magazijnen van de Europese Unie waardoor de temperatuur tot diep onder nul was gedaald. Daardoor raakten 1.700 doses bevroren en waren deze in feite ongeschikt: deze moeten bij voorkeur bewaard worden tussen de 2 en 8 graden. Er werd niet besloten om tot vernietiging over te gaan maar ging wel over tot donatie. Op 7 september werd het lot toegevoegd aan een pallet van 98.000 vaccins dat klaarstond voor Vietnam. Het FAGG ontkende eerst dat dit gebeurde; maar journalisten van deze krant zouden beschikken over bewijs dat men wél op de hoogte was. Daarbij komt dat de 1.700 vaccins waarvan sprake was niet alleen beschadigd waren maar bij verzending ook nog maar 3 weken houdbaar waren.*

*Mijn vragen voor de minister:*

*1. Heeft het FAGG haar initiële verklaring dat zij niet op de hoogte was ondertussen aangepast?*

*2. Wie nam de beslissing om deze beschadigde vaccins toch te behouden? Wie besliste dat dit lot beschikbaar zou zijn voor donatie?*

*3. Meent de minister dat donatie van vaccins met amper 3 weken houdbaarheid moreel gezien correct en te verantwoorden is?*

*4. Heeft de minister nog weet van wantoestanden met vaccins of medicijnen waarbij het FAGG betrokken partij is en die gebruikt werden in binnen- en buitenland?*

**02.02** **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, met betrekking tot de 400.000 vervalste swabs waarvan sprake in een artikel van Jeroen Bossaert in *Het Laatste Nieuws* van 10 juni, waarover de collega u interpelleerde in de plenaire vergadering, zei u dat het artikel nogal overdreven is. U relativeerde en minimaliseerde het allemaal wat, het was in tijden van schaarste en dan moet men kiezen tussen mogelijk niet-steriele swabs en geen swabs. De regering koos dus uiteindelijk voor de swabs zonder geldig steriliteitscertificaat, voor swabs die dus mogelijk niet steriel waren. Een aantal laboranten heeft daarbij grote vraagtekens geplaatst.

Verder was er ook de soap met de geneesmiddelen, waarover u de in plenaire vergadering gezegd hebt dat het om geneesmiddelen ging voor mensen in coma. U benadrukte dat sterk. Ik weet niet wat de relevantie daarvan is, behalve het voeden van de emopolitiek.

Met betrekking tot de swabs, welke kosten-batenanalyse werd daarvoor gemaakt? Welke kosten en welke baten werden in rekening gebracht?

Werden uit die swabs beduidend meer valspositieven of valsnegatieven gehaald? Werd dat gecontroleerd en opgevolgd?

Weet u waar die valse swabs terechtgekomen zijn? Zijn die traceerbaar?

In tijden van tekorten aan mondmaskers werden mondmaskers zonder geldig certificaat toch in quarantaine geplaatst en niet verdeeld. Waarom gebeurde dat niet voor de swabs?

Met betrekking tot de geneesmiddelen, welke kosten-batenanalyse werd hiervoor gemaakt? Welke kosten en welke baten werden in rekening gebracht?

Het gaat om vrijgegeven geneesmiddelen waarvan u beweert dat alle voorzorgsmaatregelen genomen zijn. Welke voorzorgsmaatregelen zijn dat dan precies?

Erkent u dat een en ander fout gelopen is? Wat zult u doen om dergelijke fouten in de toekomst te vermijden?

**02.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik had daarnet nog vijf minuten spreektijd over. Ik zou nog graag iets willen toevoegen.

Mijnheer de minister, het gaat ook over hetgeen verschenen is in *Het Laatste Nieuws* en over de eventuele coronablunders. U gaf aan dat u een nieuwe verdelingspartner hebt gecontacteerd en dat er een aanbesteding loopt. Heeft dat te maken met een coronablunder die u wilt rechtzetten, namelijk het feit dat Medista niet voldoet aan de verwachtingen of dat de factuur oploopt? Is dit een vorm van rechtzetting?

**02.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal in volgorde werken en eerst de vragen over de donatie aan Vietnam behandelen, daarna de vragen van mevrouw Depoorter over de zogezegde coronablunders en dan de vragen van mevrouw Sneppe over de zogezegd vervalste swabs – een uitdrukking die ik niet in mijn mond neem, want dat klopt van geen kanten. Ten slotte mag ik niet vergeten nog op de bijkomende vraag te antwoorden over de verdeler van de vaccins. Die werd hier ter plekke toegevoegd, maar ik wil er wel op antwoorden.

Ten eerste kom ik dus tot de vragen over de donatie aan Vietnam. "Heeft het FAGG zijn initiële verklaring dat het niet op hoogte was aangepast?" Het FAGG is in augustus 2021 door de FOD Volksgezondheid op de hoogte gebracht van een hoeveelheid *vi*als die niet in de juiste omstandigheden bewaard waren. Hierbij werd aan het FAGG advies gevraagd over de impact op de kwaliteit van de betrokken vaccins. Het FAGG heeft onmiddellijk bevestigd dat er geen negatieve impact was op de kwaliteit van het product. De FOD heeft vervolgens beslist over de vrijgave van de vaccins voor donatie. Het FAGG heeft hiervan slechts kennisgenomen na de donatie door de FOD.

Ik kom tot de tweede vraag. "Wie nam de beslissing om deze beschadigde vaccins toch te behouden? Wie besliste dat dit lot beschikbaar zou zijn voor donatie?" In het geval van bewaring die niet aan de instructies van de vergunning beantwoordt, wordt een risicoanalyse uitgevoerd, onder andere op basis van de stabiliteitsdata van de fabrikant, om de kwaliteit van de geneesmiddelen te kunnen garanderen. Indien daaruit blijkt dat de kwaliteit gegarandeerd kan worden, kunnen de geneesmiddelen verdeeld worden. Uit de

analyse bleek dat de gevolgen van de bewaring aan een te koude temperatuur verwaarloosbaar waren. Uit de stabiliteitsdata van AstraZeneca hebben de experts van het FAGG in casu kunnen concluderen dat de kwaliteit gegarandeerd kon worden. Zoals ik daarnet al zei, heeft de FOD op basis van die evaluatie beslist voor welke doeleinden die gebruikt zouden worden. Het is dus niet juist te spreken van beschadigde vaccins. Die vaccins waren niet beschadigd. Volgens de risicoanalyse van het FAGG waren ze perfect bruikbaar.

Wat het andere probleem betreft, de houdbaarheid, vraagt u: "Meent de minister dat donatie van vaccins met drie weken houdbaarheid moreel gezien correct en te verantwoorden is?" Vietnam werd op de hoogte gebracht van de korte houdbaarheidsdatum van minder dan 2 % van de donatie – daarover ging het. De Vietnamese autoriteiten maakten duidelijk dat ze de donatie aanvaardden, omdat ze de doses onmiddellijk zouden toedienen. De schenking is dus op een gecoördineerde en transparante manier uitgevoerd.

De volgende vraag was: "Heeft de minister nog weet van wantoestanden met vaccins of medicijnen waarbij het FAGG betrokken partij is en die werden gebruikt in binnen- en buitenland?" Mijn antwoord is dat de experts van het FAGG hier advies hebben verleend op basis van de stabiliteitsdata van de firma. Daarbij is bevestigd dat er zich geen probleem voordoet. De donatie is ook in alle transparantie verlopen, met het oog op een onmiddellijke toediening. De vraag of ik dan weet heb van 'nog wantoestanden' is, zoals ik al duidelijk heb gemaakt voor deze casus, zelfs niet aan de orde. Dit was geen wantoestand.

Vervolgens kom ik bij uw vragen over de zogenaamde 'coronablunders'. Uw eerste vraag is: "Hebt u weet van vervallen of bijna vervallen vaccins of hulpmiddelen die in buiten- of buitenland gebruikt zijn, waarrond problemen zijn vastgesteld? Over welke landen gaat het? Welke aantallen en type producten? Hoeveel producten? Welke kosten zijn er daarbij opgelopen?" Welnu, mijn diensten zijn niet op de hoogte van problemen die zijn vastgesteld met vaccins, medische hulpmiddelen of geneesmiddelen die bijna vervallen of vervallen zouden zijn. Er is ons geen enkel concreet probleem gesignaleerd.

Ten tweede, over de neuswissers werd gevraagd: "Wat zijn de bevindingen en de relevante rapportering met betrekking tot de verkoop en het gebruik van de iClean Swabs na september 2021? Wat waren de resultaten van de toxiciteitsanalyse? Werd die opgevolgd? Welke bijsturingen waren er?" Wel, tijdens de crisis, meer bepaald in augustus 2020, werd een deel van de in quarantaine gehouden voorraad aan iClean Swabs vrijgegeven omdat er geen alternatief voorhanden was. Deze swabs werden in quarantaine geplaatst aangezien het FAGG geen bewijs had ontvangen van een aangemelde instantie die het kwaliteitssysteem voor de handhaving van de steriliteit had geverifieerd. Het FAGG heeft hier als bevoegde overheid op een normale manier zijn werk verricht overeenkomstig de geldende Europese en nationale wetgevingen. Tijdens de crisis was nog een grote hoeveelheid swabs nodig voor de tests en de beschikbare hoeveelheden waren destijds te klein. In dergelijke omstandigheden vindt een baten-risicoanalyse plaats. Deze wees ook sowieso uit dat het aangewezen was om de nodige hoeveelheid swabs vrij te geven in plaats van de testcentra met een tekort aan swabs te laten zitten.

Ook de experts van het FAGG die ik zelf in verband met deze kwestie heb geraadpleegd, bevestigen op dit moment dat die swabs helemaal niet steriel hoeven te zijn voor het gebruik waarvoor ze zijn bestemd, namelijk het afnemen van een PCR-test. Professor Herman Goossens, toch een belangrijke autoriteit, antwoordt mij in een mail over het steriel zijn: "Dat is niet nodig. De wissers moeten proper zijn maar ze moeten niet steriel zijn. Met een wisser ga je in de neus en/of de keel die volzit met bacteriën en soms ook virussen, waarmee die wisser in aanraking komt. De PCR-test zal dus altijd uitgevoerd worden op een wisser waarop de neus- en/of keelflora zit. Waarom moet men dan een steriele wisser gebruiken? Bovendien is de PCR-test ongelooflijk specifiek en detecteert deze test alleen maar RNA van het SARS-CoV-2-virus. Dat is ook nodig omdat de wisser besmet zal zijn met neus- en/of keelflora. Anders krijgen we valspositieve resultaten." Dat is wat men daar op dit moment over zegt.

Mevrouw Sneepe had het over vervalste wissers. Komaan, waarover zijn we bezig?

Intussen werden er andere problemen gesignaleerd. In februari 2021 ontving het FAGG een klacht van een concurrent waaruit bleek dat vezels zouden vrijkomen wanneer iClean Swabs over een doekje werden gewreven. Deze door de concurrent uitgevoerde test is echter geen erkende test en geeft ook geen indicatie over wat er effectief in de neus plaatsvindt. Niettemin werden cytotoxiciteitstests uitgevoerd, waarbij de componenten van zeven verschillende loten van swabs werden verkregen door extractie gedurende 24 uur bij 37 °C in drievoud. Dat is een overschatting van wat er in de neus eventueel zou kunnen gebeuren, voor alle duidelijkheid. Men heeft dat gedaan. Vervolgens werd de cytotoxiciteit van deze extracten bepaald. Geen enkel extract bleek toxisch. Door dit resultaat werd er geen verder gevolg aan gegeven.



Voor de swabs van Any-Shape werden enkele meldingen ontvangen van patiënten over hun ongemak tijdens het gebruik van de wisser. Any-Shape werd door het FAGG gecontacteerd en paste de swabs aan. Na de aanpassing van de wissers werden er geen meldingen meer ontvangen en werd er geen verdere opvolging meer verricht.

Ik kom tot de derde vraag, van mevrouw Depoorter: "Hebt u weet van andere problemen met neuswissers? Over welke problemen gaat het en welk risico?" Het komt voor dat meldingen worden gedaan over neuswissers. Zo werd in april 2021 door de bevoegde Tsjechische overheid een melding verricht dat bij bepaalde swabs lijm zou zijn gebruikt met toluen en ethylbenzeen. Het FAGG heeft een componentanalyse gevraagd aan Sciensano, waarbij werd aangetoond dat er geen probleem was op basis van de kwantificatielimiet van de meetapparatuur. Dagelijks gebruik van deze swabs zou een blootstelling geven die meer dan 1.000 keer onder de toegestane dosis ligt, waardoor het risico verwaarloosbaar is. Dit is een voorbeeld. Er kunnen soms meldingen zijn, inderdaad. Mijn diensten laten mij weten dat zij niet op de hoogte zijn van echte problemen met neuswissers.

Dan kom ik tot de opslag van de vaccins, hoeveel er dreigen te vervallen enzovoort. Op 31 mei zijn in principe 430.000 doses van AstraZeneca vervallen, in juli gevolgd door 800.000 doses van Moderna en 90.000 doses van Pfizer, die meer dan waarschijnlijk zullen moeten worden vernietigd. Aangezien Moderna van plan is nieuwe stabiliteitsgegevens aan het EMA voor te leggen, zou de houdbaarheid van deze doses met drie tot vijf maanden kunnen worden verlengd. Daarom is voorzichtigheid geboden en moeten doses niet te vroeg worden vernietigd, in afwachting van nadere stabiliteitsgegevens. Er zijn nog geen doses vernietigd. De kosten zijn gebaseerd op het te vernietigen gewicht per pallet. Een pallet met AstraZeneca-vaccins weegt bijvoorbeeld bijna 400 kilogram voor 864.000 doses, terwijl de vernietiging ongeveer 500 euro per ton kost als richtprijs.

Er werd mij ook gevraagd of mijn diensten de exacte bewaargeschiedenis van de verschillende loten kennen en, zo nee, over welke aantallen het gaat. Het is een beetje de vraag waarover het gaat, want de Europese verplichtingen inzake traceerbaarheid zijn gradueel, maar ik neem aan dat de vraag ook over de vaccins gaat. Mijn diensten kennen de volledige bewaartraceerbaarheid van de vaccins, tot aan de levering aan de vaccinatiecentra, maar niet omgekeerd. Voor de hulpmiddelen, waaronder de swabs, voorziet verordening EU 2017/745 dat de traceerbaarheid door de marktdeelnemers bewerkstelligd wordt en deze van een passend niveau moet zijn. Gelet op het geringe risico van de swabs impliceert dat dat de leveranciers, de marktdeelnemers en de afnemers, de marktdeelnemers of zorginstellingen en zorgverleners, bekend moeten zijn.

Er werd mij ook gevraagd of ik meen dat de gezondheid van de eigen burgers en die van andere landen nooit in gevaar is geweest. De diensten laten mij weten dat zij te allen tijde vaccins en geneesmiddelen hebben geleverd waarvan zij de traceerbaarheid en de kwaliteit konden garanderen in het belang van de patiënt.

Er werd mij eveneens gevraagd of er nog problemen of fouten te verwachten zijn voor wat de aankoop en het beheer en gebruik van persoonlijke beschermingsmaterialen enzovoort betreft. Mijn diensten beheren de voorraad zo goed mogelijk en zorgen voor kwaliteit en traceerbaarheid. Sommige verbeteringen zijn snel doorgevoerd, hoewel alle informatie steeds transparant en in overleg met de betrokken actoren, zoals de ziekenhuisapothekers, is doorgegeven. Dat gebeurt ook zo in normale omstandigheden, buiten een crisissituatie, als er een probleem met medisch materiaal of een geneesmiddel optreedt.

Er werd mij ook gevraagd welke maatregelen ik zal nemen. De werkprocedures worden regelmatig geëvalueerd en aangepast op punten die nog voor verbetering vatbaar zijn. Er worden operationele procedures geschreven of geüpdatet met gedetailleerde instructies.

Mevrouw Sneppe, u stelde een vraag over de kosten-batenanalyse. Spreken over vervalste swabs of valse swabs is absoluut niet ter zake. Er is helemaal niets vals of vervalst aan. Ik laat die bewoordingen, die zo in de tekst van uw ingediende vraag staan, voor uw rekening.

Eén ding is duidelijk, het onder controle houden van de pandemie rustte in die periode vooral op massaal testen om SARS-CoV-2-infecties tijdig op te sporen. Zoals gezegd, er dreigde een tekort aan volledig conforme neuswissers, dus neuswissers die volgens de fabrikant steriel waren, terwijl er daarvoor geen attest voorhanden was. Experts zijn vandaag echter eensluidend over het gegeven dat steriliteit niet nodig

is.

Inderdaad, er werd ook een baten-risicoanalyse gemaakt voor de niet volledig conforme swabs en in het belang van de volksgezondheid. Bij een dergelijke analyse wordt rekening gehouden met vier reeksen factoren: ten eerste, de reeds uitgevoerde validatietests en de opgedane gebruikservaring van de swabs; ten tweede, eventuele ontvangen klachten; ten derde, de specifieke niet-conformiteit, zoals problemen met etikettering of het ontbreken van volledig bewijs van een gecertificeerd kwaliteitssysteem voor sterilisatie; en ten vierde, informatie die gegeven kan worden en maatregelen die genomen kunnen worden om het risico te verkleinen.

Wanneer het risico als klein beschouwd werd ten opzichte van de baten, werd besloten om een bepaalde hoeveelheid neuswissers te verdelen. De wetgeving laat dat ook expliciet toe. Ik denk dat het voor zich spreekt dat de gevolgen van een tekort aan swabs gigantisch zouden zijn geweest.

We spreken nu over gebeurtenissen in de vorige legislatuur, ik was volstrekt niet betrokken, maar ik durf toch te zeggen dat ik niet zie wat er hieromtrent in de vorige legislatuur fout is beslist. Bij niet-steriele swabs is het risico zelfs onbestaande.

"Werden uit die swabs beduidend meer valspositieve of valsnegatieve resultaten verkregen?" Welnu, meldingen over swabs en afnametubes worden opgevolgd. Er werden nooit meldingen ontvangen van abnormale hoeveelheden valspositieve of valsnegatieve resultaten.

U vraagt of ik weet waar die valse swabs terechtgekomen zijn. Vermits ik eigenlijk niet begrijp wat u met 'valse' swabs bedoelt en vermits er ook geen issue was met betrekking tot veiligheid en werkzaamheid, denk ik dat die vraag zonder voorwerp is.

In tijden van tekorten aan mondmaskers werden mondmaskers zonder geldig certificaat toch in quarantaine geplaatst. Waarom gebeurde dat niet voor de swabs? Wel, er werden ook heel wat niet-conforme mondmaskers uit quarantaine vrijgegeven. Voor die maskers werd echter een alternatief testprotocol ontwikkeld. Met behulp van het alternatieve testprotocol konden de filtercapaciteit en de dooradembaarheid van de mondmaskers worden aangetoond. Omdat werd geoordeeld dat zij de twee belangrijkste waarden waren in het kader van de covidcrisis, werden mondmaskers die op die twee testen slaagden, vrijgegeven voor distributie.

Swabs werden na risicoanalyse vrijgegeven wanneer het risico als klein werd beschouwd, terwijl de gevolgen van het tekort aan swabs desastreus zouden zijn geweest voor de volksgezondheid. Aangezien de niet-steriliteit van neusswabs bij het vooropgestelde gebruik voor testing van COVID-19 niet echt relevant is voor de gezondheid van de patiënt, werden daarvoor geen bijkomende testen uitgevoerd.

*Président: Thierry Warmoes.*

*Voorzitter: Thierry Warmoes.*

Mevrouw Sneppe, over geneesmiddelen stelde u opnieuw de vraag over de kosten-batenanalyse.

De vrijgave van geneesmiddelen uit de strategische stock is de verantwoordelijkheid van de FOD Volksgezondheid. Wanneer de FOD Volksgezondheid wordt geconfronteerd met een incident dat de kwaliteit van de geneesmiddelen in vraag kan stellen, plaatst de FOD het geneesmiddel eerst in quarantaine bij de distributeur en neemt hij vervolgens contact op met de analytische experts van het FAGG, die de mogelijke impact op de kwaliteit evalueren, rekening houdende met de feiten, de documenten die de feiten beschrijven en de stabiliteitsgegevens waarover zij beschikken.

Wanneer de deskundigen bevestigen dat de kwaliteit van de geneesmiddelen in kwestie intact is, documenteert de FOD het geheel, heft hij de quarantaine bij de distributeur op en neemt hij ze opnieuw op in bruikbare voorraad, hetzij voor Belgische patiënten hetzij voor schenkingen, op voorwaarde dat ook aan alle andere *good distribution practices* wordt voldaan.

Indien er twijfel bestaat over de conclusie van de deskundigen of indien zij concluderen dat de kwaliteit niet is gewaarborgd, worden de geneesmiddelen niet langer ter beschikking van de patiënten gesteld en moet de distributeur ze in de vernietigingszone plaatsen.

