

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 10 JANVIER 2023

DINSDAG 10 JANUARI 2023

Matin

Voormiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 11 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.11 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

01 Actualiteitsdebat over de maatregelen na het loslaten van het zerocovidbeleid in China en toegevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het loslaten van het zerocovidbeleid in China" (55032813C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maatregelen na het loslaten van het zerocovidbeleid in China" (55032816C)

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De COVID-19-opflakking in China" (55032841C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronamaatregelen voor reizigers vanuit China" (55032852C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Belgische covidstrategie ten aanzien van reizigers uit China" (55032854C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afvalwaterscreening op SARS-CoV-2 voor vluchten uit China" (55032817C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronamaatregelen ten aanzien van reizigers uit China" (55032912C)

01 Débat d'actualité sur les mesures après l'abandon de la politique du zéro-COVID en Chine et questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'abandon de la politique "zéro covid" en Chine" (55032813C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures prévues à la suite de l'abandon de la politique "zéro covid" en Chine" (55032816C)

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La recrudescence du Covid-19 en Chine" (55032841C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures de lutte contre le coronavirus pour les voyageurs en provenance de Chine" (55032852C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie belge en matière de Covid-19 à l'égard des voyageurs en provenance de Chine" (55032854C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'analyse des eaux usées à la recherche du SARS-CoV-2 pour les vols en provenance de Chine" (55032817C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures anticovid à l'égard des personnes venant de Chine" (55032912C)

De **voorzitter**: Mevrouw Merckx is verontschuldigd, zij komt wat later.

01.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, in de eerste plaats wil ik iedereen een heel gelukkig en zeer gezond 2023 wensen, zowel de collega's, de minister en de mensen van het secretariaat als iedereen achter de schermen. Ik hoop dat wij een productief 2023 zullen hebben.

Mijnheer de minister, ondertussen is er al wat meer bekend over de maatregelen genomen na het loslaten van het zerocovidbeleid in China, vooral in verband met het opheffen van de reisbeperkingen. Over een aantal zaken wil ik echter toch nog wat meer duidelijkheid.

Mijn eerste vraag gaat over de houding van de Wereldgezondheidsorganisatie ten aanzien van de rapportage door China. Wij lazten in de media dat er eigenlijk heel weinig bekend is over de huidige situatie in China: het aantal besmettingen, het aantal opnames, het aantal overlijdens en vooral ook over welke varianten er circuleren. Hebben wij een standpunt ingenomen met betrekking tot de houding van China ten aanzien van de Wereldgezondheidsorganisatie? Dat zou immers een organisatie moeten zijn die waakt over de globale gezondheid.

Welke houding hebben wij aangenomen in de Europese Commissie met betrekking tot een gecoördineerde aanpak? Kunt u daarover iets meer vertellen?

De afvalwaterscreening kwam vrij prominent in het nieuws. Die zou gebeuren bij vluchten afkomstig uit China. Er zou gekeken worden naar het afvalwater dat werd verzameld op de vliegtuigen. Het is voor mij niet helemaal helder waarom dat alleen geldt voor rechtstreekse vluchten uit China. Wordt er ook informatie uitgewisseld met andere landen? Doen zij dezelfde onderzoeken? Wordt de informatie die daaruit naar voren komt gedeeld?

Ik heb ook een vraag over de luchthavens zelf. Zal ook hun afvalwater worden geanalyseerd? Ik hoorde dat dit wel gebeurt in Nederland, waar het RIVM het afvalwater van de luchthavens controleert. Dat is een interessante piste. Op die manier focust men immers niet alleen op China, maar ook op andere landen, waar eventueel ook weer varianten kunnen ontstaan. Zo kunnen wij indien nodig gepaste maatregelen nemen.

Wordt er met andere landen en luchthavens op dat vlak informatie uitgewisseld? Op welke manier wordt die uitwisseling opgezet?

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ook ik wens iedereen een gezond en gelukkig 2023. Dat wij elkaar in deze commissie een goede gezondheid wensen, lijkt mij meer dan evident. Het cliché is in dezen zeker voor iedereen geldig.

Collega's, ook ik heb nog vragen over de uitbraak van de covidpandemie in China en de bezorgdheden daarover. Wij hebben via de pers al heel wat vernomen, maar die bezorgdheid leeft ook bij de bevolking. Ik heb de voorbije twee weken opnieuw mijn apothekersjas aangetrokken, heel veel met patiënten gesproken en hun bezorgdheid gecapteerd.

Mijnheer de minister, hoe komt het dat er na de oproep tot het vragen van een negatieve test voor reizigers uit China niet meteen is ingegrepen? U hebt aangegeven te willen wachten op de Europese partners. In de pers verantwoordt u dat telkens met het argument dat het geen zin heeft als België alleen maatregelen treft.

Ik ben het daar niet helemaal mee eens, met name omdat het heel belangrijk is om varianten op te sporen. U wil dat nu wel doen, maar ik zou graag van u willen horen wat uw motivering is om die stelling in te nemen: waarom vindt u dat het geen zin heeft dat België zelf maatregelen treft, reizigers test of een negatieve test vraagt?

Inmiddels vraag u wel een negatieve test, maar niet voor niet-rechtstreekse vluchten. Wat is de motivering die daarachter schuilt?

Zal u steekproefsgewijs snelle antigeentesten afnemen voor sequencing, ook voor reizigers die bijvoorbeeld uit de Verenigde Staten komen, waar er eveneens sprake is van nieuwe varianten?

Mijnheer de minister, ik heb nog een laatste vraag, die niet in mijn schriftelijke voorbereiding stond. Er wordt mij regelmatig gevraagd of Paxlovid naar China mag worden opgestuurd. Is er een tekort aan Paxlovid in China? Bij mijn weten lukt het Belgische patiënten niet om hun artsen te omzeilen en Paxlovid naar familie in China te sturen, maar toch wordt het geprobeerd. Hebt u daar weet van? Zijn er eventueel plannen om Paxlovid vanuit ons land of vanuit Europa op te sturen naar China? Wat zit daar eigenlijk achter?