Wat zijn de voorzorgsmaatregelen voor vrijgegeven geneesmiddelen, waarvan u beweert dat alle voorzorgsmaatregelen worden getroffen? Zoals ik al aan mevrouw Depoorter heb meegegeven, hebben de experts van het FAGG nagegaan wat de impact was van niet-conforme bewaring op de kwaliteit van de desbetreffende vaccins, die later gedoneerd werden aan Vietnam. Men kwam tot de vaststelling dat er geen negatieve impact was op basis van de stabiliteitsdata van de firma.

Wanneer het deskundig advies concludeert dat de kwaliteit van de geneesmiddelen is gewaarborgd, heft de FOD Volksgezondheid de quarantaine op en worden de geneesmiddelen in kwestie gebruikt, om de continuïteit van de zorg voor Belgische patiënten te verzekeren of om onze solidariteit te tonen door in te gaan op een dringend verzoek van een land in nood.

De kwaliteit van de geneesmiddelen die ter beschikking gesteld worden van de patiënten, wie het ook zijn, is een absolute prioriteit voor mijn administratie. Het zou namelijk vanuit ethisch en gezondheidsoogpunt niet verantwoord zijn om geneesmiddelen te schrappen wanneer uit expertise blijkt dat ze van goede kwaliteit zijn en kunnen voorzien in de volksgezondheid waarvoor wij verantwoordelijk zijn.

Uw laatste vraag was of ik erken dat er een en ander fout is gelopen en wat ik zal doen om dergelijke fouten in de toekomst te vermijden. De procedures om de kwaliteit en veiligheid te garanderen werden gevolgd en in deze kwestie zijn geen fouten aangetoond, laat staan fouten met een impact op de volksgezondheid.

Mevrouw Depoorter, u voegt ook vragen over een recente publicatie in *Het Laatste Nieuws* toe, maar goed. In *Het Laatste Nieuws* werd er gezegd dat ik geruisloos en zonder duidelijke reden een nieuwe openbare aanbesteding heb uitgeschreven voor de verdeling van de vaccins. Er werd ook gezegd dat mevrouw Crevits zich heel ongerust had getoond tijdens de IMC. Dat laatste klopt niet. Mevrouw Crevits heeft daarover niets gezegd tijdens de IMC. Haar kabinetschef heeft dat even besproken in logische termen, die mevrouw Crevits daarna hernomen heeft in een reactie op het artikel. Ze zei dat de continuïteit een belangrijke zorg is wanneer men zo'n verdelingsoperatie met een andere verdeler uitvoert. Dat is evident en daarmee ben ik het eens. Het is echter volstrekt onjuist dat mevrouw Crevits er een groot probleem van zou hebben gemaakt tijdens de IMC. Ik weet niet vanwaar dat komt.

Ten tweede is dat ook helemaal niet geruisloos gebeurd. Het is een openbare aanbesteding, dus dat is een publiek procedé.

Ten derde is die beslissing genomen omdat de budgettaire kosten die wij droegen en nog zouden dragen voor de betaling van de bestaande verdeler, duidelijk de pan uit begonnen te swingen. We zouden dus over de voorziene budgettaire middelen gaan. Men heeft gezegd dat er een nieuwe aanbesteding uitgeschreven moest worden voor vaccins en dat het goed zou zijn als ik dat deed. Men heeft aangeraden een gecentraliseerde benadering te hanteren voor de verdeling van vaccins en geneesmiddelen, omdat dat veel efficiënter zou zijn. Naar aanleiding van de begrotingsbekommernissen die geuit werden, heb ik dus een nieuwe openbare aanbesteding uitgeschreven. Dat is volstrekt openbaar gebeurd, daar was niets geruisloos aan. Ik heb aan *Het Laatste Nieuws* gezegd dat ik daar geen verdere informatie over kon geven, aangezien het om een lopende gunningsprocedure ging. Ik kon dus verder geen informatie geven over hoe die gunningsprocedure liep of over welke aanbiedingen er binnenkwamen enzovoort.

**02.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, wat Vietnam betreft zegt u dat u een risicoanalyse hebt uitgevoerd en dat die vaccins in orde bleken. Zoals u weet, heb ik zelf nog in een vaccinatiecentrum gewerkt. Van één ding ben ik zeker, namelijk dat onze Vlaamse patiënten die vaccins niet ingespoten zouden krijgen. Als we vaccins doneren, dienen we dezelfde richtlijnen te hanteren voor mensen in het buitenland als voor onze eigen burgers. Dat is niet gebeurd.

Verder hebt u ook gezegd dat u met Vietnam bent overeengekomen dat de vaccins in kwestie nog maar drie weken bruikbaar waren. De door u gemaakte fout is later zelfs door de WHO rechtgezet. Er is de specifieke richtlijn gekomen dat vaccins drie maanden voor de vervaldatum gedoneerd moeten worden. Het is wel degelijk een blunder. U kunt zich achter een risicoanalyse verstoppen, maar ook daar hebt u de algemene wetenschappelijke richtlijnen, de algemene internationale afspraken, niet toegepast. Ook daar wordt dus toch wel bewezen dat de werkwijze van de federale overheid niet correct was ten opzichte van burgers in een ander land. Dat is een ernstige zaak.

Wat de swabs van iClean betreft, doet u er alles aan om te zeggen dat u er niet bij betrokken was, maar ik stel vast dat in augustus 2021, toen u toch al acht maanden minister was, de helft van die swabs in

quarantaine zijn vrijgegeven en gebruikt. Wij hebben een Europese richtlijn rond medische hulpmiddelen goedgekeurd. Dat wil de facto zeggen dat als een of andere expert zegt dat het niet steriel moet zijn, we alles aan onze laars lappen en het niet meer steriel hoeft te zijn. Ik herhaal dat dit *le triangle de la mort* is. Er kan hier effectief een probleem zijn.

Wat die experts ook zeggen, ik stel u de vraag of er in augustus 2021 dan geen enkele conforme swab in ons land te vinden was. Heeft de hele wereld in augustus en september 2021 getest met niet-steriele swabs? Het FAGG stelt zelfs dat het de herkomst van de swabs waarover we het hebben niet kent. Beweert u hier nu dat het logisch is dat een medisch hulpmiddel in de handel wordt gebracht zonder dat men de herkomst kent, zonder dat men weet waar en onder welke omstandigheden het werd geproduceerd? Dat is immers wat het FAGG aangeeft. U hebt hier een risico genomen.

Net hetzelfde met de toxiciteitsanalyse. U hebt mij op 14 september gezegd dat de analyse werd uitgevoerd en nu komt u hier met een verhaal van extractie. Extractie is geen wrijving. Als we in de neus gaan met een swab met vezeltjes, dan is het de wrijving die de restresiduen van vezeltjes veroorzaakt. Dat doet men niet met extraheren in een vloeistof. U hebt een risico voor de volksgezondheid genomen en u praat dat goed.

We hebben het al vaker gehad over de vervallen vaccins, maar u hebt geen antwoord gegeven op een vraag die ik u nu al drie keer heb gesteld. Hoe zit het met de roterende strategische stock van vandaag? Zijn daar non-conformiteiten? Klopt het dat 60 % zal moeten worden vernietigd?

**02.06** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik heb een gedetailleerd antwoord gegeven op deze vraag, over de stock. Ik zal dat niet altijd herhalen en weet dit ook niet vanbuiten. Er is niets gewijzigd aan de informatie die daarover is verspreid.

**02.07** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat antwoord hebt u niet gegeven. U hebt het antwoord van vroeger gegeven en hoe die ATP-controle tot stand is gekomen.

**02.08** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik begrijp dat u altijd opnieuw deze vragen stelt, maar ik zal niet altijd opnieuw dezelfde antwoorden geven. Lees het verslag van deze commissie van een paar weken geleden. Daar vindt u het antwoord op die vraag in alle details.

**02.09** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Hebt u non-conformiteiten vastgesteld in de strategische stock in de voorbije maanden waarvoor u tot vernietiging zal moeten overgaan of waardoor u in allerijl hebt geprobeerd de stock toch roterend te krijgen? Dit is een expliciete vraag die ik u stel en waarop ik geen antwoord van u krijg.

Bedankt voor uw antwoord op het Medistaverhaal. Vandaag is de aanbesteding nog lopende. Volgens u verloopt die niet geruisloos. Hebt u de aanbesteding in samenspraak met de deelstaten gedaan? Hoe groot was de overschrijding van het budget? Hoe komt het dat er zomaar een overschrijding van een budget kan gebeuren? Wanneer u een aanbesteding doet, dan ligt dat toch vast? Of had u een vrij lopende aanbesteding die zomaar ingevuld kon worden?

Wanneer u Medista toewees, heb ik u erop gewezen dat het een firma was die nog niet zo bekend was binnen de medisch-farmaceutische sector voor het vervoer van diepvriesmedicijnen of medicijnen die gekoeld moeten worden rondgedeeld. Het was een aanbesteding zonder voorafgaande bekendmaking. Dat was op dat moment wel de gewoonte. Heeft het daarmee te maken? Zijn er fouten geslopen in de aanbesteding destijds? We hebben daar al een aantal discussies over gehad. Zal het nu volledig openbaar zijn? Worden er nu concrete begrotingsmatige afspraken gemaakt? Hebt u een fout gemaakt bij de aanbesteding van Medista? Dat kan ik hier vandaag uit concluderen. Het is heel belangrijk te weten of die beslissing effectief in samenspraak met de deelstaten werd genomen.

**02.10** **Dominiek Snelpe** (VB): Mijnheer de minister, als ik het over vervalste swabs heb, dan zijn dat niet mijn woorden, maar dan is dat een verwijzing naar het artikel waarover mijn vragen gaan. U speelt hier ook een woordspelletje. Vervalste swabs of non-conforme swabs, dat is voor mij min of meer hetzelfde. Dat zijn swabs die niet voldoen aan de reglementering.

Volgens u en volgens professor Goossens is dat ook niet nodig. Dat vind ik eigenaardig. Ik vermoed dat professor Goossens voor een stuk betrokken partij is, want geen swabs betekent geen testen en geen testen

betekent geen inkomen voor zijn labo, denk ik dan.

Als die swabs niet steriel moeten zijn, waarom wordt er dan een steriliteitscertificaat gevraagd? De swabs moeten wel steriel zijn, behalve die die niet steriel moeten zijn. Dat is toch een dubieuze zaak.

Ik vroeg naar de traceerbaarheid om te kunnen nagaan of er tussen de non-conforme swabs meer valspositieve of meer valsnegatieve resultaten zitten. Het is belangrijk om te weten waar die swabs naartoe zijn gegaan. We moeten toch weten of er een verschil zit in de resultaten tussen de steriele en niet-steriele swabs?

Uw antwoord over de houdbaarheidsdatums van geneesmiddelen en vaccins vond ik ook raar. Als de houdbaarheidsdatum ei zo na verstreken is, doet men een stabiliteitstest. Dan beslist men of de houdbaarheidsdatum kan worden verlengd en of de geneesmiddelen nog verder kunnen worden gebruikt. Waarom moet er dan een houdbaarheidsdatum op staan, vraag ik mij dan af.

Ik treed mijn collega bij. Het geblunder van deze en de vorige regering blijft bestaan. U leert niet uit wat het verleden ons heeft geleerd. U blijft uw eigen wil doordrukken, ten koste van de volksgezondheid.

**02.11** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, komen er nog antwoorden van de minister op de bijkomende vragen?

Dan zullen wij die in de plenaire vergadering moeten stellen.

### **Moties** **Motions**

#### **De voorzitter:**

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

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Kathleen Depoorter en luidt als volgt:

"De Kamer,  
gehoord de interpellatie van mevrouw Kathleen Depoorter  
en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
- gelet op het feit dat de Belgische regering 280.000 geneesmiddelen aan Oekraïne leverde die op het punt stonden te vervallen, hetgeen in strijd is met de internationaal ter zake gehanteerde normen;  
- gelet op het gegeven dat een beschadigde voorraad covidvaccins geleverd werd aan Vietnam, blijkbaar met volledige kennis ter zake;  
- gelet op het feit dat deze leveringen als bewuste pogingen gezien kunnen worden om de eigen vervallen voorraad, die tijdens coronapandemie werd opgebouwd maar kennelijk niet goed genoeg werd opgevolgd, elders te dumpen;  
- overwegende dat het FAGG en de FOD Volksgezondheid op de hoogte bleken te zijn van problemen met diverse voorraden neuswissers;  
- gelet op het feit dat deze niet-betrouwbare neuswissers, alsook de testresultaten die hiermee bekomen werden, niet uit circulatie werden genomen of herroepen werden;  
- gelet op het feit dat vele burgers hierdoor foutieve diagnoses omtrent covidbesmettingen ontvingen, met alle gevolgen van dien (onnodige quarantaines, onaangepast gedrag met het oog op een beperking van verdere besmettingen, etc.);  
- gezien de vele vragen die gerezen zijn m.b.t. de concrete opvolging van de bewaring, het vervoer, de verdeling, de ophaling en de statusbepaling van covidvaccins;  
- gelet op het feit dat de actuele status van vele covidvaccins kennelijk niet te bepalen valt en hierdoor een risico vormt voor uiteindelijk gebruik;  
- gelet op het feit dat de risicoanalyses niet voldoende ondersteund werden en hierdoor onnodige risico's voor de burgers zijn gecreëerd door de overheid;  
vraagt de regering  
- te erkennen dat er fundamentele problemen zijn met de statusopvolging van de verschillende loten covidvaccins;  
- een grondige screening van de huidige procedures ter zake te laten uitvoeren;  
- te erkennen dat de donatie van bepaalde covidvaccins (met name die met bestemming Oekraïne en

Vietnam) niet gebeurde volgens de geijkte internationale voorschriften;

- de opvolging van de beschikbare covidvaccins beter te organiseren en met de FOD Volksgezondheid prioriteit te geven aan de veiligheid van de vaccins en de burgers;
- te garanderen dat de nodige maatregelen genomen worden om de gezondheidsrisico's voor burgers (zowel in ons land als in de landen waaraan covidvaccins, geneesmiddelen, testen, persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen gedoneerd worden) en eventuele vernietigingskosten voor de ontvangende landen van voornoemde donaties zo laag mogelijk te houden;
- steeds een volledige inventaris bij te houden en ter inzage te houden ter bepaling van de bruikbare covidvaccins, inclusief aankoop- en vervaldata, oorsprong, afgelegde weg, status, bijzonderheden en uiteindelijke bestemming;
- steeds een volledige inventaris bij te houden en ter inzage te houden ter bepaling van de niet-bruikbare of niet te bepalen covidvaccins, inclusief aankoop- en vervaldata, oorsprong, afgelegde weg, status, bijzonderheden en uiteindelijke bestemming;
- een overzicht op te stellen van de risico's m.b.t. de voorraad covidvaccins, geneesmiddelen, testen, persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen waar de FOD Volksgezondheid kennis van heeft, en mede te delen welke maatregelen er in dit kader genomen zullen worden, met tijdslijn."

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Kathleen Depoorter et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Kathleen Depoorter

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

- eu égard au fait que le gouvernement belge a livré à l'Ukraine 280 000 médicaments sur le point d'arriver à péremption, ce qui est contraire aux normes appliquées en la matière à l'échelle internationale;
  - eu égard au fait qu'un stock endommagé de vaccins contre la covid-19 a été livré au Vietnam, apparemment en toute connaissance de cause;
  - eu égard au fait que ces livraisons peuvent être considérées comme des tentatives délibérées de nous débarrasser dans un autre pays de nos propres stocks périmés, qui ont été constitués pendant la pandémie de la covid-19 mais n'ont manifestement pas fait l'objet d'un suivi suffisamment attentif;
  - considérant que l'AFMPS et le SPF Santé publique se sont avérés avoir eu connaissance de problèmes liés à différents stocks d'écouvillons;
  - eu égard au fait que ces écouvillons non fiables, ainsi que les résultats des tests obtenus au moyen de ces écouvillons, n'ont pas été retirés de la circulation ou rappelés;
  - eu égard au fait qu'un grand nombre de nos concitoyens ont ainsi reçu des diagnostics erronés au sujet de contaminations avec la covid-19, avec toutes les conséquences qui en découlent (quarantaines inutiles, comportement inadapté en vue de limiter le risque de contaminations en cascade, etc.);
  - eu égard aux nombreuses questions qui se sont posées quant au suivi concret de la conservation, du transport, de la distribution, de la collecte et de la détermination du statut des vaccins contre la covid-19;
  - eu égard au fait qu'il est manifestement impossible de déterminer le statut actuel de nombreux vaccins contre la covid-19 et que cette impossibilité présente un risque pour l'utilisation finale;
  - eu égard au fait que les analyses de risques n'ont pas été suffisamment soutenues et que les pouvoirs publics ont ainsi créé des risques inutiles pour nos concitoyens;
- demande au gouvernement
- de reconnaître que des problèmes fondamentaux se posent quant au suivi du statut des différents lots de vaccins contre la covid-19;
  - de faire réaliser une analyse approfondie des procédures actuelles en la matière;
  - de reconnaître que les dons de certains vaccins contre la covid-19 (à savoir, ceux destinés à l'Ukraine et au Vietnam) n'ont pas été faits conformément aux prescriptions internationales en vigueur;
  - de mieux organiser le suivi des vaccins disponibles contre la covid-19 et de donner la priorité, avec le SPF Santé publique, à la sécurité des vaccins et à celle de nos concitoyens;
  - de garantir que les mesures nécessaires seront prises pour réduire autant que possible les risques sanitaires pour nos concitoyens (tant dans notre pays que dans les pays auxquels il est fait don de vaccins contre la covid-19, de médicaments, de tests, d'équipements de protection individuelle et de dispositifs médicaux) ainsi que les frais de destruction éventuels de ces dons pour les pays bénéficiaires des dons susmentionnés;
  - de tenir systématiquement et de mettre à disposition aux fins de sa consultation un inventaire complet permettant de déterminer les vaccins utilisables contre la covid-19, y compris les dates d'achat et de péremption, l'origine, le chemin parcouru, le statut, les particularités et la destination finale;
  - de tenir systématiquement et de mettre à disposition aux fins de sa consultation un inventaire complet permettant de déterminer les vaccins inutilisables ou au statut impossible à déterminer, y compris les dates d'achat et de péremption, l'origine, le chemin parcouru, le statut, les particularités et la destination finale;

- d'établir un aperçu des risques liés aux stocks de vaccins contre la covid-19, de médicaments, de tests, d'équipements de protection individuelle et de dispositifs médicaux dont le SPF Santé publique a connaissance, et de communiquer quelles mesures seront prises dans ce cadre, en précisant le calendrier."

Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Karin Jiroflée.  
Une motion pure et simple a été déposée par Mme Karin Jiroflée.

Over de motie zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.  
Le vote sur la motion aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

**02.12 Steven Creyelman (VB):** Mijnheer de voorzitter, mag ik even gebruikmaken van uw goedheid en de flexibiliteit van collega Depoorter om de volgende vraag op de agenda eerst te behandelen, want over een kwartier moet ik aanwezig zijn in de commissie voor legeraankopen en -verkopen?

De **voorzitter:** Geen bezwaar?

Dan kunt u als eerste uw vraag stellen, mijnheer Creyelman.

### **03** **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herziening van het margesysteem van de geneesmiddelenverdelers" (55028730C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herziening van het margesysteem van groothandelaars-verdelers van geneesmiddelen" (55028834C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vraag van de verdelers van geneesmiddelen om hun marge aan de gezondheidsindex te koppelen" (55029494C)

### **03** **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La révision du système de marges des distributeurs de médicaments" (55028730C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La révision du système de marges des grossistes-répartiteurs pharmaceutiques" (55028834C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La demande des distributeurs de médicaments de lier leur marge à l'indice-santé" (55029494C)

**03.01 Steven Creyelman (VB):** Mijnheer de minister, ik verwijs naar de tekst van de ingediende vraag.

*Comeos is een organisatie die de Belgische handel en diensten vertegenwoordigt. De leden van Comeos verkopen aan bedrijven of rechtstreeks aan de consument. Zij zijn actief in 20 verschillende sectoren. Een hiervan is de farmasector.*

*Deze sector verenigt de groothandelaars-verdelers van geneesmiddelen. Er wordt gezorgd voor de dagelijkse verdeling van geneeskundige producten aan apothekers in België. Binnen Comeos zijn deze bedrijven gegroepeerd onder de noemer van Nationale Vereniging van Groothandelaar-Verdelers van Geneesmiddelen (NNGV)*

*Volgens Comeos - sector pharma is er nood aan een herziening van het wettelijk bepaalde margesysteem. De verhoging van de wettelijk geplafonneerde brutomarge dekt onvoldoende de gestegen exploitatiekost.*

1. Bent u op de hoogte van deze problematiek?
2. Zijn hieromtrent reeds gesprekken bezig met de sector? Zo ja, hoever zijn deze gevorderd? Zo niet, bent u van plan om hieromtrent een gesprek aan te gaan met de sector?
3. Er wordt gevraagd om dit margesysteem te koppelen aan de indexatie, gelijklopend met de stijgende uitbatingskosten. Wat denkt u hiervan? Bent u van plan hierop in te gaan?
4. Ook vraagt de sector om erkenning in het openbaar gezondheidssysteem voor de rol die de verdelers opnemen t.a.v. de patiënt. Bent u het eens met deze vraag? Zo ja, hoe zal men die rol invullen? Zo niet, wat is de reden hiervoor?
5. Een andere vraag die de sector stelt is om een wettelijk kader vast te leggen voor stockwaardevermindering bij dalingen in prijs van bepaalde geneesmiddelen. Bent u bereid om in te gaan op deze vraag? Hoe zal men dit aanpakken?

**03.02 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, de geneesmiddelenverdelers vragen een

herziening van hun margesysteem. Die marge is vandaag verankerd naar gelang van de prijs van het geneesmiddel. Maar intussen stijgen de exploitatie- en brandstofkosten. Apothekers krijgen drie à vier leveringen per dag, dat is een mooie dienstverlening aan de patiënten, maar gezien de inflatie is dat niet meer haalbaar.

Een alternatieve oplossing zou kunnen zijn om de marge op de geneesmiddelen te indexeren. Dat zou niet voor bijkomende kosten zorgen voor de patiënt, doordat het remgeld ongewijzigd blijft.

Hoe staat u tegenover het voorstel om het margesysteem te herzien? Welke zijn de discussiepunten? Kan men die marge blijven bepalen op basis van de prijs van het geneesmiddel? Is dat economisch model nog houdbaar, aangezien de generieke geneesmiddelen alsmaar goedkoper worden? Kunnen de groothandelaars dan nog altijd dezelfde dienstverlening garanderen aan apothekers en hun patiënten?

**03.03 Daniel Bacquelaine (MR):** Monsieur le ministre, les grossistes-répartiteurs qui assurent la distribution des médicaments dans les pharmacies sont un maillon essentiel de la chaîne. Cela conditionne notamment la garantie de livraison en pharmacie et donc l'accessibilité aux traitements et aux médicaments pour les patients.

Les grossistes-répartiteurs sont actuellement rémunérés sur la base d'un pourcentage sur les prix des médicaments. Le prix fixe n'évolue pas en fonction de la hausse des coûts. Avec cette marge, ils doivent encore payer les opérateurs téléphoniques, les magasiniers, les chauffeurs, le transport, les retours de stocks...

Selon les distributeurs, les coûts d'exploitation ont augmenté de 10 % depuis début 2021, tandis que leur rémunération est restée au même niveau.

Dès lors, ils ont plusieurs revendications, dont le rattrapage de l'indexation des marges durant la période de crise sanitaire et le maintien d'un lien entre les marges et l'évolution de l'indice santé dans les années à venir.

Ainsi, des concertations avec le secteur des grossistes répartiteurs ont-elles eu lieu ou sont-elles prévues?

Quelles sont les solutions avancées pour maintenir l'accessibilité aux médicaments pour les pharmaciens et donc pour les patients?

**03.04 Minister Frank Vandenbroucke:** De economische marge van de groothandelaar valt onder de bevoegdheid van minister van Economie Dermagne. Ik heb daarom zijn diensten geraadpleegd voor het antwoord op de vragen.

In juni 2021 heeft de FOD Economie een korte analyse gemaakt van de marge van de groothandelaars. Uit die analyse zijn de volgende elementen naar voren gekomen. Ten eerste waren in 2019 twee bedrijven samen goed voor 68 % van de totale omzet van de sector. Ten tweede is de gewogen gemiddelde nettomarge tussen 2014 en 2019 gedaald, met een scherpe daling in 2017. Ten derde is er een daling van de gewogen gemiddelde bruto bedrijfsmarge tussen 2014 en 2019, wat de dalende tendens van de ondernemingsmarge bevestigt.

Op 30 mei 2022 werden vertegenwoordigers van de groothandelaars-verdelers ontvangen op mijn beleidscel. Ze deden toen de problemen uit de doeken waarmee ze te maken krijgen, namelijk de beperkte marge en de daling ervan in de tijd, alsook de stijgende kosten, en ze stelden oplossingen voor. Ze vragen erkenning voor de rol die ze spelen, het weer op niveau brengen van de marge en het wettelijk vastleggen van regels voor stockwaardevermindering bij prijsdalingen. Die voorstellen worden momenteel bestudeerd. Om de vraag van de invoering van een indexeringsstelsel voor de marge van de groothandelaar te kunnen beantwoorden, moet eerst het nodige onderzoek worden verricht.

Je crois que j'ai également répondu aux questions de M. Bacquelaine. Je m'excuse d'avoir répondu uniquement en néerlandais, j'espère que c'était suffisamment clair.

**03.05 Steven Creyelman (VB):** Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord. We moeten allemaal beseffen dat we een goed evenwicht moeten vinden tussen de belangen van de groothandelaars-verdelers, die, zoals u zelf al aanhaalde, een niet onbelangrijke rol spelen in ons gezondheidssysteem, en die van de



patiënt, die we ook moeten behartigen.

De groothandelaars-verdelers zien zichzelf geconfronteerd met een bepaalde economische realiteit en uit uw antwoord begrijp ik dat op het ogenblik nog wordt onderzocht hoe we aan de vraag van de groothandelaars-verdelers in het licht van die economische realiteit tegemoet kunnen komen, zonder dat dat ten koste van de patiënt gaat.

Het kan toch niet zijn dat de behartiging van de belangen van de ene groep automatisch ten koste gaat van die van de patiënten. De patiënt mag niet de dupe worden van de maatregelen ter vrijwaring van de marges van de groothandelaars-verdelers, denk ik dan bij mezelf. Dat is wat ons betreft een brug te ver. Ik hoop dat we het daarover eens zijn. Ik wacht alleszins samen met u de resultaten van de onderzoeken af.

**03.06 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, uw collega van Economie is inderdaad in het dossier bevoegd en het is goed dat u een en ander laat onderzoeken.

Mag ik wel het belang van de dienstverlening van de groothandelaars-verdelers aan de apotheken onderstrepen? Het aantal leveringen van medicijnen per dag moet gegarandeerd blijven. Er zijn er gigantisch veel. De stock van de apotheek is normaal gezien ook gigantisch groot. Maar wanneer er een urgentie is, moet er heel snel toegang zijn tot het urgente geneesmiddel in kwestie. Dat moet dan ook in het huidige economisch model betaalbaar blijven.

Een regeling mag niet ten koste van de patiënt gaan, noch ten koste van de apotheker. Er moet hoe dan ook gekeken worden naar een duurzaam economisch model en een oplossing worden gevonden voor de enorm snel stijgende brandstofkosten, die de verdelers vandaag ondervinden.

**03.07 Daniel Bacquelaine (MR):** Merci pour votre réponse, monsieur le ministre. Je crois qu'effectivement, c'est une question de reconnaissance du rôle que jouent les grossistes répartiteurs. Bien entendu, il faut un équilibre entre l'intérêt des grossistes et l'intérêt des patients, mais les patients ont aussi intérêt à pouvoir disposer rapidement d'un certain nombre de médicaments en fonction de leur demande. Les intérêts sont liés.

Nous attendrons le résultat des études que vous nous annoncez aujourd'hui pour garantir le maintien du rôle des grossistes répartiteurs dans la chaîne des médicaments.

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

**04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van palliatieve eenheden" (55028729C)**

**04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des unités de soins palliatifs " (55028729C)**

**04.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het AZ Alma in Eeklo opende in 2017 de deuren van het nieuwe ziekenhuis aan de Ringlaan. Op de vijfde verdieping van vleugel C werd een nog niet afgewerkte locatie voor een palliatieve eenheid voorzien. In afwachting van de toekenning van de bedden daarvoor bleef de ruimte ongebruikt. Meer dan vijf jaar later is de erkenning van de palliatieve eenheid er nog steeds niet.

Het AZ Alma voorziet in de ziekenhuiszorg voor het Meetjesland. Dat is een grote regio. Heel veel patiënten moeten nu naar Gent of Brugge voor palliatieve zorg. U weet dat palliatieve zorg zeer belangrijk is. U weet ook dat voor de families van de patiënten toegankelijkheid en nabijheid heel belangrijk zijn. De burgemeesters uit het Meetjesland, mijn streek, hebben u een gezamenlijke aanbevelingsbrief gestuurd. Zij vragen u om dit dossier op de rails te zetten. Zij vragen u om hier snel iets aan te doen.

Wat is de reden voor de stilstand in dit dossier?

Ligt een oplossing op korte termijn op tafel? Zo neen, wat zijn de alternatieven voor de vraag naar palliatieve eenheden en hoe zult u deze vraag ondervangen?

Welke andere palliatieve eenheden hebben momenteel ook een vraag om erkenning lopen?

Hebt u contact gehad met het AZ Alma? Bent u ingegaan op de uitnodiging die u werd gestuurd?

**04.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik heb contact gehad met het algemeen ziekenhuis, of ten minste met mensen die betrokken waren bij die actie, omdat ik daarover aangesproken werd. Ik heb ook gezegd hoe de vork in de steel zit op het vlak van bevoegdheden. Dat is ook meteen het antwoord dat ik u moet geven.

De erkenning van ziekenhuisdiensten, functies, zorgprogramma's enzovoort behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Het AZ Alma heeft zijn dossier ongetwijfeld bij de bevoegde Vlaamse minister ingediend. De stand van zaken kan dus daar opgevraagd worden. Ik ontvang alleen de erkenningsbesluiten eens de erkenning werd afgeleverd. Voor het overige heb ik dus geen informatie over lopende erkenningsdossiers.

**04.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal de vraag stellen aan de bevoegde Vlaamse minister. Wat mij wel opviel, is dat u niet ingegaan bent op de uitnodiging voor het gesprek.

**04.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Maar enfin, men nodigde mij uit voor een persconferentie. Ik ben daar natuurlijk niet naartoe gegaan want ik ben niet bevoegd. Dat zou dus nogal gek zijn. Zelfs als ik bevoegd zou zijn, is het twijfelachtig of ik naar een persconferentie zou gaan over een actie.

Ik ben echter niet bevoegd. U zou trouwens heel, heel, heel boos zijn als ik naar een persconferentie over een bevoegdheid van de Vlaamse regering zou gaan. Ik heb dat dus niet gedaan, maar ik heb wel contact opgenomen en een beetje geholpen met de analyse.

**04.05** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dat wordt vervolgd. Bedankt.

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

**05** **Interpellatie van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dossierachterstand bij het Fonds voor de medische ongevallen" (550002921)**

**05** **Interpellation de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le retard dans les dossiers au Fonds des accidents médicaux" (550002921)**

**05.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is ondertussen een jaar geleden dat we een commissie hadden over de dossierachterstand bij het Fonds voor de medische ongevallen (FMO). Toen, begin juni 2021, kondigde u aan dat er een concrete planning uitgewerkt was om met ingang van 1 juni 2021 de bestaande achterstand in de dossiers weg te werken. Op dat moment raamde u de achterstand op 1.592 dossiers en u stelde dat de achterstand tussen 1 juni 2021 en 1 juni 2023 maandelijks gemiddeld met ongeveer 65 dossiers zou worden afgebouwd. Dat kwam inderdaad overeen met die 1.592 dossiers.

U zei toen ook dat er een taskforcemanager zou worden aangesteld die wekelijks statusrapporten zou opstellen, die in beginsel aan de minister, maar ook aan het beheerscomité, aan de administrateur-generaal van het RIZIV en aan de FMO-directie zouden worden bezorgd. "Waar nodig, identificeert de taskforcemanager daarbij knelpunten en suggereert hij oplossingen voor de gerezen problemen." Kortom, deze rapporten zouden kunnen dienen om de structurele problemen te detecteren.

Daarnaast gaf u aan dat de taskforcemanager 3,3 miljoen euro zou kosten. Voor 2021 zie ik een transfer van 1,1 miljoen euro bij het Fonds voor de medische ongevallen. Dat zou betekenen dat voor 2022 de transfer 1,8 miljoen euro zou bedragen en voor 2023 0,4 miljoen euro. Daarmee begrepen we dat u de intentie had om het probleem aan te pakken.

Op 8 juni 2022 was mevrouw Mia Honinx in de commissie voor Gezondheid te gast. Zij liet optekenen dat er toen, dus eind mei 2022, ongeveer 6.155 patiëntendossiers waren ingediend sinds de opstart van het FMO. Ze liet ook weten dat er op dat moment 4.838 patiëntendossiers "tot en met advies" afgehandeld waren. Er zijn momenteel dus nog 1.317 openstaande dossiers.

Tijdens diezelfde hoorzitting liet mevrouw Honinx weten dat haar cijfers over het wegwerken van de achterstand betrekking hebben op een afhandeling "tot en met advies", dus niet tot de uitbetaling. Sommige van die afgehandelde dossiers zijn dus in feite nog niet afgehandeld, want de schadeloosstelling door het FMO of de terugvordering van de betrokken verzekeraars is niet gebeurd.

We zijn nu halverwege de 24 maanden en ik moet vaststellen dat u niet aan 65 dossiers per maand komt en er dus niet in geslaagd bent de dossierachterstand te halveren.

Het dalende aantal dossiers – dat hebben wij al vaker vastgesteld en ik heb u daar ook op gewezen bij het voorstel van resolutie dat ik heb ingediend – kan gunstig lijken, maar is eigenlijk een probleem, want het wijst erop dat het vertrouwen van de slachtoffers in het FMO afneemt. Tussen 2015 en 2019 werden de volgende aantallen dossiers ingediend: 600 in 2015 en 2016, 500 in 2017, 450 in 2018 en 500 in 2019. In 2020 waren er 362 nieuwe dossiers. Hoe evolueerde dat verder in 2021 en begin 2022?

Wat is de oorzaak van het falen van het FMO en van uw plan om de dossierachterstand in te halen? Is er een stappenplan? Is de tijdelijke taskforce met extra mankracht en een taskforcemanager aangesteld en zullen zij erin slagen om de dossierachterstand weg te werken? Hoe komt het dat ze niet de verwachte resultaten behalen?

Kunt u verduidelijken welke knelpunten er in de statusrapporten, opgesteld door de taskforcemanager, naar voren zijn gekomen en hoe de oplossingen daarvoor worden aangedragen?

Kunt u verduidelijken hoeveel dossiers er sinds 1 juni 2021 volledig zijn afgehandeld, inclusief een eventuele uitbetaling door het FMO of een terugvordering? Hoeveel van de achterstand is ondertussen daadwerkelijk ingehaald?

Kunt u, in het licht van de doelstelling om binnen 24 maanden alle hangende dossiers af te handelen, verduidelijken hoe een afgehandeld dossier wordt gedefinieerd in uw stappenplan?

In de commissievergadering van 8 juni 2021 vertelde u dat de taskforce was opgestart op 1 juni 2021, maar mevrouw Honinx zei in de commissie dit jaar echter dat de taskforce pas is opgestart op 1 september 2021 en dat zij op 1 september 2023 zal stoppen. Kunt u die timing verduidelijken? Hoe komt het dat u beiden andere data geeft?

Er zouden ook nieuwe personeelsleden aangeworven worden door het FMO, onder wie een zestal administratieve krachten en een vijftal juristen. Is dat ondertussen gebeurd?

U zei ook het volgende: "In de toekomst – ik mik dan op einde 2021 – zal het mogelijk zijn om voor nieuwe aanvragen de stand van het dossier digitaal te volgen." Is dat ondertussen het geval?

Is de kostprijs van de taskforce nog altijd up-to-date?

Ik had ook graag van u geweten wat de gemiddelde kostprijs per dossier ondertussen is. Welke evaluatie wordt daaraan gegeven? Wat mij in de commissie dit jaar opviel, was dat mevrouw Honinx geen idee had van de kostprijs per dossier. Mijnheer de minister, ik herinner me dat wij daarover een discussie hadden in november 2021. Hebt u de efficiëntie per dossier verhoogd?

Mijnheer de minister, indien ik het correct heb, zijn er nu 275 dossiers afgehandeld. Dat zijn er 22 per maand. Wat zult u doen om de slachtoffers sneller te helpen, sneller uit te betalen en de terugvordering ook sneller en efficiënter te laten verlopen?

**05.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, het is een belangrijke vraag, ik zou bijna zeggen "een goede vraag", maar alle vragen zijn natuurlijk goede vragen.

We moeten een onderscheid maken tussen het wegwerken van de historische achterstand, zijnde één deel van de uitdaging, en het andere deel, zijnde het voorkomen dat we nieuwe achterstand zouden opbouwen. Over de historische achterstand wil ik het eerst hebben.

Die achterstand werd gedefinieerd als alle dossiers tot en met 31 december 2020, uitgezonderd de prioritaire

dossiers, die nog geen advies hebben ontvangen op het moment waarop de taskforce operationeel werd. Dat was op 1 september 2021. Dat was de definitie.

Dat kwam neer op 1.250 dossiers en vormde de primaire focus van de taskforce. Wij spreken daarom ook wel van taskforcedossiers. Van die 1.250 dossiers hebben er nu 500 een advies ontvangen. Indien wij een totaal van 1.250 dossiers spreiden over 24 maanden, waarvan nu negen maanden voorbij zijn, zijnde negen maanden sinds het operationeel worden van de taskforce op 1 september 2021, zitten we op schema met die 500 dossiers die een advies hebben gekregen.

**05.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat is geen uitbetaling, maar een advies.

**05.04** **Minister Frank Vandenbroucke**: Dat is niet gezegd.

Ik kan dus ontkennen dat de taskforce als dusdanig zou falen in het wegwerken van de achterstand. Het klopt wel dat de taskforce enkele maanden later operationeel was dan gehoopt in het plan van aanpak. Bij het operationeel worden van de taskforce hadden we gesproken over 1 juni 2021, maar de tekorten op de arbeidsmarkt waren ook voelbaar voor het FMO, dat zijn ze nog steeds, en personeel vinden binnen de gehoopte tijdsperiode bleek niet mogelijk. Dat vroeg enkele maanden meer dan verwacht.

Hoewel de taskforce op 1 september 2021 nog niet volledig ingevuld was, werd hij wel voldoende operationeel geacht door het beheerscomité om dossiers te kunnen verwerken en de afgesproken periode van 24 maanden te starten. Dus, ik voorzie nog steeds dat de taskforce zijn opdracht moet kunnen afronden op 1 september 2023.

Momenteel is het team van juristen voltallig en zijn vijf van de zes dossierbeheerders en administratieve krachten aangeworven. Alle zes posities waren ingevuld, maar een dossierbeheerder is weer vertrokken om elders een vast contract te krijgen. Die vacature werd opnieuw open verklaard. Dat heeft inmiddels geen onmiddellijke impact, aangezien het subteam momenteel voldoende capaciteit heeft.

De capaciteit aan taskforceartsen is onvoldoende ingevuld. Einde mei 2022 waren er 1,76 voltijdse equivalenten, 0,67 Franstalige en 1,09 Nederlandstalige. Dat is wel een risicofactor. Daar kom ik later op terug.

Ik wil erop wijzen dat de specifieke opdracht van de taskforce het afhandelen is van de 1.250 taskforcedossiers tot en met het advies. Dat is de afspraak. In de gevallen dat het advies resulteert in een schadevergoeding, hoort de berekening van de schadeloosstelling en terugvordering van de betrokken verzekeraars niet tot de scope van deze taskforce. Dit wordt uitgevoerd door het vaste team van juristen bij het FMO. Dat staat ook duidelijk in het plan van aanpak.

Het vaste team van juristen bij het FMO start op korte termijn, na het aanleveren van het advies met de berekening van de schadevergoeding. Dit gebeurt op basis van de stukken, aangeleverd door het slachtoffer, hetgeen een inspanning vereist van de patiënt en tijd neemt. In gevallen waar het fonds aansprakelijkheid boven op de ernst vaststelt, komt het fonds pas tussen na weigering van de aansprakelijke of zijn verzekeraar om tussen te komen. Dat is het voor wat de historische achterstand betreft.

Voor het voorkomen van het opstapelen van een nieuwe achterstand, kan ik zeggen dat het om nieuwe dossiers vanaf 1 januari 2021 en de prioritaire dossiers gaat. Dat is de primaire focus van het permanente FMO-team sinds de taskforce operationeel werd op 1 september 2021. Aangezien er elke dag nieuwe dossiers bij komen, zal dat aantal nooit nul kunnen zijn. Het is de bedoeling om zonder de achterstand in een normale operationele modus te kunnen terugvallen, zodat alle dossiers binnen een correcte termijn worden behandeld en een antwoord wordt bezorgd. Deze scope van dossiers wordt behandeld en er zijn momenteel geen indicaties dat dit voor een nieuwe achterstand zou zorgen.

Op uw vraag over hoeveel dossiers er sinds 1 juni 2021 volledig zijn afgehandeld, inclusief de eventuele uitbetaling of terugvordering door het FMO, kan ik zeggen dat er 851 dossiers volledig zijn afgehandeld en dat er schadevergoedingen voor een totaalbedrag van 12.841.951,63 euro in 116 verschillende dossiers werden uitbetaald.