01.03 Dominiek Sneppe (VB): Vooraf wens ik iedereen een gelukkig en gezond 2023. Een goede gezondheid is het belangrijkste wat we mekaar kunnen toewensen.

Mijnheer de minister, drie jaar na de eerste berichten over een gevaarlijk virus in China worden we vandaag weer geconfronteerd met een enorme coronagolf in China. Net als toen is de regering ervan overtuigd dat de data die wereldkundig gemaakt worden vanuit China, transparant en juist zijn. Nochtans zou men uit het

verleden moeten hebben geleerd dat vanuit het communistische China zelden juiste of transparante informatie komt. Na drie jaar pandemie is het ook nog steeds niet duidelijk welke maatregelen er genomen moeten worden bij een ernstige coronagolf in een derde land.

Zullen er naast afvalwaterscreening nog andere maatregelen genomen worden om mogelijk besmette mensen uit China op te sporen in België?

Wat gebeurt er met besmette personen uit China die ons grondgebied bereiken?

Zal België zijn grenzen uiteindelijk sluiten voor niet-Belgen uit China?

Wat is het resultaat van de afvalwaterscreening? Werden nieuwe varianten ontdekt? Zijn de resultaten in overeenstemming met de transparante en gezegde eerlijke berichtgeving uit China?

01.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, je voudrais d'abord revenir sur la position que vous avez adoptée pour la Belgique. Le moins que l'on puisse dire, c'est que ces trois dernières semaines, la position belge a fort changé, chaque semaine.

Je voudrais vous faire clarifier la position que vous avez tenue officiellement lors des deux dernières réunions des ministres de la Santé des 27 États membres de l'Union européenne. Vous aviez clairement une position en très grand retrait dans un premier temps. D'ailleurs, à ma connaissance, rien n'a été réalisé en ce qui concerne le premier avion en provenance de Chine, qui est arrivé dimanche 1^{er} janvier à Bruxelles; alors que les autres États membres avaient, eux, mis en œuvre - je pense à juste titre - des tests et des mesures d'attention stricte.

Depuis lors, votre position a évolué. Il se pose maintenant la question de la stratégie qui est choisie par la Belgique. Faut-il faire quelque chose? Il est vrai que le virus circule à l'échelle mondiale. Il circule en Europe. Il circule en Belgique. Mais il y a une particularité au niveau de la Chine. La situation épidémiologique actuelle en Chine est que les variants qui y circulent sont *a priori* connus. Mais l'absence de données certifiées et claires, et le flou qui persiste sur les données chinoises, est un premier problème.

Le deuxième problème, c'est manifestement le taux très élevé de positivité pour les personnes qui viennent de Chine. Il est question de 40 à 50 % de positivité pour les passagers des avions en provenance directe de Chine. C'est énorme!

Cela justifie que des mesures soient prises, puisque plus les variants ou sous-variants sont détectés tôt, plus la stratégie peut être adaptée pour ajuster la politique sanitaire belge et européenne.

Si on décide de faire quelque chose - de nouveau, je pense qu'il le faut -, cela doit être par des mesures faisables et "rentables" pour détecter le plus tôt possible d'éventuels variants. C'est pour cette raison que je ne comprends pas pourquoi il n'y a pas de tests systématiques, et donc des séquençages, réalisés sur toutes les personnes venant directement de Chine, vu le taux élevé de positivité.

Vous avez fait le choix des analyses d'urine. Cela n'a pas été validé scientifiquement pour un suivi sanitaire de personnes en provenance directe d'une région où le virus circule massivement. Jusqu'à aujourd'hui, les analyses d'urine ont été validées en période d'accalmie, pour pouvoir mettre en évidence une éventuelle soudaine explosion, un rebond épidémique.

Monsieur le ministre, qu'en est-il de votre choix de stratégie?

Enfin, le dernier volet est celui de la coordination européenne pour les arrivées de personnes par voie indirecte. Quel est le suivi des voyageurs pour les personnes qui ont atterri en Belgique et dans les pays voisins? Quelle procédure d'information et quelle procédure de suivi et d'isolement sont-elles prévues pour les cas positifs détectés? Je vous remercie.

01.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, à l'instar de mes collègues, je me dois tout d'abord de vous adresser mes meilleurs vœux pour cette nouvelle année, mais aussi de revenir sur les conséquences de la décision qui a été prise par le gouvernement chinois d'opérer un relâchement drastique dans ses mesures anticovid. Faut-il rappeler que ce relâchement a été opéré du jour au lendemain, sans tenir compte de la situation épidémiologique qui, en Chine, est tout sauf sous contrôle? Les hôpitaux sont

littéralement submergés. Les crématoriums sont saturés, les pharmacies sont en rupture de stock de médicaments, et ce, à l'approche du nouvel an chinois. Ce relâchement s'est très vite traduit, on peut le comprendre, par une ruée sur les vols internationaux et donc par l'arrivée de voyageurs provenant de Chine en Europe, en ce compris en Belgique.

Par rapport à cette situation, on attendait de vous, monsieur le ministre, des mesures fortes. Mais ce n'est qu'au terme de très longues semaines de tractations que vous avez adopté des mesures, poussé par les recommandations émises par l'Union européenne mais aussi par les mesures que des pays comme les États-Unis, le Japon, et en Europe, l'Italie, l'Espagne et la France, n'ont pas tardé à prendre. En Belgique, ce n'est que depuis ce dimanche 8 janvier - jusqu'au 31 janvier minimum nous dit-on - que notre pays imposerait un test covid négatif à chaque voyageur avant son vol en provenance de Chine.

Mes questions sont nombreuses parce que la situation l'appelle.

Monsieur le ministre, sur quelles données vous basez-vous pour nous assurer aujourd'hui que l'arrivée de voyageurs venant de Chine n'aurait que peu d'influence sur la situation sanitaire dans notre pays, malgré le taux élevé de positivité qui vient d'être rappelé par ma collègue Catherine Fonck? Pourquoi avoir finalement changé d'avis sur les tests covid à leur égard? Sur quelle base ces tests pourraient-ils être prolongés au-delà du 31 janvier? Pourquoi ne pas avoir été jusqu'à procéder à un nouveau contrôle à l'atterrissage ou à un *testing* aléatoire des voyageurs débarquant d'un vol en provenance de Chine, comme en France? Ces options sont-elles sur la table du Risk Management Group (RMG) qui doit d'ailleurs se prononcer sur d'éventuelles nouvelles mesures?