Wat uw vraag over het vermeende dalende aantal dossiers dat bij het FMO wordt ingediend, kan ik u zeggen dat er in 2020 en 2021 met een totaal van 380 dossiers minder dossiers waren dan gemiddeld in de

voorgaande jaren. De covidpandemie heeft daar uiteraard ook een invloed op gehad. Niet-dringende zorg werd uitgesteld. De samenwerking tussen zorgverleners, ziekenfondsen en verzekeraars werd bemoeilijkt door de lockdown. In 2022 heb we tot eind mei 200 dossiers ontvangen. Als men dat aantal zou extrapoleren naar het volledige jaar 2022, krijgt men 480 dossiers. Dat is vergelijkbaar met de jaren 2017 tot en met 2019. Dat ligt ook in lijn met het gemiddelde aantal ontvangen dossiers per jaar sinds het ontstaan van dit fonds.

Ik geef nog even een statistiek mee. In november 2020 hebben we daar een eerste keer over gesproken. Dat was toen in de plenaire vergadering, kort na mijn benoeming als minister. U zei toen dat ik een ernstig probleem erfde. Op dat moment was het aantal openstaande dossiers 34 % van alle ontvangen dossiers. Vandaag is dat aantal gedaald naar 20 % van alle dossiers. Het absolute aantal is wel vermeerderd, want er zijn honderden dossiers bij gekomen. De globale statistiek toont een algemene verbetering aan.

Wat betreft uw belangrijke vraag over verdere risico's bij het wegwerken van de achterstand, kan ik meedelen dat de taskforcemanager zoals bepaald in het plan van aanpak van nabij de risico's detecteert en analyseert en stappen onderneemt om ze op te vangen.

U hoort mij zeker niet zeggen dat er geen knelpunten zouden zijn. Integendeel, ik geef ze aan. De duurtijd van de expertise is soms heel lang. Als oplossing wordt er ingezet op een nauwgezetere opvolging van de termijnen. Indien deze overschreden worden, worden de experts gecontacteerd, in lijn met de escalatieprocedure die werd opgesteld. Daar het principe van tegensprekelijkheid gevolgd moet worden volgens de wet, heeft het fonds een beperkte slagkracht om eisen te stellen in de tegensprekelijke expertises.

Een tweede risicofactor is dat de duurtijd voor het ontvangen van de nodige bewijsstukken ook lang kan zijn. De wet bepaalt dat het FMO een maand moet wachten vooraleer een herinnering te sturen en daarna nog een maand vooraleer verdere stappen mogen worden ondernomen, bijvoorbeeld dwangsommen voor de zorgverlener of het dossier van de aanvrager afsluiten. Als oplossing wordt ook meer en meer ingezet op het ontvangen van de nodige bewijsstukken via de patiënten of slachtoffers, die de stukken ook sneller blijken te delen.

Een derde risicofactor is dat het aantal beschikbare artsen voor de taskforce lager is dan nodig volgens de berekening in het plan van aanpak. Dit bedreigt het behalen van de doelstellingen van de taskforce en het wegwerken van de achterstand binnen de vooropgestelde termijn.

Er zijn drie elementen van oplossing. Als oplossing werd de beschikbare artsen gevraagd hun beschikbaarheid waar mogelijk te verhogen. Daarnaast laat de wet ook toe in uitzonderlijke situaties als deze een contractuele aanstelling in werking te stellen. Daardoor kan men een extra arts aanwerven, met een deeltijdse aanstelling. Verder wordt ook gebruikgemaakt van overheidsopdrachten om te zoeken naar bijkomende artsen. Gegeven de specifieke ervaring met verzekeringsgeneeskunde en het feit dat men belangenconflicten moet vermijden, is het resultaat echter uiterst beperkt.

Wat betreft uw vraag over het digitaal opvolgen van een dossier, de wettelijke basis wordt omschreven in de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg. Zoals u weet, werd die pas op 13 mei 2022 in het Parlement goedgekeurd en onlangs gepubliceerd. U hebt met uw fractie uw uiterste best gedaan om de goedkeuring van deze wet te vertragen, maar uiteindelijk is die er toch gekomen. Dat moest gebeuren om de digitale verwerking mogelijk te maken, dus ik dank u voor uw sympathie daarvoor.

Die wet is er nu en dus ook de wettelijke basis om de digitale verwerking mogelijk te maken. Het nodige wordt gedaan om dat snel in werking te laten treden. De applicatie zal het mogelijk maken om aanvragen digitaal in te dienen, extra documenten in te dienen wanneer nodig en de dossierstatus online te raadplegen, ook van dossiers die eerder op papier zijn ingediend.

Ik kan u ook geruststellen dat er geen indicaties zijn dat de taskforce duurder is dan gepland. Wat betreft uw vraag naar de gemiddelde kostprijs per dossier wil ik toch meegeven dat de kostprijs per dossier zeer sterk verschilt. Schadevergoedingen kunnen variëren van 0 tot 1 miljoen euro.

Voor de beheerskosten van het Fonds verwijs ik naar de beheersbegroting.

**05.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, behoudens vergissing mijnentwege is er toch een discrepantie tussen de cijfers die mevrouw Honinckx heeft gegeven en de uwe. U hebt het over 1.250

dossiers met historische achterstand. Met de berekening die wij hebben gemaakt op basis van het antwoord van mevrouw Honinckx zijn er dit jaar maar 275 adviezen verleend. Dat klopt dus niet. Er is een verschil en ik wil u aanraden om dat te onderzoeken, want dat is geen correcte informatie. Wat mevrouw Honinckx zegt, verschilt van wat u zegt. Dat is al een essentieel probleem.

Hetzelfde geldt over de start van de taskforce. Ik heb het verslag van 8 juni 2021 bij me en daarin hebt u letterlijk gezegd dat de taskforce van start kon gaan op 1 juni en dat die opdracht lopende was. Tot 1 september is echter toch nog een hele tijd.

De vraag blijft ook of u zichzelf niet tegenspreekt wat betreft het afhandelen van dossiers. U zegt nu dat het uw intentie was om met de taskforce dossiers tot advies af te handelen. Uiteraard hebben de patiënten daar geen boodschap aan. Het is de schadeloosstelling, de uitkering van de schadevergoeding, die van belang is voor de wachtende patiënt. Dan kunt u er nog drie of vier jaar over doen. Dat is wat we zagen. Na advies moesten de patiënten nog drie tot vier jaar wachten vooraleer ze uitbetaald werden. De facto heeft uw ingreep voor de patiënt dus niet geholpen. In het verslag haalt u aan dat u in 24 maanden de achterstand zal inhalen. U zegt: "Voor het merendeel van de dossiers zijn alle vereiste stukken aanwezig. Bij de behandeling worden verschillende stappen doorlopen, het uitvoeren van de interne analyses voor het uitvoeren van externe expertises, het opstellen van adviezen en het berekenen van de schadeloosstelling." Dat laatste luik hebt u echter niet meegenomen. U hebt het nochtans vorig jaar in deze commissie beloofd. Het was een van de functies van de taskforce. Dat is dus niet gebeurd. U smukt het een beetje op door te zeggen dat u wel heel wat hebt gedaan. U hebt inderdaad een aantal dossiers ter hand genomen, maar u hebt ze niet afgehandeld. U hebt geen antwoord gecreëerd voor de patiënten die wachten op de schadevergoeding, op een definitieve uitkomst van hun dossier. Dat hebt u vandaag niet gedaan.

Hetzelfde geldt voor de digitale raadpleging. De wet is nu goedgekeurd, maar ook daar voelt de patiënt dit niet en kan hij niet kijken. Het is er nog niet. Er is opnieuw geen antwoord dat er effectief toe doet. Mijn vraag is niet hoeveel u uitkeert per dossier, want dat is uiteraard heel verschillend van patiënt tot patiënt. Het gaat er wel over hoeveel het de belastingbetaler kost om een dossier te doorlopen. U weet heel goed dat die kostprijs extreem hoog is en dat de begroting van het FMO volledig in disharmonie is. Mijn concrete vraag is hoeveel het kost per dossier om dat af te handelen. U hebt geen antwoord gegeven. Dat bevestigt mijn overtuiging dat u er niets aan gedaan hebt. De kostprijs per dossier was vorig jaar tussen de 10.000 en 12.000 euro. Er werden evenveel middelen gestopt in het FMO als dat er naar de patiënten gingen. Het is nu net dit onevenwicht dat weggehaald moet worden.

Het FMO bestaat voor de patiënten. Vandaag hebt u geen antwoord voor die patiënten. U hebt enkel een op papier goed uitziende oplossing die er absoluut geen is. In een jaar tijd is er eigenlijk niets gebeurd. Er is misschien wat vergaderd, er zijn goede intenties, maar onze patiënten gaan er niet mee vooruit. Ze blijven wachten en aan de kant staan, met soms heel zware problemen.

### **Moties**

### **Motions**

#### **De voorzitter:**

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

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Kathleen Depoorter en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Kathleen Depoorter

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

- gelet op het feit dat het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) kampt met een chronische achterstand in het behandelen van dossiers;

- gelet op het gegeven dat er een taskforce werd opgericht om deze achterstand weg te werken;

- gelet op het feit dat er een taskforcemanager werd aangesteld die op geregelde tijdstippen over deze achterstand dient te rapporteren, problemen dient te identificeren en waar nodig verbetertrajecten dient op te stellen;

- gelet op het feit dat voor het wegwerken van deze achterstand bijkomende middelen en medewerkers zouden worden ingezet;

- gelet op het feit dat de achterstand bij het FMO – halverwege de vooropgestelde termijn van 24 maanden –

nog steeds niet gehalveerd werd;

- gelet op het feit dat bestaande audits de leiding door het bestaande paritair samengestelde Beheerscomité van het FMO bekritisieren;
  - gelet op het feit dat het FMO vandaag ressorteert onder het RIZIV (OISZ) met een paritair samengesteld Beheerscomité, terwijl zijn taken de toepassing van het gemeenrecht inzake burgerlijke aansprakelijkheid betreffen en weinig met de sociale zekerheid te maken hebben;
  - gehoord te hebben de verklaringen van mevrouw Mia Honinx tijdens de hoorzitting van 8 juni 2022;
  - gelet op het belang van een vlotte en gestroomlijnde werking en dossierbehandeling bij het FMO om de rechten van de patiënt optimaal te garanderen;
- vraagt de regering
- te erkennen dat er vandaag nog steeds grote problemen zijn met de werking en de dossierbehandeling van het Fonds Medische Ongevallen en omstandig te verduidelijken wat de voornaamste oorzaken hiervoor zijn;
  - te erkennen dat de belangen en rechten van de slachtoffers van medische ongevallen geschaad worden door deze problemen bij het FMO;
  - de achterstand in de dossierbehandeling bij het FMO met urgentie aan te pakken en mede te delen welke maatregelen men zinnens is te nemen om de behandelingsprocedure te stroomlijnen;
  - een redelijke behandelingsstermijn te garanderen voor de slachtoffers van medische ongevallen, die een beroep doen op het FMO;
  - een rapportage van de taskforcemanager ter beschikking te stellen ter inzage;
  - de procedures en kosten m.b.t. de behandeling van dossiers binnen het FMO omstandig door te lichten en de problemen en voorgestelde oplossingen ter zake te duiden;
  - het functioneren van de taskforce en de bijkomende VTE's, kosten en middelen tegen het licht te houden;
  - een realistisch tijdspad voor verbetering en implementatie van de voorgenomen maatregelen op te stellen en bekend te maken;
  - een concrete planning ter zake met tijds kader en (tussentijdse en finale) doelstellingen neer te leggen binnen een termijn van uiterlijk 30 dagen na indiening van deze motie;
  - een stappenplan op te zetten om het FMO op termijn niet langer te laten ressorteren onder het RIZIV en niet langer onderschikt te maken aan een paritair samengesteld beheersorgaan."

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Kathleen Depoorter et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Kathleen Depoorter

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

- eu égard au fait que le Fonds des accidents médicaux (FAM) souffre d'un retard chronique dans le traitement des dossiers;
  - eu égard au fait qu'un groupe de travail a été mis sur pied pour résorber ce retard;
  - eu égard au fait qu'un directeur du groupe de travail a été désigné pour faire régulièrement rapport sur ce retard, identifier les problèmes et, le cas échéant, élaborer des plans d'amélioration;
  - eu égard au fait que des moyens et du personnel supplémentaires seraient déployés pour résorber ce retard;
  - eu égard au fait qu'à mi-chemin de la période prévue de 24 mois, le retard accumulé par le FAM n'a toujours pas été réduit de moitié;
  - eu égard au fait que des audits existants ont formulé des critiques quant à la direction par l'actuel Comité de gestion, composé paritairement, du FAM;
  - eu égard au fait que le FAM relève aujourd'hui de l'INAMI (IPSS), avec un Comité de gestion composé paritairement, alors que ses tâches portent sur l'application du droit commun en matière de responsabilité civile et ont peu à voir avec la sécurité sociale;
  - ayant entendu les déclarations de Mme Mia Honinx lors de l'audition du 8 juin 2022;
  - eu égard au fait qu'il est important que le fonctionnement du FAM et le traitement des dossiers soient fluides et rationnels en vue de garantir au mieux le respect des droits du patient;
- demande au gouvernement
- de reconnaître que des problèmes importants subsistent quant au fonctionnement et au traitement des dossiers par le Fonds des accidents médicaux et d'en expliquer de façon circonstanciée les raisons majeures;
  - de reconnaître que les problèmes observés au sein du FAM lèsent les intérêts et les droits des victimes d'accidents médicaux;
  - de s'atteler d'urgence au problème du retard dans le traitement des dossiers auprès du FAM et d'indiquer quelles mesures il a l'intention de prendre pour rationaliser la procédure de traitement;
  - de garantir un délai de traitement raisonnable aux victimes d'accidents médicaux qui s'adressent au FAM;
  - de mettre à disposition un rapportage du directeur du groupe de travail qui puisse être consulté;

- d'analyser en profondeur les procédures et les coûts relatifs au traitement des dossiers au sein du FAM et d'identifier les problèmes et les solutions proposées en la matière;
- de cartographier le fonctionnement du groupe de travail ainsi que les ETP, les coûts et les moyens supplémentaires;
- d'élaborer un calendrier réaliste d'amélioration et de mise en œuvre des mesures décidées et de communiquer celui-ci;
- de déposer un échéancier concret fixant un cadre temporel et des objectifs (intermédiaires et finaux), et ce, dans un délai de maximum 30 jours à dater du dépôt de la présente motion;
- d'élaborer un plan par étapes pour qu'à terme, le FAM ne dépende plus de l'INAMI et ne soit plus subordonné à un organe de gestion composé paritairement."

Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Karin Jiroflée.  
Une motion pure et simple a été déposée par Mme Karin Jiroflée.

Over de motie zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.  
Le vote sur la motion aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

**06** Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les avancées relatives à la naloxone" (55028765C)

**06** Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ontwikkelingen in verband met naloxon" (55028765C)

**06.01** Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, il y a des visites de terrain qui marquent plus que d'autres. Mon collègue Khalil Aouasti et moi sommes allés dans les locaux de l'ASBL Transit qui accueillent et hébergent des personnes souffrant de toxicomanie. La souffrance, tel est le terme exact pour qualifier la vie des hommes et femmes devenus prisonniers d'une substance.

En mai 2019, l'OCDE montrait qu'après l'Allemagne et l'Autriche, la Belgique était le troisième pays européen où la consommation journalière d'opioïdes par million d'habitants était la plus importante. Les overdoses, elles, sont toujours en hausse et les professionnels de terrain nous ont rappelé l'existence d'un traitement pour les surdosages toujours difficile d'accès en Belgique: la naloxone. Je vous avais d'ailleurs déjà interpellé le 22 octobre 2021 à ce sujet.

Plusieurs éléments complémentaires apparaissent aujourd'hui. Tout d'abord, il me revient que les deux principales firmes titulaires d'une autorisation de mise sur le marché au niveau européen sont DNE Pharma et Mundipharma. Les deux firmes ne seraient pas présentes en Belgique, car il n'existe pas de cadre législatif clair concernant l'usage de la naloxone.

Ensuite j'apprends qu'en mai dernier, les Académies royales de médecine vous auraient remis un avis positif sur la naloxone. Enfin, d'après mes informations, le Conseil supérieur de la Santé devrait également se positionner sur la question d'ici la fin du mois de septembre.

Monsieur le ministre, confirmez-vous avoir reçu un avis positif des académies de médecine sur l'usage de la naloxone? Dans l'affirmative, que préconise cet avis? Le Conseil supérieur de la Santé doit-il effectivement se positionner sur la question d'ici la fin du mois de septembre? À la suite de ces différents avis, des initiatives pourraient-elles être prises pour permettre un usage de la naloxone dans notre pays?

**06.02** Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, monsieur Prévot, ma réponse à cette question importante sera plutôt courte. En effet, j'ai reçu l'avis des Académies royales de médecine qui préconisent en priorité la Naloxone sous forme de spray nasal facilement administrable en situation d'urgence.

En résumé, les Académies estiment que les centres spécialisés d'accueil des toxicomanes doivent être approvisionnés sur prescription des médecins responsables. Elles proposent une formation certifiée d'une heure pour former des non-médecins à l'administration de la Naloxone et à la reconnaissance des signes cliniques de surdosage. Selon elles, l'article 422 *bis* du Code pénal et la jurisprudence existante sur l'obligation d'assistance aux personnes en danger immédiat de mort permettent de prendre en compte cette urgence vitale lors de l'administration de médicaments par un non-médecin ayant reçu une formation appropriée. Toujours d'après elles, les formes intraveineuses ou intramusculaires seront plutôt prescrites



dans le cadre hospitalier et en situation de soins intensifs.

Le Conseil supérieur de la Santé travaille effectivement sur un avis à ce sujet qui sera publié pour la fin septembre ou le début du mois d'octobre de cette année. Il faudra donc encore attendre quelques mois.

Pour ce qui me concerne, j'attends cet avis pour, en collaboration de mes collègues des entités fédérées, déterminer une politique commune pour la Belgique. Nous aurons certainement l'occasion de rediscuter de cette question.

**06.03 Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie, tout d'abord, pour votre résumé de l'avis des Académies royales de médecine. Je vous remercie également de m'avoir confirmé que l'on attend l'avis du Conseil supérieur de la Santé qui devrait être publié fin septembre ou début octobre.

Je comprends aisément que vous attendiez cet avis pour discuter avec les entités fédérées et prendre une décision politique sur le plan national.

Je ne manquerai pas de vous interroger à nouveau vers la fin du mois de septembre ou le début du mois d'octobre afin de savoir comment avance ce dossier.