Quels sont les résultats des premières analyses des eaux usées en termes de contamination mais aussi de variants? Jusque quand ces analyses sont-elles prévues? En cas de résultat positif au covid et en particulier à un nouveau variant, de quelle manière les personnes naviguant à bord de l'avion concerné seront-elles tracées? Quelles consignes doivent-elles suivre en termes de *testing*, d'isolement, etc.? Enfin, ces analyses ne cibleront-elles que les avions ou pourraient-elles être généralisées aux infrastructures aéroportuaires?

De **voorzitter**: Wij zitten in een actualiteitsdebat, leden van fracties die nog geen vraag hebben gesteld, kunnen dat eventueel nu doen of kunnen bij de repliek het woord vragen. Concreet gaat het enkel over mevrouw Pisman. Vraagt u het woord, mevrouw Pisman? (*Nee*)

Dan geef ik het woord aan u, mijnheer de minister, voor uw antwoord.

01.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, om te beginnen wil ik herhalen dat wat in China gebeurt, zeer dramatisch is voor de Chinese bevolking. Als het gaat over de variant van het virus die aan ons is gesignaleerd, meer bepaald BF.7, dan stelt dat voor ons geen bijzonder, nieuw epidemiologisch risico. We moeten de bevolking dus bedanken en geruststellen dat wij dankzij de massale vaccinatiecampagne en een redelijk geslaagde boostercampagne heel veel weerstand hebben opgebouwd tegen de omikronvarianten van het virus die wij kennen. BF.7 is een subvariant van de omikron BA.5-variant en circuleert al geruime tijd in beperkte mate in België. We hebben daar dus weerstand tegen opgebouwd. Dat moeten we ook aan de bevolking melden. Dankzij de solidariteit tijdens de vaccinatiecampagne en de vaccins zijn wij redelijk goed beschermd, wat niet wil zeggen dat we niet voorzichtig moeten blijven.

De waakzaamheid moet vooral draaien rond het mogelijk opduiken van varianten waartegen onze bescherming misschien minder sterk is. Daar gaat het over. Tegelijkertijd is het natuurlijk niet goed dat in België een vol vliegtuig zou landen waarvan de helft van de passagiers besmet is, zelfs met een variant die wij kennen. Dat is natuurlijk niet oké en daar nemen we ook maatregelen tegen.

Ik beklemtoon dat we niet van gedacht zijn veranderd. Vanaf dag een hebben we gezegd dat in dezen Europees moest worden opgetreden. Dat wil ik even onderstrepen. Het probleem met het Europees optreden is dat de lidstaten eerst zelf over hun beleid beslissen en pas daarna met elkaar overleggen. Is dat wat wij willen? Neen, we vinden dat er eerst moet worden overlegd en dat daarna over het beleid moet worden beslist. Dat is ook het pleidooi dat België heeft gehouden. Ik daar zelf ook op het hoogste niveau voor gepleit, in rechtstreekse contacten met de Europese commissaris, mevrouw Kyriakides: eerst overleg, dan beslissen.

Die houding heeft vruchten afgeworpen. Er is op Europees niveau een sterke aanbeveling dat alle reizigers uit China een negatieve test moeten voorleggen. Er is ook een algemene Europese aanbeveling om overall

te doen wat we in België doen, namelijk het afvalwater testen van vliegtuigen die uit China komen en eventueel ook het afvalwater op de luchthavens testen. Er is tevens een algemene Europese aanbeveling om passagiers op vluchten van en naar China aan te raden om een FFP2-masker te dragen.

Dat is nu allemaal Europees afgeklopt, zodat we een kader hebben waarin het eigen beleid zinvol wordt.

Wat we niet moeten doen, is de mensen een vals gevoel van veiligheid geven. Als klein land met veel toegangspoorten moeten we een beleid voeren dat sterk is doordat het Europees wordt gevoerd. Dat is het pleidooi dat we met succes hebben gehouden.

Dat heeft overigens niet voor vertraging gezorgd. We hebben zaterdag een koninklijk besluit gepubliceerd waarin staat dat voor passagiers van een rechtstreekse vlucht vanuit China de toegang tot het vliegtuig in China afhangt van het kunnen voorleggen van een negatief testcertificaat. We hebben daar dus geen tijd mee verloren. Deze ochtend is er voor het eerst een vliegtuig vanuit China geland dat moet voldoen aan de voorwaarden van dat koninklijk besluit. Alle passagiers op dat vliegtuig hadden een negatief testcertificaat.

De federale politie was aanwezig op de luchthaven. We hebben vandaag voor de tweede keer het afvalwater van het vliegtuig verzameld en we hopen een staal te hebben dat, als het virus bevat, voldoende deeltjes bevat om het genoom te kunnen sequencen. Dat was niet het geval met het staal van zaterdag.

Dat is een pilootexperiment in de echte betekenis van het woord. We willen weten of dat lukt en het kan zinvol zijn om dat ook toe te passen op andere landen, mochten we onzeker zijn over wat er daar gebeurt of mocht dat daarbij kunnen helpen.

Ik herinner eraan dat het belangrijkste probleem met China het gevoel is dat we onvoldoende informatie krijgen. Ik wil daar eerst iets over zeggen en dan kom ik terug tot de praktische maatregelen.

We delen alle relevante informatie die wij krijgen met de andere lidstaten van de Europese Unie en de Wereldgezondheidsorganisatie. De genotypes worden internationaal uitgewisseld via het GISAID-platform. Specifieke informatie in verband met het testen van afvalwater van vliegtuigen wordt uitgewisseld via vergaderingen van het ECDC met de nationale *focal points*. Zij kwamen onder meer vorige week dinsdag op 3 januari bijeen. Bij ons is Sciensano het nationale *focal point*.