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

**07** **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aandacht voor de seksualiteitsproblematiek bij kankerpatiënten" (55028872C)**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onderzoeksrapport van Kom op tegen Kanker en de zorgtrajectbegeleiding voor kankerpatiënten" (55028873C)**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het nazorgtraject voor kankerpatiënten" (55028916C)**

**07** **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'attention portée aux problèmes sexuels des cancéreux" (55028872C)**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport de l'étude de l'asbl flamande Kom op tegen Kanker et l'accompagnement des cancéreux" (55028873C)**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi des cancéreux" (55028916C)**

**07.01 Dominiek Sneppe (VB):** Ik verwijs naar mijn ingediende vragen.

*Uit het onderzoeksrapport van Kom op tegen Kanker blijkt dat heel wat kankerpatiënten tijdens en na de behandeling tegen kanker geconfronteerd worden met problemen rond seksualiteit. Belangrijk feit is dat uit internationaal onderzoek blijkt dat tussen de 40% en 100% van de kankerpatiënten zwaar lijden hieronder. De problematiek heeft ernstige gevolgen voor het psychosociaal welzijn en de levenskwaliteit van de kankerpatiënt en niet te vergeten ook de partner.*

*Uit de bevraging blijkt ook dat nog niet de helft van de kankerpatiënten met zijn vragen terecht kon bij de hulpverleners. Dit is veel te weinig natuurlijk. Het is dus van allergrootste belang dat in de voorbereidende fase van de behandeling de gevolgen op seksueel vlak worden toegelicht door de zorgverleners.*

*Maar om dat te kunnen, moeten de zorgverleners de nodige opleiding krijgen om dit aspect op een pragmatische, gemoedelijke en duidelijke manier over te brengen op de kankerpatiënten alvorens de behandeling gestart wordt.*

*Hiervoor moeten de zorgverleners de nodige kennis hebben en zeer goede communicatieve vaardigheden aangeleerd krijgen.*

*Bent u op de hoogte van deze ernstige problematiek voor kankerpatiënten? Gezien dit zeer gevoelige materie is, moeten de zorgverleners beschikken over de nodige communicatieve vaardigheden. Hoe gaat u dit aanpakken?*

*Welke acties gaat u ondernemen om deze groep van patiënten beter te begeleiden, zodoende dat ze*

*proactief op de hoogte worden gebracht van de gevolgen van de toch zware behandeling die ze zullen ondergaan?*

*Toekomstgericht dienen er in de opleidingen van de zorgverleners de nodige aanpassingen in de basisopleiding te gebeuren, inclusief communicatievaardigheden. Gaat u een initiatief nemen om met de bevoegde collega's hierover in overleg te gaan en een actieplan op te stellen? Zo ja, tegen wanneer denkt u dit te doen?*

*Uit het onderzoek is gebleken dat iets meer dan 50% van de kankerpatiënten beschikken over een zorgtrajectbegeleider (gespecialiseerde verpleegkundige oncologie). Dit is zeer weinig. Een zorgtrajectbegeleider is essentieel in de ondersteuning van de kankerpatiënt, ook op vlak van geestelijke gezondheidszorg.*

*Met een zorgtrajectbegeleider heeft de patiënt een aanspreekpunt, een vertrouwenspersoon om met alle vragen en/of problemen terecht te kunnen. Dit is uiterst belangrijk voor de patiënt zelf. Voor bijvoorbeeld mensen met borstkanker kreeg slechts 48% trajectbegeleiding. Voor mensen met prostaatkanker was dat maar 29%.*

*Trajectbegeleiding is essentieel in het behandelingsproces, verwerkingsproces van een kankerpatiënt maar is onderbenut.*

*Bent u bewust van het belang van het inzetten van trajectbegeleiding voor kankerpatiënten?*

*Bent u bereid om hieraan prioriteit te geven en zodoende de nodige stappen te ondernemen om deze begeleiding als essentieel te beschouwen in het zorgtraject van kankerpatiënten?*

*Wat is uw plan van aanpak? Welke stappen zult u ondernemen om ervoor te zorgen dat elke kankerpatiënt kan rekenen op een degelijke zorgtrajectbegeleiding?*

*In België is er een nazorgtraject voor kankerpatiënten. Het is van groot belang dat patiënten, na hun behandeling, ergens terecht kunnen met hun vragen, bezorgdheden e.d. en deze bespreekbaar maken.*

*Vorig jaar heeft Kom op tegen Kanker het voorstel gelanceerd om een nazorgtraject uit te werken met behulp van een nazorgconsult.*

*Het nazorgconsult is het ideale instrument om problemen na de behandelingen, problemen op psychisch vlak, seksuele klachten, enz. in kaart te brengen, en ervoor te zorgen dat de patiënt kan beschikken over praktische adviezen en indien nodig kan doorverwezen worden naar gespecialiseerde zorg.*

*Uit het onderzoeksrapport van Kom op tegen Kanker blijkt dat de invoering van een nazorgconsult prioritair opgenomen werd in de meerjarenbegroting van het RIZIV. Tot op heden is hier nog steeds geen goedkeuring van en is de financiering van dit consult ook nog niet rond.*

*Hoever staat het met de goedkeuring en financiering van het consult, zoals opgenomen in de meerjarenbegroting van het RIZIV? Wanneer mogen we verwachten dat het zorgconsult operationeel zal worden? Graag een tijdslijn.*

*Hoe gaat het zorgconsult opgezet worden? Hoe gaat dit, na invoering, publiekelijk kenbaar gemaakt worden?*

**07.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, mijns inziens hebben intimiteit en seksualiteit een grote impact op het leven en de levenskwaliteit tijdens en na de behandeling tegen kanker. Ik heb kennisgenomen van het rapport van Kom op tegen Kanker over seksualiteit en kanker, dat de resultaten weergeeft van een onlinebevraging van juni tot en met september 2021, waarop 436 kankerpatiënten of ex-kankerpatiënten hebben gereageerd. Zoals de auteurs van het rapport zelf aangeven, is de groep personen die de vragenlijst heeft ingevuld, niet representatief voor de volledige groep van kankerpatiënten en ex-kankerpatiënten. De bevraging werd immers vooral beantwoord door mensen die zelf problemen hebben ervaren op het vlak van seksualiteit en intimiteit. De bevraging heeft wel een aantal knelpunten duidelijk gemaakt, op basis waarvan Kom op tegen Kanker aanbevelingen heeft ontwikkeld, vooral op het vlak van de communicatie met de patiënt.

In het verleden werd in het kader van het Kankerplan reeds een aantal beleidsinitiatieven genomen om de communicatie met de patiënt en de psychologische ondersteuning te optimaliseren. Ziekenhuizen met een

oncologisch zorgprogramma ontvangen financiering voor psychologen op basis van het aantal multidisciplinaire consulten die in het ziekenhuis uitgevoerd worden. In geval van problemen op het vlak van levenskwaliteit en impact van de diagnose en de behandeling kunnen patiënten gebruikmaken van die psychologische ondersteuning.

Voorts worden specifiek voor communicatie met patiënten twee organisaties voor oncopsychologie, het Cédric Hèle Instituut en het Centre de Psycho-Oncologie, gefinancierd voor de organisatie van opleidingen voor zorgverleners in de communicatie met kankerpatiënten. In die opleidingen wordt ook aandacht besteed aan het thema seksualiteit.

Eventuele aanpassingen in de basisopleiding van zorgverleners behoren niet tot mijn bevoegdheden, maar uiteraard is communicatie met de patiënten een belangrijk onderdeel in de opleiding van zorgverleners.

Het rapport van Kom op tegen Kanker kan al bijdragen aan de bewustmaking van de zorgverleners om proactief de patiënt in te lichten en te bevragen over eventuele problemen met seksualiteit. Binnenkort komen enkele mensen van Kom op tegen Kanker naar aanleiding van dat rapport samen met mijn medewerkers om dat te bespreken. Ik zal dan bekijken waar ik iets kan betekenen.

U had nog een tweede reeks vragen. Wat het belang van trajectbegeleiding betreft, vandaag bestaat er al een zorgprogramma dat zich richt tot kankerpatiënten. Binnen dat programma wordt de patiënt op een globale manier benaderd met de nodige aandacht voor preventie, diagnose, behandeling en palliatieve zorg. In de oncologie bestaan de zorgprogramma's oncologische basiszorg, oncologie en borstkanker. Die zorgprogramma's leggen sterk de nadruk op het overleg tussen de betrokken zorgverstrekkers over de individuele patiënt en werken multidisciplinair en transversaal.

Het budget van financiële middelen aan de ziekenhuizen voorziet in de financiering van extra verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers in die oncologische zorgprogramma's om de gehospitaliseerde kankerpatiënten beter te omringen en te verzorgen.

Sinds 1 juli 2008 worden ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma bijkomend financieel gesteund door het Kankerplan via het financieren van extra personeel, verpleegkundigen, oncopsychologen en sociale werkers en datamanagers, dat laatste sinds 2009. Sinds 1 januari 2011 werd dat met diëtisten uitgebreid.

De huidige praktijk toont aan dat er verschillen bestaan bij de inzet van het bijkomend personeel, in casu de verpleegkundigen. Sommige ziekenhuizen hebben gekozen voor een aanvullende inzet van zogenaamde oncocoaches. Andere instellingen hebben geopteerd om de financiële middelen te gebruiken voor de inzet van oncologieverpleegkundigen op de verschillende afdelingen.

Ik heb in de kankerbarometer gelezen dat er gepleit wordt voor een gevoelige stijging van het percentage patiënten dat tijdens het verblijf in het ziekenhuis toegang heeft tot een oncocoach, een maatschappelijk werker, een fysiotherapeut, een oncodiëtist en een oncopsycholoog.

Bent u bereid om daaraan prioriteit te geven, luidt de vraag. Ik heb de intentie om het zorgpad voor oncologie te laten herbekijken en de multidisciplinaire en transmurale zorg te bevorderen, zodat ook een brede ondersteuning in de eerstelijnszorg wordt geboden met aandacht voor het psychosociale aspect en de coördinatie.

U vraagt wat het plan van aanpak is. Een werkgroep maakt een analyse van de huidige organisatie en financiering van de oncologische zorg en legt zo de basis voor het uitwerken van een horizontaal zorgpad of een zorgtraject voor de oncologische patiënt. Dat is geen gemakkelijke oefening, omdat we hier raken aan het financieringsmechanisme van de ziekenhuizen en de organisatie van het zogenaamde multidisciplinair oncologisch consult en omdat we een brug naar de eerstelijnszorg moeten slaan.

Het is moeilijk om daarop een heel exacte timing te kleven. De administratie werkt eraan met de externe betrokken partners. Het toeval wil dat ik nog heel recent daarover samen heb gezeten met de administratie. Men heeft mij verslag uitgebracht over de stand van zaken in het zorgtraject oncologische zorg. Ik heb ook aangedrongen om er met bekwame spoed aan voort te werken. Mijn administratie heeft wel al heel wat omhanden, maar ik vind het zelf een heel belangrijk punt.

U had ook vragen over het nazorgtraject. Mijn antwoord zal u wellicht iets meer teleurstellen. Het nazorgconsult waarnaar u verwijst, is niet in de meerjarenbegroting van het RIZIV aangehouden. Ik leg u nu uit hoe dat komt en welke methode we gevolgd hebben. Voor de periode 2022-2024 werden eerst prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd. Dan werd er een meerjarig begrotingstraject voor de ziekteverzekering vastgelegd. Daarbij waren diverse taskforces betrokken. De nadruk lag eigenlijk op *appropriate care*, de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment. Er werden 300 voorstellen ingediend, bestudeerd en gerangschikt, waaronder ook het nazorgconsult. Uiteindelijk werden slechts 15 initiatieven voor concrete projectuitwerking in 2022 geselecteerd binnen een multidisciplinair en transversaal kader.

Het voorstel dat u aanhaalt, mevrouw Sneppe, is dus niet in de lijst opgenomen. Het is daarom ook een beetje moeilijk om te antwoorden op uw bijkomende vragen in dat verband. Ik denk dat, als we een oncologisch zorgtraject uitwerken, we een stuk dat meteen de inspiratie is voor het nazorgconsult, meenemen in de uitwerking van dat zorgtraject. Het is dus niet helemaal verloren, maar het is geen specifiek project op zich geworden.

Ik hoop dat ik u heb kunnen overtuigen van het feit dat ik dat wel allemaal belangrijk vind. Ik denk dat we die overtuiging delen. U mag mij daarover later zeker nog ondervragen. De uitwerking daarvan zal echter nog behoorlijk wat tijd vergen.

**07.03 Dominiek Sneppe (VB):** Mijnheer de minister, uit uw antwoord op mijn eerste vraag heb ik begrepen dat er een financiële ondersteuning is voor de begeleiding van kankerpatiënten, maar op het veld, als ik met kankerpatiënten spreek, merk ik dat daar weinig van te zien is. Blijkbaar gaat er dus wel al een financiële stroom naar ziekenhuizen en zorgverstrekkers om patiënten bij te staan en goed te communiceren over seksualiteit, maar die sijpelt nog niet voldoende door. Misschien moet u wat druk uitoefenen, zodat de gelden die daartoe bestemd zijn, goed worden gebruikt.

Bij de trajectbegeleiding zien we ook zowat hetzelfde beeld. Het zorgprogramma voorziet in trajectbegeleiding, maar uit wat ik verneem van kankerpatiënten, blijkt toch dat er op dat vlak nog heel wat werk voor de boeg is. Ik moet de cijfers even nakijken, maar ik denk dat de helft van de kankerpatiënten geen of onvoldoende begeleiding krijgt. Dat is ondermaats. Zeker gelet op het stijgende aantal kankerpatiënten moet daar een tandje worden bijgestoken.

Het is zeer jammer dat de nazorg niet is opgenomen in het meerjarenprogramma van het RIZIV. Ik vind dat moeilijk te begrijpen. U mag gerust zijn dat ik de kwestie zal opvolgen en dat ik u daarover zeker nog vervolgvragen zal stellen.

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

**08 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De raadplegingen op afstand" (55028921C)**

**08 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les consultations à distance" (55028921C)**

**08.01 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, op 1 augustus treedt er een nieuwe regeling in werking met betrekking tot de vergoeding van raadplegingen op afstand bij artsen, dus via telefoon of een videogesprek. Ik heb daarover nog wat bijkomende vragen.

Als ik kijk naar de voorwaarden waaraan voldaan moet worden, lijkt het alsof de consultaties op afstand voor alles gebruikt kunnen worden. Wil dat zeggen dat er ook een diagnose gesteld kan worden op afstand? Of geldt het alleen voor vervolggelbesprekken, na een initiële diagnose?

Blijkbaar kan zo'n raadpleging op afstand ook worden geattesteerd na verwijzing naar de tweedelijnszorg. Moet daar geen fysieke raadpleging bij de arts-specialist aan voorafgaan? Hoe zit dat bij contact met een arts van wacht? Hoeft daar ook geen voorafgaand fysiek onderzoek aan te pas te komen?

Moet de arts voor raadplegingen op afstand in een apart tijdsblok voorzien of kunnen de raadplegingen ook tijdens de gewone fysieke raadplegingen van andere patiënten plaatsvinden?

Op welke manier zult u controleren of er geen misbruik wordt gemaakt van de regeling?

Op welke manier wordt verondersteld dat het remgeld wordt geïnd?

Er wordt een aantal platforms weergegeven op de website van eHealth. Het platform Doktr, ontwikkeld door Proximus, staat daar echter bijvoorbeeld niet bij. Kunt u toelichten of daar bepaalde redenen voor zijn en zo ja, welke?

**08.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, op 1 augustus treedt een nieuw kader voor raadplegingen op afstand bij artsen in werking. De volgende verduidelijkingen zijn hier van toepassing.

Ten eerste, een teleraadpleging kan gebruikt worden voor zowel een vervolconsultatie als voor het stellen van een initiële diagnose. De arts dient te bepalen of een teleraadpleging aangewezen is voor de gestelde vraag. Hij heeft dan ook het recht om een teleraadpleging te weigeren, indien een fysieke raadpleging als alternatief wordt aangeboden.

Ten tweede, de algemene regel is dat raadplegingen op afstand slechts kunnen worden aangerekend, indien er reeds een bestaande behandelrelatie bestaat tussen de arts en de patiënt. Het gaat dan om raadplegingen bij de GMD-houdende arts, bij een andere arts van diens praktijk of indien er een fysiek contact heeft plaatsgevonden in de twee kalenderjaren voorafgaand aan de raadpleging op afstand. Een arts-specialist kan in welomschreven gevallen evenwel een teleraadpleging uitvoeren zonder voorafgaand fysiek contact, met name indien een patiënt naar hem doorverwezen werd. De arts-specialist dient in het verslag van de raadpleging te vermelden wie de verwijzende arts was. Een bijkomende voorwaarde voor de arts-specialist is dat hij toegang moet hebben tot het medisch dossier van de patiënt. Daarnaast kunnen teleraadplegingen ook plaatsvinden tijdens de georganiseerde huisartsenwachtdienst zonder dat voorafgaand een fysieke consultatie heeft plaatsgevonden.

Op uw derde vraag, de arts is vrij in zijn planning en dient niet in aparte blokken te voorzien voor teleraadplegingen.

Op uw vierde vraag, het gebruik van de vier nieuwe codes zal gemonitord worden. Daarbij zal er extra aandacht worden geschonken aan *outliers*, met name artsen met een hoog percentage aan teleconsultaties. Bij globale budgetoverschrijding is het mogelijk om de honoraria te verlagen door middel van een sleutelletterwijziging.

Voor uw vijfde vraag verwijs ik graag naar het antwoord dat ik op 27 april heb gegeven op een vergelijkbare vraag van u. Er is inderdaad gekozen voor de invoering van remgeld voor teleraadplegingen om te voorkomen dat patiënten om financiële redenen voor een teleraadpleging zouden kiezen, terwijl in veel gevallen een fysieke raadpleging toch het meest aangewezen blijft. Het was ook een aanbeveling van de reflectiegroep om raadplegingen op afstand niet te bevoordelen ten opzichte van fysieke raadplegingen.

Bij videoraadplegingen is het zeker technisch mogelijk om het persoonlijk aandeel op een efficiënte manier te innen. Door de videoraadpleging is het mogelijk om een QR-code met terugbetalingsgegevens te tonen aan de patiënt. Verschillende zorgberoepen werken al geruime tijd op die manier. Daarnaast hebben enkele platformen voor videoraadplegingen ondertussen een betalingsmodule ingebouwd waarmee de arts een betalingsverzoek naar de patiënt kan sturen en ook onmiddellijk een melding krijgt wanneer de betaling is uitgevoerd.

Alhoewel het relatief eenvoudig is om via digitale weg een betalingsverzoek te sturen naar de patiënt, vormt dat inderdaad bij een telefonische raadpleging een grotere organisatorische uitdaging. De arts kan er ook voor kiezen om het remgeld pas te innen bij een volgende fysieke consultatie.

Op uw zesde vraag, platformen moeten aan een aantal minimale voorwaarden voldoen om in overeenstemming te zijn met de regelgeving inzake gegevensbescherming. De evaluatie van de op het portaal aangeboden platformen gebeurde een tweetal jaar geleden op basis van de toendertijd vastgelegde criteria.

Naar aanleiding van de COVID-19-crisis en het voortschrijdend inzicht door de snelle evolutie inzake telegeneeskunde, werden recent een aantal criteria verfijnd. Op het ogenblik worden alle initiatieven, ook de

bestaande, geëvalueerd aan de hand van de aangepaste criteria. Bij het platform Doktr werden nog een aantal vragen gesteld met het oog op een goed onderbouwde evaluatie.

Ten slotte, een van de conclusies van de reflectiegroep-Van den Bruel-Belche was dat de discussie over raadplegingen op afstand onlosmakelijk verbonden is met een breder debat over het financierings- en organisatiemodel van de huisartsen in het bijzonder. De raadplegingen op afstand zullen in het kader van die werkzaamheden ten gronde bekeken worden. Zelf heb ik het de New Deal voor huisartsen genoemd.

**08.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, ik denk dat er zeker plaats is voor raadplegingen op afstand bij de huisartsen en bij andere zorgverstrekkers. Ik heb wel wat moeite met het feit dat een diagnose op afstand blijkbaar mogelijk is. Voor de meeste diagnoses is er volgens mij echt wel fysiek contact nodig. Men moet kunnen palperen, ausculteren, zelfs ruiken.

Heeft de Orde der artsen er een advies over wanneer een teleraadpleging kan en wanneer niet? Ik veronderstel dat de meeste artsen hier op een correcte manier mee zullen omgaan en ze aan patiënten zullen vragen om fysiek aanwezig te zijn als een teleraadpleging moeilijker of niet aangewezen is.

Anderzijds denk ik dat patiënten zelf ook vaak vragende partij zijn om niet naar de fysieke raadpleging te komen. Ik hoop dus maar dat het instrument goed wordt opgevolgd en dat hiermee het beroep van huisarts niet wordt uitgehold. Met hem/haar heeft men toch vaak een vertrouwensrelatie. De huisarts voert ook de triage uit.

Ik blijf het er ook moeilijk mee hebben dat raadplegingen op afstand ook kunnen in de tweedelijnszorg en bij de wachtdienst.

**08.04 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik stel de vraag niet polemisch, maar omdat het mij interesseert. U bent ongerust omdat de regeling te soepel zou zijn? Het is een nieuw kader dat, wat mij betreft, ook maar tijdelijk zou moeten zijn. We moeten goed nadenken over de manier waarop men raadplegingen op afstand zal financieren, zodat die tool de juiste incentives krijgt. Maar ik waardeer wat u zegt. Ik meen eerlijk gezegd dat men de kwestie alleen opgelost krijgt in een bredere hervorming.

**08.05 Frieda Gijbels (N-VA):** Voor alle duidelijkheid, om administratieve zaken af te handelen of om zaken op te volgen, kan de raadpleging op afstand zelfs een meerwaarde zijn, maar ik blijf mij zorgen maken over die mogelijkheid voor een diagnose.

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

**09 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van ECMO in de Belgische ziekenhuizen" (55028923C)**

**09 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation d'ECMO dans les hôpitaux belges" (55028923C)**

**09.01 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ECMO is een techniek die zorgt voor een verhoging van het zuurstofgehalte in het bloed door middel van extracorporale circulatie ter ondersteuning van de ademhalingsfunctie en/of de bloedsomloop. De techniek wordt voornamelijk gebruikt op intensieve afdelingen bij patiënten met ernstig hart- en/of longfalen.

Tijdens de covidpandemie hebben heel wat patiënten gebruik kunnen maken van ECMO en konden wellicht levens worden gered. Tegelijk is de techniek heel ingrijpend met grote risico's en is hij ook niet goedkoop. Dat maakt dat een goede omkadering en organisatie heel belangrijk zijn.

Het Kenniscentrum bracht recent een rapport uit om het ECMO-gebruik in België in kaart te brengen. De conclusie is dat er geen duidelijk beeld is van de manier waarop ECMO in België wordt toegepast, voornamelijk omdat een systematische en volledige registratie van gegevens van de patiënten, met onder andere de indicaties, de duur van de behandeling en de mogelijke complicaties, ontbreekt. Een volledige lijst van te registreren gegevens wordt in het rapport van het Kenniscentrum ook opgelijst.