Wanneer we afvalwater onderzoeken, gaan we onmiddellijk alles wat we daaruit leren delen met andere landen. We verwachten dat ook van andere landen, zoals we in het algemeen verwachten dat er transparante informatie is.

Hier is er inderdaad een zorg met betrekking tot China. Ons land roept, samen met andere Europese lidstaten, de Wereldgezondheidsorganisatie op om er bij China op aan te dringen om de rapportering over incidenties, hospitalisaties, sterfte en varianten opnieuw op te starten en ervoor te zorgen dat de gegevens die worden meegedeeld betrouwbaar zijn en onmiddellijk met de internationale gemeenschap te delen. U kunt dat bij de Wereldgezondheidsorganisatie opvragen, maar ik kan wel zeggen dat de Wereldgezondheidsorganisatie in China aandringt op een correcte rapportering van de resultaten.

Overigens is – dat is het goede nieuws – het aantal recente genoomsequenties dat op GISAID is opgeladen, de laatste tijd sterk gestegen, hoewel het nog beperkt blijft.

We geven dus een zeer duidelijk signaal aan China. Wij delen alle informatie onder elkaar. We hebben een testeis ingevoerd. Dat besluit is nu van toepassing. Alle passagiers die vanmorgen zijn uitgestapt, hadden ook een negatief testcertificaat bij.

We moeten vermijden om bij de bevolking onrust te zaaien over iets waarvoor we geen onrust moeten zaaien. Als we vaststellen dat dit een bekende variant is, dan denk ik dat we doen wat we moeten doen. Als we zouden vaststellen dat er andere varianten opduiken, dan zullen we op basis van de adviezen die we aan de Risk Management Group en aan de Risk Assessment Group vragen, dadelijk bijkomende maatregelen moeten nemen. Ook dat zou ik liefst in een Europees verband willen doen.

Waarom doen we dat alleen voor de rechtstreekse vluchten? Daarvoor zijn er twee argumenten ten gronde. Aangezien veel mensen in China besmet zijn, kan verwacht worden dat, als het niet goed wordt gecontroleerd, nogal wat besmette mensen opstappen. Als die mensen lang samenzitten, dan kunnen daar

heel veel besmettingen verwacht worden. Dat geldt met name voor rechtstreekse vluchten uit China, want daar is het risico van vermenigvuldiging van besmettingen het belangrijkste. Dat geldt minder voor onrechtstreekse vluchten; al zeg ik niet dat het daar niet geldt. Het probleem bij onrechtstreekse vluchten is dat, indien we geen vals gevoel van veiligheid willen geven aan mensen, we echte controles moeten doorvoeren, niet alleen overal in geheel Europa, maar bovendien overal in Europa met een PLF (Passenger Locator Form), want anders weten we eigenlijk niet waar mensen vandaan komen en waar ze naartoe gaan. Over het gebruik van het PLF overal in Europa is er geen akkoord; dat was vroeger overigens evenmin het geval. We zullen dat nu ook niet holderdebolder opnieuw invoeren als we niet er zeker van zijn dat dat zinvol is. De te nemen maatregelen moeten altijd proportioneel zijn.

Wat is onze boodschap aan reizigers van een rechtstreekse vlucht naar hier die zich vrijwillig laten testen – een georganiseerde vrijwillige testing is er vandaag nog niet om praktische redenen – en waarvan het resultaat positief is, ondanks dat men een negatief testcertificaat mee heeft? Dat is dezelfde als aan mensen in België, namelijk dat men zich gedurende zeven dagen moet isoleren en zeer voorzichtig moet zijn.

Als iemand in België een positieve test aflegt en er als informatie aan toevoegt dat hij in de voorbije zeven dagen in China zat, dan hanteren we als algemeen beleid dat het positief resultaat altijd onderzocht moet worden op het genotype. Dat kan met PCR-tests en volgens de huidige stand van de wetenschap ook met een aantal antigeentests. Van geschikte antigeentests van reizigers uit China, ook antigeentests die in apotheken worden afgenomen, zullen we het genoom sequencen. Dat doen we in de eerste plaats met een pilootproject met apotheken in Vlaams-Brabant, die hun stalen zullen bezorgen aan het referentielaboratorium van UZ Leuven.

Wat het afvalwater betreft, zullen we in de allereerste fase het water van de eerste negen vluchten die rechtstreeks uit China komen, onderzoeken. We zullen dan evalueren hoe het loopt. We hebben die maatregel snel ingevoerd, in de initiële fase in samenwerking met Brussels Airport en met het nationaal referentiecentrum van het UZ Leuven. De bedoeling is dat we dat onderzoek in de volgende fase uitbouwen tot een meer duurzame set-up onder het beheer van Sciensano. Sciensano zal proberen een meer globale aanpak van het onderzoek van dat afvalwater op punt te stellen. We denken daarbij aan de mogelijkheid om dat te doen voor meerdere vluchten, of voor al het afvalwater. We bekijken dat.

De klemtoon op China heeft te maken met het feit dat we onzeker zijn over de informatie uit China. Die onzekerheid hebben we bijvoorbeeld niet inzake informatie uit de Verenigde Staten.

Concreet is het belangrijk dat Buitenlandse Zaken niet-essentiële reizen naar China afraadt en zeker wie problemen heeft met immuniteit, waarschuwt dat er daar een epidemie woedt en dat de gezondheidszorg er zeer ernstig onder druk staat. Er zal wie naar daar reist, ook worden aanbevolen om het beste gedurende de hele reis naar China een FFP2-masker te dragen, zoals dat ook aanbevolen wordt aan mensen die uit China komen met een rechtstreekse vlucht.

Mevrouw Depoorter, ik heb niet direct een antwoord op uw vraag over Paxlovid. Ik moet het navragen.

01.07 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt dat de houding van China echt niet kan. Ik vind dat ook niet kunnen. De reactie van de Wereldgezondheidsorganisatie vind ik echter heel teleurstellend, want ik lees dat dokter Kluge eigenlijk sussende taal spreekt. Dat is echt niet gepast. Wij zijn een lidstaat en namens de regering dient u wel op uw strepen te staan wat dat betreft. Ik hoop dat die boodschap duidelijk genoeg wordt doorgegeven en dat er snel beterschap komt. Elke lidstaat van de Wereldgezondheidsorganisatie is verplicht om heel transparant en eerlijk te zijn. Dat is wel het minste, zeker bij een grote uitbraak. Als daar niet snel verbetering in komt, zijn er maatregelen nodig. Ik wil hierover een duidelijke boodschap naar China zien vertrekken.

Wat betreft het overleg in verband met het afvalwater hoor ik dat de nationale *focal points* regelmatig samenkomen en ervaringen en resultaten uitwisselen. Ik hoop dat die openbaar te raadplegen zijn en dat ondertussen de reflex ingeburgerd is om al die rapporten openbaar te maken. Het verschil tussen rechtstreekse en onrechtstreekse vluchten is mij niet helemaal duidelijk. Dat toont nog maar eens aan dat een uitwisseling van alle gegevens tussen alle landen heel belangrijk is op dat vlak.

Ik hoor u ook zeggen dat Sciensano naar een duurzame opstelling van de afvalwaterscreening zal kijken voor de luchthavens inzake het onderzoek van stalen uit vliegtuigen. Als ik me niet vergis, is nu het nationaal referentiecentrum bezig met die analyse. Ik dring aan op een goede uitwisseling van ervaringen en

informatie tussen de verschillende instellingen.

01.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, volgens mij draait u de zaken om wat het Europese beleid betreft. U hebt gezegd dat het probleem is dat men eerst nationaal beleid voert om vervolgens pas op Europees vlak afspraken te maken. Volgens mij is het net andersom. Als nationaal verantwoordelijk minister wordt er toch van u verwacht dat u maatregelen neemt. Het is uiteraard belangrijk dat u die in overeenstemming brengt met die van uw Europese collega's, maar wachten op een beslissing van Europa heeft ons in deze crisis al vaker levens gekost. U zegt dat men hier een krachtdadig beleid voert, maar het gaat eigenlijk om aanbevelingen. Het gaat om de aanbeveling om een negatieve test te vragen, het gaat om de aanbeveling om het afvalwater te testen, het gaat om de aanbeveling om een FFP2-masker te dragen. Ook hier laat u uw Europese collega's uitvoeren wat zij wensen, wat wij trouwens goed vinden. Wij zijn zeker voor subsidiariteit, maar er wordt van u verwacht dat u zelf maatregelen neemt en dat u de bevolking zult beschermen.

01.09 Minister Frank Vandenbroucke: Dat doen we ook.

01.10 Kathleen Depoorter (N-VA): Momenteel zijn er per week vier rechtstreekse vluchten vanuit China naar ons land. Voorheen waren dat er twee. Op rechtstreekse vluchten zitten mensen lang samen volgens u en wat de onrechtstreekse vluchten betreft, is uw uitleg nogal flou. Denkt u nu werkelijk dat een reiziger die van China via Dubai naar Brussel reist niet lang op het vliegtuig zat met andere mensen? Uiteraard zat die persoon lang op het vliegtuig met andere mensen, waardoor er een risico van transmissie is. Het is bijgevolg aangewezen dat die mensen worden getest en dat er gecureerd wordt.

Ik begrijp trouwens ook niet dat u nu nog een pilootproject rond het secureren van die antigeentesten opstart. Een publicatie van het referentielab stelde afgelopen zomer duidelijk dat antigeentesten die bij de apotheker of arts worden afgenomen gecureerd kunnen worden. Dit had moeten klaarstaan, want we wisten dat er in de winter een risico was van nieuwe besmettingsgolven en coronavarianten. Het is zeer jammer dat dit niet is gebeurd.

U hebt ook niet aangegeven hoe u zult controleren of een reiziger die een positieve test heeft afgelegd in quarantaine blijft of niet. U hebt gezegd dat men de reiziger in kwestie zal opdragen in quarantaine te blijven, maar hoe zult u daarmee omgaan? Hoe zult ervoor zorgen dat die transmissie hier geminimaliseerd wordt?

Wat Paxlovid betreft, wil ik u danken dat u dat zult onderzoeken, want daar is toch enige bezorgdheid over, aangezien ik daar al een paar vragen over heb gekregen.

01.11 Dominiek Sneye (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor de stand van zaken. Ik ben blij dat er voortschrijdend inzicht is over de gegevens die we uit China krijgen. We mogen eigenlijk aannemen dat slechts het topje van de Chinese ijsberg doorsijpelt tot bij ons. De toestand in China is waarschijnlijk nog veel erger dan wat we uit de data kunnen afleiden.

U zegt dat de WHO er bij China op zal aandringen om onmiddellijk de juiste data te verstrekken. De WHO is echter al de hele crisis een zeer zwakke schakel. Ik denk dus niet dat China wakker ligt van het opgestoken vingertje van de WHO. Als men wat meer met de vuist op de tafel zou slaan in plaats van het vingertje op te steken, zou dat misschien wat meer effect hebben.

Uw Europese paraplu gaat ook weer open. U zegt dat we moeten afspreken met de Europese collega's. Waarom zou België echter zelf geen PLF kunnen vragen aan reizigers uit China?

Ik hoorde u ook zeggen dat men best een masker draagt en dat u aanbeveelt om in quarantaine te gaan. Dat lijkt mij allemaal zeer vrijblijvend. Door enkel in te zetten op de rechtstreekse vluchten zijn de mazen van uw coronanet wel zeer groot. Ik vrees dan ook het ergste. Straks is het ook nog Chinees Nieuwjaar, waarbij heel wat Chinezen waarschijnlijk naar familie in België komen. Ik hoop dus dat het virus in China blijft, maar ik vrees dat we met dergelijke kleine, softe maatregelen het licht aan het einde van de tunnel nog niet zien.

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

Le sous-variant d'Omicron qui circule en Chine ne présente pas un caractère très nouveau. Vous avez, en outre, rappelé la résistance développée grâce au vaccin.

Pour ce qui me concerne, je dirai qu'en Belgique, la résistance est mixte et hybride grâce au vaccin et à l'immunité développée suite aux contacts avec le covid.