Het Kenniscentrum overwoog om het ELSO-register, dat een internationaal register is, te gebruiken voor het

verzamenen en analyseren van gegevens. Blijkbaar zijn er echter heel weinig Belgische ziekenhuizen die aan dat register bijdragen. Waarom worden de ECMO-gegevens niet op een gestandaardiseerde wijze geregistreerd door alle ziekenhuizen? Acht u dat wenselijk? Zo ja, wat zult u ondernemen om ter zake tot een betere registratie te komen? Wordt bijvoorbeeld aan het MICA-systeem gedacht, dat toch ook voor intensieve zorg wordt gebruikt in verschillende ziekenhuizen, om data te verzamelen?

Over de kostprijs van ECMO blijken ook geen bruikbare gegevens te bestaan. Uit een bevraging blijkt dat de huidige terugbetalingstarieven in België de kosten voor het gebruik van de ECMO-techniek niet dekken. Hoe ziet u de financiering van ECMO?

De techniek wordt toegepast in een groot aantal Belgische ziekenhuizen, maar niet elk ziekenhuis past de techniek even vaak toe. Acht u een centralisatie van ECMO in bepaalde ziekenhuizen wenselijk?

Een efficiënt systeem voor de overdracht van patiënten tussen ziekenhuizen zou ook noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld door middel van mobiele ECMO-teams, aangezien het om heel fragiele transporten gaat. Hoe staat u tegenover een dergelijk systeem? Op welke manier kan dat volgens u worden gefinancierd?

Ten slotte, op welke manier zou u de implementatie van ECMO in de toekomst willen organiseren? Worden er ook nog bijkomende evaluaties gepland?

**09.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Gijbels, uw eerste vraag was hoe wij die data gaan verzamelen. Het KCE geeft in zijn rapport 255A van 8 juni 2022 inderdaad een voorzet, door te verwijzen naar de ELSO-richtlijnen, van de internationale Extracorporeal Life Support Organization. Het ELSO-register bevat zeer waardevolle tools, binnen de zeer gespecialiseerde zorg die ECMO is. Ik ga er dus ook van uit dat deze worden gehanteerd. Dergelijke wetenschappelijke registers zijn de bron van evidencebased geneeskunde en dienen dus gepromoot te worden.

De registratielast binnen de ziekenhuisomgeving is wel reeds zeer groot. Bijkomende verplichte registraties invoeren, zou ik toch met enige omzichtigheid doen. Eigenlijk moet men redeneren in termen van het automatiseren van registraties en het rechtstreeks uit de elektronische patiëntendossiers laten voeden van registratiesystemen.

U verwijst naar MICA. MICA is daarin deels geslaagd. MICA is een kwaliteitsbenchmarkingtool voor dienstenintensieve geneeskunde. Een aantal ziekenhuizen is erin geslaagd deze tool te automatiseren. Andere gebruiken de tool nog op ambachtelijke wijze, door post factum manuele ingave van gegevens.

Tijdens de covidcrisis heeft het HTSC getracht via het MICA-project sneller aan data te komen. Deze piste bleek echter, onder andere door het opzet van MICA als kwaliteitstool, een piste met weinig meerwaarde voor het beheren van de pandemie. De samenwerking tussen het HTSC en het MICA-projectteam is stopgezet.

U vroeg naar de financiering van ECMO. Mijn antwoord op die vraag sluit aan op mijn antwoord op de vraag of ECMO in elk Belgisch ziekenhuis dient aanwezig te zijn. Dit sluit aan bij het bredere debat van definiëring van kritische zorgeenheden en differentiatie binnen ICU-diensten. ECMO is een zeer gespecialiseerde therapeutische optie die niet kwaliteitsvol aangeboden kan worden zonder de nodige omkadering, dus gespecialiseerde artsen en perfusionisten. ECMO kan niet worden aangeboden in centra waar slechts sporadisch ECMO opgestart wordt. De echte ECMO dient dus gereserveerd te worden als therapievorm binnen referentieziekenhuizen. Deze referentieziekenhuizen kunnen ook instaan voor de transportcapaciteit en mobiele ECMO-teams. Een verdere reflectie die ik opgestart heb met betrekking tot de organisatie van de intensieve zorg in ons land moet duidelijkheid brengen met betrekking tot de optimale organisatie en financiering van deze intensieve zorg. De reflectie rond ECMO past daar helemaal in.

**09.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): We moeten inderdaad niet gaan naar bijkomende registraties, maar wel naar automatisering van gegevensverzameling. Als er bestaande systemen zijn, zoals het MICA-systeem, moeten die maximaal gefaciliteerd worden, zodat die systemen ook nuttige output kunnen aanleveren en daar ook uit geput kan worden.

U wilt terecht evolueren naar een landschap waar de ECMO aangeboden wordt door gespecialiseerde centra. Welke centra zullen dat dan zijn? De data die verzameld zijn in de covidcrisis moeten nu maximaal geanalyseerd worden. Dan moet bekeken worden waar de meeste ervaring en expertise opgebouwd is. Van

daaruit kan worden voortgegaan, in plaats van van bovenuit op te leggen welke de referentieziekenhuizen moeten zijn. Daar biedt de covidcrisis een opportuniteit om toch die ervaring die bijkomend is ontstaan, maximaal te laten renderen. Ik kijk uit naar de verdere evolutie en zal dit zeker graag mee opvolgen.

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

**10** **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De samenwerkingsverbanden voor wachtposten" (55028924C)**

**10** **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les accords de collaboration entre postes de garde" (55028924C)**

**10.01** **Frieda Gijbels (N-VA):** Het koninklijk besluit van 10 september 2021 betreffende de medische permanentie door huisartsen en de erkenning van functionele samenwerkingsverbanden legt een aantal voorwaarden op. Zo kan een samenwerkingsverband voor wachtposten erkend worden als het uit minimaal 3 wachtposten en minimaal 300.000 inwoners bestaat, met minimaal 1 wachtpost die tijdens de medische permanentie toegankelijk is.

In het akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023 werd de inwerkingtreding van het KB naar 1 juli verdaagd, aangezien door de overbelasting van de huisartsen er onvoldoende tijd geïnvesteerd kon worden in de concrete administratieve en juridische voorbereiding van de samenwerkingsverbanden. Ook zou er nog niet voldaan zijn aan een aantal randvoorwaarden. Er zou een overgangperiode van 18 maanden gepland zijn, wat erop neerkomt dat de samenwerkingsverbanden voor 31 maart 2023 moeten worden ingediend om uiterlijk op 1 januari 2024 operationeel te zijn.

Wat is de stand van zaken? Is het KB in werking getreden op 1 juli? Wordt er hierover met de huisartsen overlegd? Wat zijn hun bezorgdheden? Wat kan er geredieerd worden? Wat zijn de struikelblokken? Hoe zal de toekomstige financiering van de samenwerkingsverbanden voor wachtposten eruitzien? Wanneer zal die bekend worden? Hoe zullen de samenwerkingsverbanden voor wachtposten zich verhouden tot de spoeddiensten? Moeten die in de buurt van spoeddiensten gelegen zijn? Is 1 wachtpost per 300.000 inwoners volgens u voldoende? Hoe staat het met de uitrol van de triage door 1733? Is die overal beschikbaar of zijn er nog problemen?

**10.02** **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, het koninklijk besluit van erkenning trad in werking op 1 juli, maar het zuster-KB betreffende de financiering van de functionele samenwerkingsverbanden is momenteel nog in volle ontwikkeling en overleg. Er kan pas tot erkenning worden overgegaan wanneer beide koninklijke besluiten zijn gepubliceerd.

Vanaf begin 2024 zou het hele land gedekt moeten zijn door samenwerkingsverbanden. Die tijdslijn en de manier van werken zijn afgesproken in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023. Het komt erop neer dat ik wat tijd heb willen geven.

Er wordt intensief over overlegd binnen het begeleidingsplatform Wacht. In dit platform zetelen vertegenwoordigers van het werkveld, artsensyndicaten, verzekeringsinstellingen, mijn strategische cel, de FOD en het RIZIV. Ik denk al eerder te hebben gezegd dat ik Frank Lippens, de gewezen directeur van het ziekenhuis van Deinze, als voorzitter heb aangesteld, omdat ik denk dat hij heel bekwaam is om de vele moeilijke kwesties daarbij goed ter sprake te brengen.

De toekomstige financiering van de samenwerkingsverbanden zal afhangen van de besprekingen binnen dit platform. Er is een vergaderkalender opgesteld en de financieringsmogelijkheden worden per onderwerp besproken.

De overheid wil de samenwerking tussen de wachtposten en de ziekenhuizen stimuleren, maar het is geen verplichting om zich in een ziekenhuis te vestigen. Ik merk wel de tendens bij de laatst opgerichte huisartsenwachtposten om nauw samen te werken met een ziekenhuis. Bij het vormen van een samenwerkingsverband is het te verkiezen dat minstens een van de deelnemende huisartsenwachtposten zich in of bij een ziekenhuis bevindt.

Het koninklijk besluit van erkenning stelt dat een samenwerkingsverband moet bestaan uit minimaal drie wachtposten en minimaal 300.000 inwoners. Er zijn uitzonderingen mogelijk om redenen van geografische



spreiding of bevolkingsdichtheid. In die gevallen kan een minimum van twee wachtposten en 225.000 inwoners volstaan.

Een van de aandachtspunten die wordt aangegeven in het begeleidingsplatform is de nood aan een goede triage door 1733. Dat is nog niet overal beschikbaar. De remmende factor binnen de uitrol is de moeilijke personeelswerving waarmee de FOD Binnenlandse Zaken, de werkgever van de operatoren van de noodcentrales, wordt geconfronteerd.

Een volledige uitrol van de triage via 1733 zal een bijkomend budget vragen ter aanwerving van extra operatoren. Ik stel echter ook vast dat het vandaag door IBZ ter beschikking gestelde budget nog niet geheel gebruikt kan worden, net door de moeilijke werving van de operatorprofielen.

**10.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Ik begrijp dus dat er nog volop gesprekken lopen. Wat de functionele samenwerkingsverbanden betreft, die zijn in het leven geroepen om de organisatie van de wachtdiensten rendabeler te maken. Ik zou er toch voor willen waarschuwen dat ze ook voldoende bereikbaar moeten zijn. Het zou gek zijn als patiënten eerst een aantal spoeddiensten voorbij moeten rijden om dan een eerste wachtpost te vinden. We moeten erover waken dat de drempel voor de huisartswachtpost altijd lager blijft dan de drempel voor de spoeddienst. Ik denk dat daar de echte efficiëntiewinst te vinden is.

De triage door 1733 is een al heel lang aanslepend probleem. Ik had ook al begrepen van mevrouw De Block, uw voorgangster, dat er vooral een probleem was in de zoektocht naar voldoende personeel. Dat probleem hoort eerder bij Binnenlandse Zaken. Het is echter ook weer iets wat de drempel voor de huisartsenwachtpost verhoogt, omdat het vaak een telefoonnummer is dat veel geld kost. Men hangt soms ook lang aan de lijn.

Dat zijn toch zaken die volgens mij prioriteit verdienen, als we een correct gebruik van onze middelen willen nastreven.

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

**11 Question de Olivier Vajda à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conséquences de la cyberattaque contre Vivalia" (55028928C)**

**11 Vraag van Olivier Vajda aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gevolgen van de cyberaanval op Vivalia" (55028928C)**

**11.01 Olivier Vajda (Ecolo-Groen):** *"Monsieur le Ministre, suite à la cyberattaque qu'a connue l'intercommunale Vivalia, les soins de santé hospitaliers ont été profondément mis à mal à travers toute la Province du Luxembourg. Suivant la presse, et les dires de la direction, la situation est revenue à la normale. Or, nos retours de terrain nous donnent un son de cloche tout à fait autre. Par exemple, dans un service, seuls deux ordinateurs fonctionnent, uniquement accessibles aux médecins, là où auparavant, 30 ordinateurs étaient occupés par toute l'équipe.*

**1** *Assurez-vous un suivi de la situation avec vos services ? 2* *Quel soutien l'état a-t-il apporté aux hopitaux luxembourgeois dans le cadre de cette crise ? 3* *Avez-vous un aperçu plus clair de la situation ? La qualité des soins n'est-elle pas compromise ? Avec quelles conséquences pour la protection des données, et pour le partage d'information entre médecins ? 4* *Comment soutenez-vous le réseau hospitalier dans son rétablissement informatique ?"*

**11.02 Frank Vandenbroucke, ministre:** (...) Le Centre pour la Cybersecurité Belgique (CCB) a été contacté et a immédiatement déployé une *incident response team* pour aider le groupe Vivalia, en bonne coopération avec la plateforme eHealth et le SPF Santé.

Cette équipe a collaboré avec le service informatique du groupe Vivalia et le Regional Computer Crime Unit (RCCU) pour identifier le point d'entrée de la cyberattaque et collecter les preuves.

Le CCB a également fourni des conseils à l'équipe informatique sur la façon de réagir et de mettre en œuvre des mesures correctives, y compris via la mise en place d'un SOC (Security Operations Center) avec une partie tierce pour les aider à surveiller l'environnement.

Une assistance a également été fournie sur les aspects organisationnels de la crise informatique. Des réunions quotidiennes de coordination des incidents ont été planifiées entre les parties concernées au cours des semaines qui ont suivi l'attaque.

Au travers des différentes initiatives, l'État tente d'apporter son soutien à l'ensemble des hôpitaux, car aucun d'entre eux n'est à l'abri d'une cyberattaque. Actuellement, un budget de 20 millions a été débloqué pour 2022 et 2023 pour aider les hôpitaux à mieux s'armer préventivement et à faire face pendant et après l'attaque.

À ma demande, Le Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers (CFEH) a proposé une approche pour augmenter la résilience des hôpitaux contre les cyberattaques. Les actions cibles comprennent la sensibilisation du personnel, la mesure de la maturité des hôpitaux basée sur un standard international (ISO 27002) et le développement et la réalisation de processus d'amélioration sur cette base, la stimulation de la coopération et du partage des connaissances entre les hôpitaux, le développement conjoint d'une expertise et d'options d'intervention rapide, et le développement d'un SOC commun pour prévenir les fuites de données et prévenir, détecter et remédier aux attaques. Le problème de l'assurabilité des hôpitaux sera également étudié en étroite collaboration.

La sécurité des institutions, du personnel, des patients, et la continuité des soins sont une priorité. Il existe notamment des procédures d'urgence qui doivent être décrites dans un plan d'urgence hospitalier pour pouvoir faire face aux accidents majeurs au sein de l'hôpital et à l'extérieur de celui-ci.

De plus, afin d'élaborer un plan de réponse aux incidents, une boîte à outils a été créée et contient un ensemble d'informations ainsi que du matériel provenant du CCB, pour aider les hôpitaux.

Certains hôpitaux, victimes malheureusement d'une cyberattaque, ont accepté de partager leur expérience et les leçons apprises. Les points d'attention ont aussi été mis en avant, allant de solutions techniques concernant les connexions des hôpitaux, tant en interne que vers l'extérieur, à de bonnes pratiques. En plus de nos contacts réguliers avec Vivalia dans le cadre de cette crise, nous avons eu une réunion avec la direction et la présidence de Vivalia, lors de laquelle ils nous ont expliqué en détail les problèmes qu'ils avaient rencontrés et leurs besoins et nous leur avons exprimé notre soutien. Vivalia a redémarré progressivement ses activités, reconstruisant ses systèmes informatiques en toute sécurité.

À ce jour, l'essentiel de l'activité opératoire et des consultations a repris dans leurs hôpitaux. Toutes les opérations électives, c'est-à-dire non urgentes, sont assurées sur leurs sites d'Arlon, Bastogne, Libramont et Marche. Les consultations sont également assurées dans leurs hôpitaux généraux – et psychiatrique à Bertrix –, sauf exceptions en cours de résolution et sur lesquelles leurs équipes concentrent leurs efforts.

Je peux vous assurer qu'ils ont travaillé et qu'ils travaillent toujours à la reprise de l'activité avec beaucoup d'attention, à l'impact sur les soins, leurs patients et leur personnel, tout en collaborant avec les prestataires de soins et les institutions de soins de la Région.

Enfin, directement après la cyberattaque, le groupe a décidé de communiquer en interne sur l'évolution de la situation grâce à une page Facebook interne, de façon à toucher et informer au mieux son personnel.

**11.03 Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée et qui me paraît assez complète. J'en retiens quand même une phrase qui est tout à fait juste mais qui effraie un peu: "Plus aucun hôpital n'est à l'abri d'une cyberattaque." Ma question dépassait peut-être simplement un peu le cadre de Vivalia et nous ne sommes plus vraiment dans la santé mais bien dans la protection des données personnelles des patients.

Il faut reconnaître qu'il y a une tendance de plus en plus grande à recourir au numérique pour la gestion des dossiers des patients, à tel point que Vivalia, comme d'autres hôpitaux attaqués sans doute, était en chômage technique à la suite du vol des données et des virus qu'ils ont vraisemblablement reçus à cette occasion.

Dans votre politique, vous accentuez encore ce recours à la conservation, à la centralisation de ces données et au partage interne et sécurisé des données des patients. Malgré toutes les précautions prises, ce genre d'attaque ne va faire que se multiplier. Vous m'avez déjà expliqué les réponses qui y sont données mais je

pense qu'il faut encore non seulement renforcer la sécurité des données ultrasensibles, puisqu'en matière de santé nous sommes dans des données personnelles ultrasensibles, mais encore et surtout continuer de définir et accentuer le protocole précis en réponse à ces attaques qui ne manqueront pas, vous l'avez dit, de se produire à nouveau.

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

**12** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitbreiding van het voorschrijven van Paxlovid tot de eerstelijnszorg" (55028957C)**

**12** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'extension de la prescription du Paxlovid aux soins de première ligne" (55028957C)**

**12.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, Paxlovid blijkt goede resultaten te kunnen neerzetten. Het wordt vandaag enkel door specialisten voorgeschreven. Ik stel mij de vraag of dit middel in het vooruitzicht van de winter niet kan worden opengesteld voor voorschriften door de huisartsen.

Zult u het mogelijk maken dat huisartsen Paxlovid voorschrijven? Zo ja, wanneer? Zo niet, wat zijn uw argumenten?

**12.02** **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, ik zal een redelijk kort antwoord geven, maar niet omdat ik dit niet belangrijk vind. Ik meen dat wij in onze strategie tegen COVID-19 in een fase gekomen zijn waarin we steeds meer belang kunnen en moeten hechten aan therapeutische middelen. In een situatie waarin het aantal besmettingen niet explosief stijgt, maar waarin men langdurig te maken krijgt met deze toestand, meen ik dat therapeutische middelen steeds belangrijker worden.

Ik wil toch verwijzen naar wat Steven Van Gucht deze middag gezegd heeft. Ik meen dat het zijn persoonlijke inschatting was. Hij was toch een beetje terughoudend. Ik laat het aan hem, maar hij was een beetje terughoudend tegenover grote bijkomende verwachtingen van Paxlovid. Ik weet niet of terecht is, de meningen daarover worden nog gevormd. Laat ik zeggen dat ik er vooral belang aan hecht dat onze taskforce Covid Therapeutics, die geleid wordt door Dirk Ramaekers, kort op de bal probeert te spelen. Hij moet snel bekijken wat wij bijkomend kunnen en moeten doen. Dan gaat dan zowel over hoe men het gebruikt als over hoeveel men nodig heeft en waar men het vindt. Ik meen dat al die elementen belangrijk zijn.

Op dit ogenblik kunnen wij in ons land zeggen dat vooral sterk immuungecompromitteerde patiënten het grootste risico van ziekenhuisopname lopen. Daarom wordt Paxlovid nu in eerste instantie bij die groep ingezet, om ziekenhuisopname te vermijden, met voorschrift door de behandelende specialist.

Stel dat we zouden vaststellen dat er een evolutie is in het uitzicht van de epidemie, in de impact of in de wetenschap rond Paxlovid, dan moeten wij bereid zijn om de doelgroep uit te breiden en andere voorschrijvers in te schakelen, onder anderen de huisartsen. Ik heb op dat punt geen enkel a priori, maar ik zou willen dat de taskforce Covid Therapeutics ons oriënteert en op basis van wetenschappelijke evidentie de weg wijst.

Ik sluit ook niet uit dat dit relatief snel evolueert.

**12.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dat moet echt overwogen of geëvalueerd worden. Professor Van Gucht heeft inderdaad verwezen naar de leverbelasting van ritonavir, dat in Paxlovid zit. Het wordt echter ook gebruikt tegen hiv en ook daar kan men inschatten wat de impact is op gestoorde leverfunctie.