Cela dit, votre réaction a été tardive. Plusieurs avions provenant directement ou indirectement de Chine ont atterri dans notre pays sans qu'aucune mesure ne soit mise en œuvre; en effet, un arrêté royal a seulement été pris samedi dernier.

Vous dites que vous êtes rassuré parce que le contrôle des passagers du dernier avion qui a atterri sur notre sol et dont les passagers avaient été testés en Chine a révélé que lesdits passagers étaient en possession d'un certificat attestant que le test qu'ils avaient effectué était négatif. Dès lors, doit-on comprendre que vous avez une confiance absolue dans les tests réalisés en Chine? J'attire ici votre attention sur le fait que nous n'avons aucune information quant au type de tests utilisés. S'agit-il d'autotests? S'agit-il de tests PCR? S'agit-il de tests mixtes? Les Chinois font ce qu'ils veulent et comme ils le veulent. Il faut savoir que 50 % des passagers d'un avion qui a atterri en France se sont révélés être positifs au covid. Cela ne vous interpelle-t-il pas? Cela ne doit-il pas nous interpeller? À titre personnel, je pense que oui.

Pour ce qui concerne les eaux usées, comme je vous l'ai dit, cette indication n'est pas validée scientifiquement. Nous sommes d'accord sur ce point. Il s'agit d'une expérience pilote qui est effectivement intéressante. En revanche, monsieur le ministre, si un variant ou un sous-variant problématique devait être détecté à l'occasion de l'analyse des eaux usées, ce qui sera sans doute le cas, il ne sera plus possible d'identifier le ou les porteurs et donc d'isoler ceux-ci, ce qui est, pour moi, problématique.

Si des milliers de passagers en provenance de Chine devaient arriver sur notre sol, les choses seraient, sans doute, compliquées. Mais ce n'est pas le cas.

On a des doutes importants. Des risques existent que nous soyons confrontés à des variants ou des sous-variants problématiques. Nous devons donc faire preuve d'une grande vigilance et mener des actions fortes.

Vu la spécificité de la Chine, le choix stratégique de la Belgique qui est fait, aujourd'hui, me semble être assez minimaliste, trop attentiste au regard des risques clairement identifiés. Je vous avoue que cela m'inquiète. L'évolution de la situation devra donc être suivie avec une extrême vigilance.

01.13 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse.

J'entends de votre part un discours rassurant qui ne me convainc pas. Du reste, je m'étonne que mes collègues de la majorité ne s'en inquiètent pas davantage, puisque seuls les députés de l'opposition ont exprimé leurs craintes devant cette situation et l'insuffisance des mesures qui ont été décrétées jusqu'à présent.

Certes, notre population a été fortement immunisée contre le covid, principalement - mais pas seulement - grâce au vaccin. Néanmoins, les enseignements de cette crise sanitaire nous démontrent que notre résistance n'est pas parfaite, en particulier dans le cas de nouveaux variants - qu'ils proviennent de Chine ou d'ailleurs, puisque l'on parle beaucoup des États-Unis pour l'instant. C'est d'autant plus vrai lorsqu'ils émanent d'un pays qui n'a pas toujours fait preuve de transparence quant à sa situation sanitaire. Vous nous dites échanger des informations avec la Chine. Toutefois, je ne suis pas certaine que ce soit réciproque.

Vous nous indiquez également avoir préféré attendre un accord européen. Je peux tout à fait le comprendre. Mais, là encore, les leçons de la crise sanitaire nous ont enseigné que le covid se propage extrêmement vite et que, par conséquent, nous ne devons pas traîner lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures fortes. Dès lors, nous attendions de vous, monsieur le ministre, une posture plus proactive qu'attentiste, telle que celle que nous avons observée ces dernières semaines.

Désormais, des mesures plus fortes sont appliquées: le test négatif au départ de la Chine ou encore l'analyse des eaux usées - même s'il s'agit pour le moment davantage d'une expérience-pilote que d'une véritable stratégie générale qu'il reste à définir. En tout cas, à l'instar de mes collègues, j'estime que ces décisions ne vont pas assez loin. Pourquoi, par exemple, ne pas opter pour un nouveau contrôle à l'atterrissage? Ce serait assez utile au regard du taux de positivité, bien que les passagers en route vers l'Europe soient censés être négatifs. De même, il conviendrait d'envisager la réintroduction du *Passenger Locator Form* (PLF) à destination des voyageurs qui viendraient de Chine, et ce, tant pour les vols directs que pour ceux qui incluent une escale. À cet égard, je ne vous suis absolument pas dans votre

raisonnement. En effet, vous pouvez avoir été contaminé durant votre séjour en Chine aussi bien que pendant le vol direct. De même, votre situation sanitaire peut se détériorer avant une escale, puisque le vol peut être très long et entraîner un taux de contamination élevé.

Je pense donc que ce Passenger Locator Form devrait pouvoir être introduit tant pour les passagers qui viennent de Chine que pour ceux qui viennent d'autres pays, comme les États-Unis par exemple. J'entends qu'il n'y a pas d'accord sur sa réintroduction et vous ne nous en expliquez pas les raisons.

Je reste cruellement sur ma faim sur les explications que vous nous avez données.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Actualiteitsdebat over het akkoord arsten-ziekenfonds en toegevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onder druk staande akkoord artsen-ziekenfondsen" (55032847C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De escalerende onderhandelingen met de artsen en de opzegging van het akkoord artsen-ziekenfondsen" (55032877C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mogelijke opzegging van het akkoord artsen-ziekenfondsen" (55032903C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De escalerende discussie die het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen bedreigt" (55032936C)

02 Débat d'actualité sur l'accord médecins-mutuelles et questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La menace qui pèse sur l'accord médico-mutualiste" (55032847C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'escalade dans les négociations avec les médecins et la dénonciation de l'accord médico-mutualiste" (55032877C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La possibilité d'une dénonciation de l'accord médico-mutualiste" (55032903C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les discussions qui menacent l'accord médico-mutualiste" (55032936C)

Le **président**: Madame Farih est excusé pour la journée. Sa question devient donc sans objet.