Ik ben het absoluut met u eens dat wij alle therapeutische mogelijkheden die we hebben, in het najaar zullen moeten benutten. De huisarts kan perfect een gestoorde leverfunctie van zijn patiënten inschatten en dus overgaan tot het voorschrijven van Paxlovid of niet. Die deskundigheid is aanwezig. Het voortdurend belasten van de specialisten lijkt mij minder efficiënt naar de winter toe. Het is goed dat u het op de agenda zet en dat het geëvalueerd wordt.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**13** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De modaliteiten in de zorgcentra na seksueel geweld" (55028958C)**

**13** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les modalités dans les centres de prise en charge des victimes de violences sexuelles" (55028958C)**

**13.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het zorgcentrum na seksueel geweld te Leuven werd geopend, het zevende zorgcentrum voor slachtoffers van seksueel geweld in ons land. U kondigde aan dat er in 2023 nog drie nieuwe centra worden opgericht. De modaliteiten van die centra liggen eigenlijk in het verlengde van het beleid dat u hebt uitgewerkt.

Mijnheer de minister, worden er voor de opleiding van het personeel van de zorgcentra voor slachtoffers van seksueel geweld middelen van het zogenaamd wittebloezenfonds gebruikt?

In hoeverre is er ook psychologische opvolging van de slachtoffers? Hoe wordt die opvolging gemonitord en geëvalueerd?

Is er een speciale benadering voor minderjarigen of voor slachtoffers van intrafamiliaal seksueel geweld?

**13.02** **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, wat uw eerste vraag betreft, met de middelen uit het Zorgpersoneelfonds wordt het zorgpersoneel van de zorgcentra na seksueel geweld gefinancierd. In 2021 werden er geen middelen gereserveerd vanuit het Zorgpersoneelfonds voor opleidingskosten. Vanaf 2022 wordt ook het loon van de forensisch verpleegkundigen en psychologen voor de maand voorafgaand aan de opening van een nieuw zorgcentrum na seksueel geweld gefinancierd door het Zorgpersoneelfonds. In die maand worden de forensisch verpleegkundigen en psychologen opgeleid voor hun functie binnen het zorgcentrum. In 2022 wordt die financiering voorzien voor het zorgcentrum in Roeselare en in Leuven. In voorgaande jaren werden die kosten gedragen door het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen.

Uw tweede vraag gaat over de psychologische opvolging. Aan alle slachtoffers bij wie het geweld minder dan een maand geleden plaatsvond, wordt een aanbod gedaan van opvolging door een psycholoog van het centrum. Het gaat dan over de toegang tot de sessie rond psycho-educatie en indien nodig rond de behandeling van stresssymptomen om posttraumatische stressstoornissen te voorkomen.

Psychologen volgen een ZSG-handelingsplan voor de opvolging van de slachtoffers dat gebruikmaakt van specifieke instrumenten, zoals de PCL-5, de checklist posttraumatische stressstoornissen van de DSM-5, waarmee ik verwijs naar de classificatie van psychiatrische stoornissen. Het aantal sessies wordt afgestemd op maat van het slachtoffer, met een maximum van twintig sessies. Uit het jaarrapport van 2021 blijkt dat 45 % van de slachtoffers voor minimaal één sessie naar het centrum terugkeert. Daarvan stopt 75 % na vier consultaties.

In een zorgcentrum wordt een specifiek handelingsplan gebruikt voor de zorg voor minderjarige slachtoffers. Dit handelingsplan legt extra nadruk op bescherming en veiligheid en multidisciplinair overleg, zowel binnen het ziekenhuis als met de actoren daarbuiten, zoals het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling of SOS Enfants. Minderjarigen hebben toegang tot dezelfde zorg als meerderjarigen.

**13.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het is goed dat de middelen van het fonds voor de witte bloezen nu daadwerkelijk worden gebruikt. Ik denk niet dat het tot de bevoegdheid van het IGVM behoort om voor de kosten van het personeel en de opleiding in te staan. Het was ingeschreven in de wet en het is goed dat het nu ook wordt toegepast.

Wat de psychologische opvang betreft, zagen we bij zelfstandigen in de coronatijd ook dat men vroegtijdig stopte. Dat is jammer. Dat betekent immers dat de slachtoffers zich door de psychologische sessies toch niet volledig geholpen of omringd voelen. Drie vierde van de mensen stopt na vier sessies, terwijl ze er twintig kunnen krijgen. Dat is heel veel. In de evaluatie moet men toch gaan bekijken hoe men die psychologische omkadering optimaal kan inrichten.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**14** Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toepassing van SCCM in de geestelijke gezondheidszorg" (55028961C)

**14** Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'application du SCCM aux soins de santé mentale" (55028961C)

**14.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb de volgende info uit *The Lancet*. Er is een onderzoek gepubliceerd over de effectiviteit van de getrapte gezondheidszorg en van de implementatie van zogenaamde samenwerkende modellen. Onderzoekers besloten dat er sprake was van het verminderen van depressie bij patiënten. In dit geval ging het om asielzoekers of vluchtelingen en in vergelijking met de traditionele aanpak behaalt dat getrapte gezondheidsmodel betere resultaten. Vooral het direct implementeren van interventies bij bepaalde doelgroepen behaalde een aanzienlijk succes. Dat verklaart in grote mate het verschil in effectiviteit van verschillende strategieën. Hiermee wordt een lans gebroken om meer in te zetten op de behandeling van zwaar depressieven en die personen als een aparte doelgroep te behandelen. Via een aanpak op maat is men in staat om de effectiviteit van de geestelijke gezondheid te verbeteren.

Welk belang hecht u aan de resultaten van dat onderzoek? Wordt een getrapte zorg of SCCM overwogen voor bepaalde doelgroepen in ons land? Werd er een evaluatie gemaakt? Is die er voor de huidige geestelijke gezondheidszorg aan asielzoekers, vluchtelingen en oorlogsslachtoffers? U hebt aangegeven dat in die psychologische zorg voorzien is. Hoe evalueert u die vandaag?

**14.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Naar analogie met *The Lancet* beveelt de Wereldgezondheidsorganisatie in haar rapporten ook altijd aan dat de organisatie van geestelijke gezondheidszorg gebeurt vanuit een getrappt model. Daarnaast beveelt ze ook het implementeren van modellen aan waar samenwerking tussen verschillende disciplines centraal staat. Daarom vertrekt het protocolakkoord, goedgekeurd in de IMC omtrent de gecoördineerde aanpak van de versterking van het psychisch zorgaanbod in de eerste lijn, van een aantal kernwaarden. Zo zijn de veranderende noden van elke burger over de levensfasen heen, van bij of zelfs nog voor de geboorte, de ontwikkeling van het kind, transitie naar volwassenheid en van volwassenen en ouderen het uitgangspunt.

Het organisatiemodel voorziet in een getrappt zorgaanbod met de volgende functies: preventie, met inbegrip van herval- en symptoomreductie, detectie, vraagverheldering, vroegtijdige en kortdurende interventies, diagnostiek, behandeling en rehabilitatie/herstel en ook het delen van kennis en expertise. Daarnaast is het belangrijk dat de zorg en hulpverlening geïntegreerd worden aangeboden door een multidisciplinaire en transversale samenwerking tussen alle actoren en dat ze ondersteund worden via multidisciplinair overleg en een gedeeld handelingsplan, communicatie en verwijzingsstelsel.

Binnen het kader van het protocolakkoord, dat in de IMC is goedgekeurd, en getrapte zorg, werd de RIZIV-conventie uitgewerkt waarbinnen twee zorgfuncties worden gefinancierd. Het gaat om de eerstelijns psychologische zorgfunctie en de specialistische psychologische zorgfunctie. Het uitgangspunt is de behoefte van mensen zo vroeg mogelijk op te sporen. Als de behoefte zich beperkt tot ondersteuning bij lichte tot matige klachten, wordt de zorg verleend op basis van een eerstelijns psychologische zorgfunctie. Als de problemen of klachten matig tot ernstig zijn, of als uit het verloop van de behandeling in het kader van de eerstelijns psychologische zorgfunctie blijkt dat de behoefte groter is en er een meer gespecialiseerde behandeling nodig is, kan de gespecialiseerde psychologische zorgfunctie worden ingezet.

Asielzoekers, vluchtelingen en oorlogsslachtoffers zijn specifieke kwetsbare doelgroepen, waarbij de klinisch psychologen samenwerken met diensten die deze doelgroepen opvangen. Naar aanleiding van de oorlog in Oekraïne hebben deze vluchtelingen ook toegang tot psychologische ondersteuning en werd beslist om de interculturele bemiddelaars via videoconferentie beschikbaar te maken, zowel voor de psychologische zorg in de eerste lijn als voor de mobiele teams van de netwerken geestelijke gezondheidszorg.

Tot daar mijn algemene reactie op uw vragen en suggesties.

**14.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, net het laatste onderdeel is een nieuw element en was ook het onderwerp van mijn vraag.

Wanneer wij het hebben over de vluchtelingen uit Oekraïne, stel ik mij de vraag of wij dat getrapte systeem voldoende kunnen toepassen. Preventie kunnen we sowieso niet doen.

**14.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, ik heb het niet verstaan. Herhaalt u de vraag even?

**14.05** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Wanneer wij het hebben over de mensen die uit Oekraïne komen en worden opgevangen, stel ik mij de vraag of wij dat getrapte systeem optimaal kunnen toepassen. Preventie kunnen wij niet doen. Detectie is ook moeilijk.

Kunnen wij diep genoeg gaan en de betrokkenen voldoende ondersteunen? Wordt dat gemonitord? Is er ruimte voor verbetering? Dat is de kern van mijn vraag.

Zijn wij op andere vlakken van geestelijke gezondheidszorg effectief volgens die leidraad bezig, dan is de vraag of we ook voor de vluchtelingen uit Oekraïne voldoende aan het werk zijn via dat getrapte systeem. Kunnen wij daar nog nauwer doelgroepen bepalen en er de echt zware depressies uit halen? Dat is immers de uitdaging.

Alle betrokkenen zullen met een litteken aankomen, dat is veroorzaakt door de oorlog. Zullen wij wel of niet diep genoeg kunnen bekijken of er een geestelijke gezondheidszorg nodig is voor de littekens die moeten worden aangepakt?

**14.06** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, ik moet misschien nog iets meegeven over de zorgpunten. Er zijn er nu een tiental, die wij financieel ondersteunen via het RIZIV en waarin huisartsen samenwerken, maar waarin ook psychologische ondersteuning kan worden geboden. Ze zijn niet alomvattend, maar bieden wel deels een antwoord.

Het gaat natuurlijk over een specifieke groep. Er is een taalbarrière en een specifieke situatie, waarin maar op een bepaald moment wordt tussengekomen. Ik ga daarmee volledig akkoord. Dat is een discussie die we nog moeten uitdiepen. We moeten eens bekijken wat de zorgpunten opleveren.

**14.07** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik ga akkoord.

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

**14.08** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijn vraag over het WHO-onderzoeksc comité in verband met apenpokken is ondertussen behoorlijk gedateerd. We kunnen ze dus beter laten vallen.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55028963C van mevrouw Depoorter wordt bijgevolg ingetrokken.

**15** **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het beleid inzake eierstokkanker" (55028972C)**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van het KCE over de behandeling van eierstokkanker" (55029472C)**

**15** **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique en ce qui concerne le cancer des ovaires" (55028972C)**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du KCE concernant la prise en charge du cancer de l'ovaire" (55029472C)**

**15.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, collega Gijbels en ik hebben allebei een vraag ingediend rond het onderzoek van het KCE, waarbij ik me toespits op het medicamenteuze aspect in de behandeling van eierstokkanker. Het is een ernstige vaststelling dat iemands overlevingskansen afhangen van in welk ziekenhuis men behandeld wordt. Eierstokkanker is een stille doder. De ziekte zit erg diep in de buik en ze wordt vaak pas vastgesteld in een vergevorderd stadium in het ziekteproces.

Wordt er voorzien in een thuisbehandeling van eierstokkanker met chemotherapeutica, zoals dat al gebeurt bij sommige projecten rond borstkanker? Dat zou het comfort van de patiënten aanzienlijk verhogen. Is er een protocol uitgeschreven voor een multidisciplinaire aanpak? Bent u bereid om de verschillen in de behandeling, ook in de gebruikte chemotherapeutica, publiek te maken?

In het rapport is er ook sprake van niet-noodzakelijke of ondoordachte ingrepen, waar een medicamenteuze behandeling beter is. Zult u daaromtrent stappen ondernemen?

Zult u het registratiemechanisme aanpassen?

**15.02** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil het vooral hebben over de kwaliteitsindicatoren waar het KCE-rapport over bericht, namelijk de kwaliteitsindicatoren waarmee de zorg voor eierstokkanker kan worden geselecteerd en gemeten.

Het Kenniscentrum pleit voor het concentreren van zorg- en referentiecentra en beveelt aan te bekijken hoe informatie over de kwaliteit van eierstokkankerzorg, en ook andere kankerzorg, publiek toegankelijk gemaakt kan worden, zodat de patiënten toegang krijgen tot de informatie inzake de kwaliteit van de zorg bij hun keuze van een ziekenhuis. In Vlaanderen gebeurt dat al voor bepaalde kwaliteitsindicatoren bij bepaalde kankertypes via het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg.

Hoe staat u tegenover het publiek toegankelijk maken van resultaten inzake kwaliteitsindicatoren, over kankerzorg, en in dit geval eierstokkankerzorg? Zult u bekijken of deze informatie inderdaad publiek toegankelijk kan worden gemaakt?

Welke initiatieven zijn er al?

Eerder pleitte het Kenniscentrum ook al voor het concentreren van de zorg voor eierstokkanker. Welke acties zijn sindsdien ondernomen om dit te bewerkstelligen? Voldoet elk ziekenhuis waar vrouwen met eierstokkanker behandeld worden aan de criteria die werden voorgesteld in het rapport van 2014 van het Kenniscentrum?

Welke concrete acties zult u ondernemen om de aanbevelingen van het Kenniscentrum ter harte te nemen? Bent u het idee genegen om eierstokkankerzorg te bundelen in referentiecentra?

**15.03** **Minister Frank Vandenbroucke**: Collega's, er zijn tot op heden in ons land nog geen referentie- of expertisecentra voor ovariumkanker.

Het KCE voerde een studie uit naar kwaliteitsindicatoren in de aanpak van ovariumkanker. Het resultaat van die studie werd gepubliceerd op 29 juni en toont dat zorgconcentratie voor ovariumtumoren primordiaal is. Voor ovariumkanker wordt een associatie vastgesteld tussen de volumes, dus het aantal patiënten die ziekenhuizen behandelen, en de overlevingscijfers. België heeft duidelijk een te grote spreiding van zorg en expertise.

De associaties die we zien tussen de volumes en de resultaten, pleiten dus voor een concentratie van de zorg voor patiënten met invasieve eierstokkanker in expertisecentra, zoals dat ook gebeurt in andere Europese landen als het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Nederland en Zweden. Mijn administratie bestudeert de resultaten van de studie en bekijkt de mogelijkheden en modaliteiten om tot zorgconcentratie over te gaan.

Wat de chemotherapeutica in thuisbehandeling betreft, de onderhandelingen om te komen tot een structureel kader en financiering van de thuishospitalisatie lopen nog steeds. Inmiddels werd de definitie van thuishospitalisatie in de wet verankerd. Binnen de lopende besprekingen ligt een voorstel op tafel om onder bepaalde voorwaarden de parenterale toediening van geneesmiddelen in het kader van de antitumorale behandeling in de leefomgeving van de patiënt mogelijk te maken.

Ik had gehoopt dat het overleg al sneller tot een akkoord had kunnen komen, maar het gaat om een vernieuwend en transversaal project waarbij veel actoren betrokken zijn en het budgettaire plaatje ook niet simpel is. De ambitie is om dit te realiseren tegen het einde van dit jaar.

U vraagt of een multidisciplinaire aanpak inzake het protocol voor deze aandoening is uitgeschreven. Het

KCE-rapport 268 uit 2016 leverde duidelijke richtlijnen af voor de diagnose, behandeling en opvolging van patiënten met ovariumkanker, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. Dit rapport legt zeker de nadruk op de multidisciplinaire aanpak en de *patient centered care*. Het opvolgen van deze richtlijnen wordt niet afgedwongen, maar wel aangeraden. Ook zijn voor alle kankerpatiënten, en niet alleen voor ovariumkankerpatiënten, een of meerdere MOC's voorzien en terugbetaald.

Deze MOC's of multidisciplinaire oncologische consulten zijn al 20 jaar ingeburgerd in onze ziekenhuizen en hebben het overleg tussen zorgverleners gestimuleerd en de kwaliteit van de zorg verbeterd. Dit is geen eigen lof. Dit dateert immers uit mijn vorige periode op Sociale Zaken, maar ik meen dat het toch een goede hervorming was.

Ik kom nu tot de vragen over de verschillen in de outcome, de overlevingskansen en genezing bij verschillende instellingen of artsenteams. Mijn administratie bestudeert het KCE-rapport, dat pas op 29 juni werd afgeleverd. Het rapport stelt vast dat het aantal patiënten met ovariumkanker dat een ziekenhuis op jaarbasis behandelt, een significante invloed heeft op de kwaliteit van de zorg en de overleving van de patiënt. Alle ziekenhuizen die ovariumpatiënten hebben behandeld tussen 2014 en 2018 krijgen van het Belgisch Kankerregister, dat de data centraliseert en analyseert, een persoonlijk feedbackrapport. Dat laat benchmarking en zelfevaluatie toe. Het is niet mijn bedoeling om de data van individuele ziekenhuizen publiek te maken.

U vraagt of ik stappen zal ondernemen om ongepaste of ondoordachte operaties te vermijden. Het KCE-rapport beveelt aan om de chirurgie preferentieel uit te voeren in enkele referentie- en expertisecentra, omdat het chirurgisch verwijderen van de tumor en de lymfeklieren zeer nauwgezet en met expertise moet gebeuren. Dit zal worden opgenomen in het voorstel tot zorgconcentratie.

Ten slotte was er de vraag in hoeverre het registratiemechanisme up-to-date is. Alle ziekenhuizen beschikken over datamanagers, door de overheid opgeleid en gefinancierd, die een aantal gegevens rond de tumorbiologie, het stadium van de tumor, de behandeling enzovoort doorgeven aan het Kankerregister. Het KCE stelt in zijn rapport voor deze dataregistratie voor ovariumtumoren uit te breiden. Mijn diensten bekijken de aanbevelingen van het KCE-rapport en overleggen met de experts, de ziekenhuizen en het Kankerregister.

**15.04 Kathleen Depoorter (N-VA):** Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister. Ik heb helaas niet alles gehoord, want ik was zaken aan het opzoeken, maar ik zal uw antwoord herbeluisteren.

**15.05 Frieda Gijbels (N-VA):** Ik heb er alle begrip voor dat er nog geen volledig plan is uitgekomen. Het is dan ook nog een recent rapport.

Het is echter wel een rapport dat de nodige belangstelling verdient. Als de zorgconcentratie zo'n grote invloed heeft op de overlevingscijfers, dan zijn dat zaken die van belang zijn voor individuele levens. Er moet dan aan gewerkt worden.

We evolueren ook naar een samenleving waarin het meten van zorgkwaliteit belangrijk is, niet alleen voor benchmarking, want daarover verschil ik wel van mening met u, maar ook om zulke cijfers openbaar te maken, vooral als de data die de zorgkwaliteit meten de situatie op een eerlijke en doordachte manier voorstellen. Men moet ook rekening houden met de moeilijkheidsgraad van pathologieën die in een bepaald ziekenhuis terechtkomen. We moeten dus een transparant beeld ophangen voor patiënten, zodat zij op een goede manier een keuze kunnen maken voor een bepaald ziekenhuis. Dat kan de kwaliteit van de zorg alleen maar bevorderen.

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

**16 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaststellingen en aanbevelingen van het KCE voor de behandeling van covid" (55028973C)**

**16 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les constats et recommandations du KCE en ce qui concerne le traitement du covid" (55028973C)**

**16.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, intussen heeft het KCE het rapport gepubliceerd



over zijn screening van de verschillende therapieën voor covid en long covid. Een aantal ervan krijgt een minder goede beoordeling.

Hoe worden die resultaten gecommuniceerd naar de zorgverstrekkers? Krijgen zij een schrijven? Moeten ze het zelf opzoeken? De onderzochte middelen worden immers vandaag, wellicht met de beste bedoelingen, nog altijd voorgeschreven.

**16.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Het antwoord op dat soort vragen zou ik liever schriftelijk geven, want er moeten ingewikkelde dingen aangehaald worden. Ik zal snel enkele zaken vermelden en dan bezorg ik u de tekst.

De adviezen voor aankoop, distributie en gebruik van COVID-19-geneesmiddelen worden geformuleerd door de taskforce Covid Therapeutics. U vindt die terug op de website van de taskforce. De guidance voor de huisartsen onder leiding van het KCE en voor de ziekenhuisspecialisten onder leiding van de infectiologen wordt regelmatig up-to-date gehouden. Die vindt u terug op de websites van onder andere de taskforce, de Belgische Vereniging voor Infectieziekten en Sciensano.

De taskforce monitort regelmatig het gebruik van de geneesmiddelen en de nood aan bijbestellingen. Zo nodig maakt die een bijkomend advies.

De adviezen en guidances voor huisartsen en ziekenhuisspecialisten vermelden per geneesmiddel of voedingssupplement de stand van zaken rond het klinisch bewijs en de daarop gebaseerde aanbeveling. Die kan negatief of veeleer negatief zijn, en dat wordt dan ook zo vermeld. Zo is er voor meerdere geneesmiddelen een advies om ze niet te gebruiken. Ik verwijs naar de website, waarvan ik u de lijst zal overhandigen. Soms is er een afwezigheid van bewijs en valt men terug op algemene adviezen, bijvoorbeeld rond supplementen en de inname van vitamine D, bijvoorbeeld in de *Folia Pharmacotherapeutica* voor vitamines.

De communicatie met de artsen gebeurt via het BCFI, de website van Folia en specifiek voor de huisartsen via de huisartsenverenigingen, de website van Domus Medica en een newsletter.

Mijnheer de voorzitter, ik stel voor dat u die websites in het verslag laat opnemen. Het is zinloos om dit allemaal voor te lezen.

De **voorzitter**: We zullen nagaan of dat praktisch mogelijk is.

**16.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het probleem is dat patiënten nog steeds medicijnen en voedingssupplementen komen halen, al dan niet op voorschrift, vaak na mond-tot-mondreclame, terwijl er geen bewijs is van hun nut. Vitamine D op zich kan geen kwaad, maar men mag er ook niet te veel van nemen. Het is belangrijk dat aan alle zorgverstrekkers duidelijk wordt gecommuniceerd waarom het een of het ander middel minder aangewezen is en waar men echt moet uitkijken.

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

De **voorzitter**: De vragen nrs. 55028984C en 55028986C van de heer Prévot worden uitgesteld, evenals de samengevoegde vragen nrs. 55028988C en 55029049C van mevrouw Rohonyi.

**17** **Samengevoegde vragen van**

- **Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van de FRGGZB over de klinisch seksuologen" (55029011C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de klinisch seksuologen en de problematiek rond kanker en seksualiteit" (55029126C)**
- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de klinisch seksuologen" (55029537C)**

**17** **Questions jointes de**

- **Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du CFPSSM concernant les sexologues cliniciens" (55029011C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La**

**reconnaissance des sexologues cliniciens et la question du cancer et de la sexualité" (55029126C)**  
**- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des sexologues cliniciens" (55029537C)**

**17.01** **Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de minister, ik kom graag terug op dit onderwerp, dat een lange historiek kent. We hebben de seksuologen indertijd helaas niet kunnen meenemen in het voorstel rond erkenning van klinisch psychologen en orthopedagogen, aangezien het onderwijsveld op dat vlak toen nog erg verdeeld was. In tussentijd zijn er een aantal jaar verstreken. Covid heeft deze problematiek nog versterkt.

We hebben aangevoeld dat het verantwoord is om seksuologen te erkennen aangezien ze een meerwaarde voor de gezondheid van patiënten kunnen betekenen. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad is een aantal jaar oud, maar vormt nog steeds een goede basis. U hebt gezegd dat u daarop verder wilde bouwen. U ging dat ook aan de Federale Raad GGZ voorleggen. De GGZ is met een naar mijn mening ontgoochelende visietekst gekomen. Er zijn echter een aantal punten die in lijn liggen met het advies van de Hoge Gezondheidsraad, waarin men stelt dat de gespecialiseerde zorg nodig is en dat er een autonoom beroep moet komen dat gespecialiseerd is in seksuele zorg. Men spreekt zich ook uit over een aantal studiepunten en stelt dat er ook een aantal ondersteunde beroepen kunnen zijn. Vanmorgen hebben we deze discussie met collega Van Hoof gevoerd. Men zegt ook dat er overgangsmatregelen nodig zullen zijn, want er is heel wat expertise op het terrein. Die moet er ook voor professionelen zijn en zeker in functie van de kwaliteitswet, die hier vorige week werd behandeld. U zei toen dat er ruimte was om bijkomende zorgberoepen toe te laten. Daar moet op vlak van kwaliteit het een en het ander kunnen worden vastgelegd.

U hebt steeds gewacht om verder te bouwen op het advies of de visietekst van de Federale Raad. Hoe gaan we hiermee verder? Welk initiatief zult u nemen? U weet dat hier een aantal voorstellen liggen op basis van het advies van de Hoge Gezondheidsraad van een aantal jaar geleden om hen te erkennen, ook in de WUG-wet. Hoe gaat u verder met de werkzaamheden?

**17.02** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik verwijs naar de schriftelijk ingediende versie van mijn vraag.

*In opvolging van het dossier rond de erkenning van klinisch seksuologen als geestelijk gezondheidszorgberoep had de Federale Raad voor de Geestelijke Gezondheidszorg-beroepen (FRGGZB) op 18 mei haar visietekst gepubliceerd. De krachtlijnen van deze visietekst stelt onder meer dat klinisch seksuologen over gevorderdere competenties moeten beschikken – deze kunnen behaald worden via een specialisatie-opleiding in de seksuele zorg van dewelke wordt ingericht door een universiteit of hogeschool.*

*Voor zij die de titel "gespecialiseerde beroepstitel van seksuoloog" of "seksuologisch consulent" willen verwerven moeten zich voor een aanvraag tot autorisatie wenden tot de FOD Volksgezondheid om deze titel(s) effectief te mogen gebruiken. Belangrijk is ook dat de minister een wettelijke regeling van de seksuele zorg moet maken waarbij overgangsmatregelen van kracht moeten zijn voor de professionelen die bij het inwerking treden van de wet op de seksuele zorg deze vorm van gespecialiseerde zorg reeds uitoefenen.*

*Tegen deze achtergrond stelde de stichting Kom op tegen Kanker op 9 juni een onderzoeksrapport voor waarin de problematiek rond kanker en seksualiteit centraal staat. Daaruit blijkt dat bij (ex-)kankerpatiënten en hun partners de communicatie en zorg rond seksualiteit tijdens of na kanker ondermaats is. Er kan dus bij de erkenning van klinisch seksuologen aanbevolen worden om het thema van seksuele gezondheid in de opleiding en training van zorgverleners direct te integreren. Het wordt deze problematiek bespreekbaar en een vast onderdeel van elke basisopleiding voor zorgverleners. Ook wordt gevraagd dat in de voortgezette (specialisatie)opleidingen meer specifieke vakkennis over seksuele gezondheid wordt gedoceerd naast de communicatieve vaardigheden.*

1. Welk belang hecht u aan de neergelegde visietekst?

2. Welke besluiten en/of gevolgen kent u hier aan toe?

3. Wanneer wordt het officiële advies verwacht?

a. Welke timing ziet u voor de goedkeuring (?) en

b. De inwerkingtreding van deze erkenning van klinisch seksuologen?

4. Heeft de minister kennis genomen van de vraag tot nazorgconsultatie uit aanbevelingen van het rapport van de stichting Kom op tegen Kanker?

a. Hoe staat de minister tegenover deze aanbeveling?

b. Kan deze geïntegreerd worden in de opmaak voor de erkenning van klinisch seksuologen?

c. Binnen welk tijds kader zou dit mogelijk zijn?

**17.03 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, le cadre a été rappelé par ma collègue Mme Muylle.

L'avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) de décembre 2016 était extrêmement clair. Vous répétez régulièrement que vous devez prendre comme base les recommandations scientifiques. Je relis: "La fonction de sexologue clinicien doit donc être légalement encadrée afin de permettre à chacun de trouver une offre de soins de qualité en santé sexuelle. Il faut une reconnaissance du sexologue clinicien comme profession de santé autonome dans les soins de santé, ainsi que la constitution d'une structure de contrôle pour la création et le suivi d'un code déontologique." C'est ce que dit, dans la conclusion et dans sa recommandation, le CSS en 2016. Il apporte évidemment un complément par rapport aux personnes qui exercent et qui ont déjà pratiqué la sexologie jusqu'à ce jour.

Le dossier était particulièrement étayé, non seulement avec un *benchmarking* au niveau européen, mais aussi avec un rappel des formations existantes y compris des masters en sexologie, tels qu'ils existent dans nos universités.

J'ai pu prendre connaissance d'un avis du groupe de travail au sein du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, qui a été finalisé et vous a été rendu, me dit-on, fin juin. Il considère la sexologie comme une spécialisation et non comme une profession autonome.

Par ailleurs, il est assez interpellant de constater que l'avis du Conseil Supérieur de la Santé n'a pas été pris comme base pour établir cet avis. Pourquoi cela n'a-t-il pas été le cas? Allez-vous, pour votre part, vous baser sur l'avis du CSS?

Il me revient également que la Société des Sexologues Universitaires de Belgique (SSUB) et que la Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS) n'ont pas été associées à ce groupe de travail. Pourquoi ne l'ont-elles pas été? Comptez-vous les consulter ou leur demander un avis? Quelle est la suite de la procédure? Il s'agit quand même d'un enjeu important, la santé sexuelle faisant partie intégrante de la santé.

**17.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb kennis genomen van de voorlopige visietekst vanuit de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen over seksuologische zorg. Op deze visietekst zijn veel reacties binnengelopen vanuit het werkveld. Die worden nu verzameld en behandeld door de Federale Raad, waarna die mij zijn definitieve advies zal geven. Ik verkies het definitieve advies met de verwerking van deze reacties af te wachten en goed te analyseren vooraleer ik mij ten gronde uitspreek en een beslissing neem. Ik verwacht het definitieve advies in de loop van de komende weken.

Madame Fonck, s'agissant de votre question sur la participation de la Société des sexologues universitaires de Belgique et la Vlaamse Vereniging voor Seksuologie à l'élaboration du texte de vision, je peux vous informer qu'une invitation a été envoyée aux associations professionnelles, dont la Société des sexologues universitaires de Belgique et la Vlaamse Vereniging voor Seksuologie, ainsi qu'à des représentants ou responsables de formation et à certains experts de terrain. L'avis du Conseil supérieur de la Santé a été pris en compte mais le Conseil fédéral a voulu explorer une piste de réflexion qu'il trouvait plus pertinente pour la sexologie clinique.

Tot slot, mevrouw Depoorter, de aanbeveling van Kom op tegen Kanker voor nazorgconsultaties betreft het invoeren van een generiek nazorgconsult waarop neveneffecten en problemen worden bevraagd en besproken, onder andere op het vlak van seksualiteit en intimiteit, waar een ex-kankerpatiënt na de behandeling nog mee kan zitten. Het gaat dus niet over een nazorgconsultatie bij een seksuoloog, maar wel bij een arts of een andere zorgverstrekker die instond voor de behandeling. In de algemene nazorgconsultatie moet volgens de aanbeveling van Kom op tegen Kanker ook worden gepeild naar eventuele problemen op het vlak van seksualiteit en intimiteit. Een dergelijke nazorgconsultatie kan worden beschouwd als een gewone raadpleging en kan dus ook op die manier worden vergoed. De vraag of die kan worden geïntegreerd in de erkenning van klinisch seksuologen is in zekere zin niet van toepassing.

Er was een interessante vraag van mevrouw Sneppe over het zorgtraject oncologie, waarin zij het ook had over het nazorgconsult. Ik heb uitgelegd dat wij in de oncologie niet alleen en specifiek zouden inzetten op een nazorgconsult, maar dat aspecten daarvan moeten terugkomen in het zorgtraject oncologie dat we willen uitwerken. Dat is uiteraard geen antwoord op wat hier voorligt over de klinisch seksuologen, maar ik wil hiermee aangeven dat wij het aspect van intimiteit, seksualiteit en psychologische ondersteuning

absoluut niet uit het oog willen verliezen, los van de eventuele erkenning van de klinisch seksuoloog. Ik ben dus nog een beetje afwachtend met reacties op dit moment.

**17.05 Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Zeker wat dat laatste betreft hebt u gelijk, de nazorg is inderdaad een belangrijke component die zeker niet mag worden onderschat. Het is natuurlijk veel meer dan dat. Het is hulpverlening, ook binnen de geestelijke gezondheidszorg, die niet te onderschatten is en die we ernstig moeten nemen. Dat bleek ook heel duidelijk uit het advies van de Hoge Raad. Het gaat over een heel specifieke hulpverlening voor heel kwetsbare patiënten die dit op een kwaliteitsvolle manier onder woorden moeten kunnen brengen en geholpen moeten kunnen worden.

We hebben het hier al heel lang over. Ik heb er begrip voor dat u dat allemaal nog eens goed wilt nalezen, dus we zullen daar zeker op terugkomen. Ik hoop echt dat we in het najaar stappen kunnen zetten, want de kwetsbaarheid van heel veel patiënten is heel groot en verdient een stevig en kwaliteitsvol kader.

**17.06 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, deze discussie loopt al sedert uw eerste beleidsverklaring. Toen zei u dat u de visietekst wilde afwachten. Er is nu een voorlopige visietekst en u gaat er nu nog eens over nadenken. Ik denk dat mevrouw Muylle gelijk heeft als ze zegt dat de tijd dringt. Het gaat erom dat patiënten de correcte persoon voor zich krijgen wanneer ze zich tot een zorgverstrekker richten. We horen immers al te vaak dat mensen zich richten tot een soort therapeut die niet de opleiding heeft genoten die echt noodzakelijk is. Bij klinische seksuologie gaat het niet over ervaringsdeskundigen, maar over wetenschap. Onze patiënten moeten de garantie van wetenschap kunnen krijgen.

Ik had ook een vraag over de opvolging van kankerpatiënten. U zegt terecht dat het een ander vakje is. Als er tijdens het opvolgingsgesprek bij de huisarts of de oncoloog echter problemen worden vastgesteld, moeten ze naar een deskundige ter zake, namelijk naar een erkende seksuoloog, kunnen worden doorverwezen.

**17.07 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, il y a un point de votre réponse que je n'ai pas compris. Une invitation a été lancée à la Société des Sexologues Universitaires de Belgique et à la Vlaamse Vereniging voor Seksuologie. Est-ce une invitation pour participer à cet avis? Je ne dispose pas tout à fait de la même information. Je souhaiterais qu'elles puissent être au minimum associées aux travaux. Ce point me paraît un peu nébuleux.

Je me permets de faire une suggestion pour la suite. On a un avis du Conseil Supérieur de la Santé qui est *clear-cut*. Il ne laisse pas du tout d'ambiguïté quant à l'importance de reconnaître la sexologie, évidemment avec des critères, comme une profession autonome et par rapport à une formation. Il me semble que cela n'empêche pas qu'on puisse prendre également en considération le fait qu'un médecin ou un psychologue puisse par ailleurs acquérir une spécialisation complémentaire et exercer alors aussi comme sexologue. Je n'ai pas l'impression que les deux soient antinomiques, contradictoires. On pourrait très bien avoir une double approche. Un médecin ou un psychologue qui ferait une formation complémentaire ne peut être exclu en lui disant qu'ils ne peut pas exercer avec une approche en matière de sexologie, à condition bien sûr d'avoir été formé. Ne pas reconnaître la sexologie et ceux qui sont formés pour en faire une profession autonome, c'est vraiment problématique et ce serait une perte pour les patients.

Monsieur le ministre, je vous donne donc rendez-vous en septembre. J'imagine que d'ici-là, vous aurez eu l'occasion de lire l'avis et qu'on pourra – j'ose l'espérer – avancer pour le bien des patients.

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

Le **président**: Mme Nathalie Gilson étant absente, sa question n° 55029040C devient sans objet.

Vraag nr. 55029080C van de heer Robby De Caluwé is uitgesteld.

Les questions jointes n° 55029120C de Mme Sofie Merckx et n° 55029276C de M. Hervé Rigot sont reportées. La question n° 55029121C de Mme Laurence Zanchetta est transformée en question écrite.

**18** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onderzoek naar de gevolgen van medicinale cannabis" (55029123C)**

**18** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude sur les effets du cannabis médical" (55029123C)**

**18.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Op 18 maart 2022 werd in *Jama Network Open* het onderzoek van Gilman *et al.* gepubliceerd. Daarin werden de effecten van cannabis onderzocht. Volgens het rapport gaven patiënten aan dat er een verbetering was op het vlak van slapeloosheid, maar op het vlak van pijnbestrijding, het verminderen van angst en het bestrijden van symptomen van depressie was er geen significante verbetering waarneembaar. Nochtans wordt het tegengaan van pijn als een van de belangrijkste speerpunten gezien bij het medische gebruik van cannabis.

De onderzoekers stelden wel vast dat patiënten door het gebruik van deze stof vaker en intenser te maken kregen met *cannabis use disorder* (CUD), een vorm van verslaving waarbij gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen en toegenomen angst als enkele van de frappantste gevolgen worden omschreven.

Wat is de laatste stand van het cannabisbureau?

Welke waarde hecht u aan de resultaten van dit onderzoek? Welke besluiten trekt u eruit?

In welke mate komen de resultaten van het onderzoek overeen met de bevindingen van Belgische patiënten en de adviezen en studies die in ons land zijn verricht?

Wordt er op dit moment bij de behandeling met medicinale cannabis in ons land rekening gehouden met de verhoogde kans op afhankelijkheid? Hoe wordt dit gemonitord?

**18.02** **Minister Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, de wenselijkheid, de scope en een eventueel gefaseerde opstart van het cannabisbureau worden momenteel nog verder overlegd met de betrokken administratie.

Het artikel waarnaar u verwijst is interessant, maar moet uiteraard geplaatst worden in het geheel van wetenschappelijke publicaties hierover. In de voorbije jaren zijn enkele meta-analyses gepubliceerd. Hoewel de resultaten niet eenduidig zijn, wordt algemeen toch aangenomen dat cannabisderivaten een effect hebben bij de behandeling van spastische symptomen ten gevolge van multiple sclerose en bij de behandeling van chronische pijn. Alhoewel het bewijs minder sterk is, zou er ook een positief effect zijn bij de behandeling van misselijkheid en braken bij chemotherapie en bij slaapstoornissen. Literatuur waarschuwt wel dat steeds bekeken moet worden wat de balans is tussen de positieve effecten en de mogelijke risico's. De meta-analyses zien, net zoals het artikel waarnaar u verwijst, over het algemeen geen plaats voor cannabisderivaten bij de behandeling van angst of depressie.

Op basis van de literatuur en eerder advies kan ik besluiten dat medicinale cannabis misschien een plaats kan hebben in de behandeling van specifieke indicaties. Als dat het geval is, dan zal het belangrijk zijn om de indicaties en de specifieke patiëntenpopulaties waarvoor de baten-risicobalans positief is, zeer goed af te lijnen.

De recente publicaties zijn over het algemeen in lijn met de aanbevelingen uit 2014 van een werkgroep medicinale cannabis, die werkt in opdracht van de Geneesmiddelencommissie van het FAGG. Die werkgroep kwam tot de conclusie dat medicinale cannabis een plaats kan hebben in de behandeling van chronische en kankerpijn, nausea en braken bij chemotherapie en de behandeling van bepaalde symptomen van multiple sclerose. De werkgroep gaf daarbij aan dat medicinale cannabis niet gezien werd als eerstekeuzegeneesmiddel bij die indicaties, maar eerder als een tweede- of derdelijnsmedicatie of adjuvante behandeling die gebruikt wordt indien een vergund geneesmiddel dat in eerste lijn wordt gebruikt, voldoende doeltreffend is.

De aflevering van magistrale bereidingen op basis van producten die tetrahydrocannabinolen bevatten, is verboden volgens het KB van 11 juli 2015. Geneesmiddelen die cannabisderivaten bevatten en een vergunning voor het in de handel brengen hebben, kunnen wel worden afgeleverd.

Momenteel is er één geneesmiddel op de Belgische markt op basis van een cannabisderivaat, namelijk

Sativex, dat vergund is voor de verlichting van symptomen bij volwassen patiënten met spasticiteit vanwege multiple sclerose. Op basis van klinisch onderzoek blijkt afhankelijkheid van Sativex onwaarschijnlijk. Dat wordt nader opgevolgd in het systeem van de geneesmiddelenbewaking.

Een ander geneesmiddel op basis van cannabidiol met de naam Epidiolex heeft een Europese vergunning voor het in de handel brengen en is vergund voor de behandeling van een bepaalde vorm van epilepsie en een specifieke genetische aandoening. Het geneesmiddel is niet gecommercialiseerd in België.

**18.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de oprichting van dat cannabisbureau was gepland. Ik heb u daar al verschillende vragen over gesteld. Ik ben niet zo'n grote fan van het gebruik van cannabis. Dergelijke rapporten moeten echt wel de waakzaamheid aangeven en u antwoordt toch ook wel in die zin. Wanneer men echt vorm zal geven aan dat cannabisbureau moeten alle studies in overweging worden genomen, alle bijwerkingen die er toch ook geformuleerd worden, maar vooral het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor het gebruik van een of ander product in eerste lijn. U geeft aan dat het als tweede, derde of vierde keuze gebruikt zou kunnen worden. Er is een zeer interessant rapport van de VN over het gebruik van cannabis. Ik raad u aan dat ook eens door te nemen. Naar psychogene effecten is het wel interessant.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

*La réunion publique de commission est levée à 18 h 44.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.44 uur.*