02.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het akkoord tussen de artsen en de ziekenfondsen stond onder druk. Ook al is de druk nu even van de ketel, er zijn nog steeds problemen. Wij hebben eerder al van gedachten gewisseld over de verplichte conventietarieven voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming.

Hebben er nog beroepsverenigingen contact opgenomen met u over de al goedgekeurde wet die de verplichting oplegt om voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming conventietarieven te hanteren? Wat was uw reactie daarop?

Wat is de tijdslijn om het plan in werking te laten treden?

Wat is volgens u de reden dat de betrokkenen de conventietarieven niet hanteren?

Is er een impactanalyse gebeurd van de verplichting om conventietarieven te hanteren in de verschillende medische disciplines? Wat is daar de uitkomst van?

U hebt in een eerder debat hierover aangegeven dat sommige tarieven of prestaties overgefinancierd zijn en andere misschien ondergefinancierd en dat het ene het andere wel zou compenseren. Vindt u dat een correcte manier om aan beleid te doen? Staat u nog achter die uitspraak?

In de tandheelkunde is de onderfinanciering een heel groot probleem. Bijna 60 % van de behandelingen wordt door de patiënt uit eigen zak betaald. U hebt al een aantal maatregelen genomen, maar hoe groot is het effect daarvan? Naar welk percentage kunnen wij evolueren op het vlak van de eigen betaling door de patiënt?

Wanneer komt er een nomenclatuurbetaling die niet alleen zorgt voor een correcte vergoeding van de prestaties in de tandheelkunde en mondzorg, maar die ook eindelijk preventie en vroeg ingrijpen en dus het behoud van tanden toelaat? Dat is immers de sleutel die zal leiden tot een betaalbare mondzorg.

02.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Het heeft niet lang geduurd voor de woorden die ik uitte tijdens de bespreking van de programmawet uitkwamen. Een overleg waarin akkoorden gesloten worden, moet namelijk in twee richtingen gaan. Vandaag staat in de krant dat voor de heer Vandenbroucke overleg een eenrichtingsdebat is. Jammer genoeg kreeg ik gelijk en hebben de artsen op tafel geklopt. Er is ook geuit dat een aantal lokale kringen aan het overleggen zijn om af te stappen van de conventie voor de huisartsengeneeskunde. Dit is jammer genoeg historisch. Huisartsen die doorgaans geconventioneerd zijn, die tariefzekerheid voor hun patiënten garanderen, zeggen vandaag dat ze dit niet meer kunnen uitvoeren zoals nu beslist is. Zij zitten samen om een uitstap uit de conventie te bekijken.

Wat is uw reactie daarop? Kunt u het akkoord dat vandaag in de krant staat verder uitdiepen? Zijn er garanties voor de patiënten? Zijn er garanties voor de artsen? Is dit meer dan enkel een belofte? Op beloftes kan immers worden teruggekomen.

Hoe zult u voorkomen dat u effectief met een geneeskunde in twee snelheden eindigt? Dat is voor u toch ook wel de grootste bezorgdheid. Alle maatregelen die u neemt, neemt u ten voordele van de zwakke en kwetsbare patiënten, zo zegt u toch altijd. Eigenlijk dreigen zij de dupe te worden van het dispuut dat u hebt met de artsen.

U zat gisteren al samen met de artsen. Hebt u een oplossing gezocht voor een andere beslissing die u hebt genomen, namelijk de daghospitalisaties voor een aantal ingrepen die een zware last op de eerste lijn zullen leggen? De eerste lijn staat al onder druk en heeft zich al uitgesproken over uw beslissing, met een grote bezorgdheid hoe dat opgevangen zal worden.

02.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, zoals al is opgemerkt, is gisteren de lont uit het kruitvat gehaald. Het is erg dat een kleine groep artsen bijna het hele overleg tussen artsen en ziekenfondsen opblies en de tariefzekerheid voor alle patiënten op de helling zette.

Van uw kant was er misschien wel een gebrek aan overleg. Waar gaat het echter uiteindelijk over? Het gaat erover dat patiënten mogen of kunnen weten hoeveel zij moeten betalen wanneer zij naar een arts gaan. Dat is superbelangrijk voor alle patiënten, niet alleen voor de sociaal zwakkere patiënten. Wij moeten ter zake duidelijk zijn. De meeste artsen, zelfs een overgrote meerderheid van hen, zijn heel correct en houden zich aan de tarieven die zijn afgesproken en die door ons allemaal worden betaald. Het gaat immers over geld van de sociale zekerheid.

Het overleg werd dus bijna opgeblazen, omdat hier in het Parlement is beslist dat geen supplementen zullen mogen worden gevraagd aan patiënten met een verhoogde tegemoetkoming in de ambulante sector.

Mijn vragen aan u zijn de volgende.

Wat zijn de garanties vandaag dat die supplementen niet zullen worden gevraagd aan patiënten? Vanaf wanneer zal dat gebeuren? Hebt u plannen om ervoor te zorgen dat die supplementen aan geen enkele patiënt kunnen worden gevraagd?

Ook voor gewone mensen, die niet per se de verhoogde tegemoetkoming genieten, is het aanrekenen van supplementen een probleem voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ik hoef er geen tekening bij te maken. Voor heel veel mensen is het vandaag echt moeilijk. Er is dan ook al heel veel zorguitstelgedrag.

02.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik wil graag een redelijk gestoffeerd antwoord geven, met een aantal nieuwe cijfers, omdat veel van het publiek debat spijtig genoeg heel weinig verband houdt met de realiteit op het terrein en met de feiten zoals zij zijn.

De eerste vraag is waarover het gaat. Wat houdt ons bezig? Wij een goede gezondheidszorg willen die voor iedereen toegankelijk is. Op een ogenblik waarop mensen worden geconfronteerd met stijgende prijzen en duurdere facturen, moet men er zeker voor zorgen dat zij niet besparen op noodzakelijke zorg. De zorg moet dus voor iedereen betaalbaar zijn. Daarom is een conventie belangrijk, want zij betekent zekerheid over de

tarieven bij geconventioneerde artsen. Bovendien ben ik van oordeel en met mij de regering en de meerderheid in het Parlement dat men voor mensen die sociaal kwetsbaar zijn, mensen met een verhoogde tegemoetkoming, in de ambulante sector eigenlijk nooit een supplement zou mogen vragen. Dat principe van wezenlijk belang, waar ik ook voor zal gaan, is door de regering en het Parlement goedgekeurd; over de uitvoering ervan wordt overleg gepleegd.

Ik ontkracht de bewering dat er geen overleg zou zijn geweest. Het voorontwerp van wet is op 27 juni 2022 voorgelegd aan de Medicomut en werd daar besproken. Waarom zegt men dan dat er geen overleg was? Ik kan u het besluit van die vergadering van de Medicomut letterlijk voorlezen: "De heer De Cock, voorzitter, besluit de discussie en noteert het negatieve advies van de BVAS, maar stelt dat werd voldaan aan de vraag van de minister en de interministeriële kabinetgroep om een reflectie te krijgen om de hunne te stofferen en te weten hoe een orgaan als Medicomut naar deze materie kijkt. Er zijn een aantal vragen, overwegingen en impacten die in rekening dienen te worden gebracht. Tevens wordt aan de beleidsceel gevraagd om de procedure van het overleg te respecteren, indien zij deze maatregelen zou willen ten uitvoer leggen."

Dat hebben we ook gedaan. We hebben in het ontwerp van wet vervolgens een tussenstap aangebracht, namelijk dat de wet wordt uitgevoerd bij koninklijk besluit overlegd in de ministerraad.

Zoals altijd zullen we, vooraleer dat koninklijk besluit te nemen, dat opnieuw voor overleg voorleggen aan de Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Ik heb dat gisteren uitgelegd en de tijdslijn gegeven die in het Parlement overbekend is: we overleggen over het ontwerp van besluit in 2023, met de uitvoering ten vroegste in 2024. Met die elementen hebben we, denk ik, gisteren iedereen overtuigd dat het heel jammer zou zijn om daarvoor een conventie op te blazen. Er is overleg gepleegd, er zal overleg zijn en de tijdslijn is bekend, ik heb die herhaald. Dat is wat we moeten doen.

Mevrouw Gijbels vraagt wat het resultaat is van dat soort voorstellen. Laat het heel duidelijk zijn, er is helemaal geen massale deconventionering bezig, zeker niet in de huisartsgeneeskunde en overigens ook niet in de geneeskunde in het algemeen. Nee, mevrouw Depoorter, ik hoor mensen die totaal niet representatief zijn voor de artsen op het terrein dat verhaal in de media vertellen. Die mensen zijn evenwel totaal niet representatief. Ik geef u gewoon de cijfers. Als een arts zich wil deconventioneren, moet die dat uiterlijk op 15 december van het voorgaande jaar laten weten. Iemand die zich in 2023 wil deconventioneren, had dat dus moeten laten weten op 15 december. Daarna is het niet meer mogelijk. Dat geldt trouwens ook voor de tandartsen.

Ik geef u gewoon de feiten. Er zijn 57.555 artsen op wie de vraag van het al dan niet deconventioneren van toepassing is. Daarvan hebben er voor 15 december 755 laten weten dat ze zich deconventioneren, of 1,3 %. Dat is niet bepaald massaal en ligt in overeenstemming met wat men elk jaar ziet. Ik geef u de cijfers. Dat zijn de feiten, geen praatjes van mensen die beweren representatief te zijn, maar het niet zijn.

In 2020 waren er 13,68 % weigeringen. In 2021 waren er 13,54 %. In 2022 waren er 12,48 % weigeringen. Door het cijfer dat er nu bijkomt, gaan we naar 13,55 %. Dat is perfect vergelijkbaar met 2020 en 2021 wat de artsen betreft. Er is geen massale deconventioneringsbeweging. Wie dat beweert, beledigt eigenlijk die bijna 90 % van de artsen die geconventioneerde zijn en zich aan de tariefafspraken houden. Daar kwam geen verandering in. Wat is dat nu voor een verhaal?

Overigens, ik herhaal het nogmaals, wie geconventioneerde is, kan daar niet zomaar uit en dat wil 90 % van de artsen ook niet. Ze zijn bezorgd om hun patiënten en de zekerheid van hun patiënten.

Ik wil nog toevoegen dat wie geconventioneerde is, ook wie gedeeltelijk geconventioneerde is en gedurende bepaalde uren misschien wel een supplement kan vragen, zich ook moet houden aan een andere afspraak. Als men vrijwillig de derde-betalersregeling toepast en 4 euro vraagt voor iemand die een GMD in de huisartsenpraktijk heeft, dan kan men daar niet zomaar een paar euro aan toevoegen. Dat is verboden. Dat gaat niet.

Het medicomutakkoord bepaalt dat wie vrijwillig de derde-betalersregeling toepast geen supplement kan vragen. Het gros van de artsen weet dat en houdt zich daar ook aan. Ik ben daar ook blij om, want ik geloof heel sterk in de artsen. Dat was gisteren overigens zeer duidelijk. Dit is geen debat met de artsen, dit is een debat waarbij één organisatie zegt dat er een probleem is. Ik denk dat dit na het overleg van gisteren uitgeklaard is.

Ik wil ook iets zeggen over de tandartsen, mevrouw Gijbels. Ik heb de verklaring van de heer Hanson in naam van de tandartsen in de media gehoord. Ik ga mij een beetje brutaal uitdrukken, maar de heer Hanson heeft geen poot om op te staan als hij dreigt met het opzeggen van de conventie. In het dentomutakkoord staat immers niet dat men de conventie kan opzeggen omwille van ontevredenheid over dit soort beleidsvoorstellen. Juridisch gezien heeft hij dus geen poot om op te staan. Hij mag dat verklaren, maar ik begrijp daar niets van.

Ten tweede en ten gronde, ik neem de investeringen in tand- en mondzorg even onder de loep. In 2020 bedroeg het budget voor die sector afgerond 1,035 miljard euro. Twee jaar later, in 2022, was het budget 1,135 miljard euro, dus 100 miljoen meer in 2022 in vergelijking met 2020. In 2023 bedraagt het geplande budget voor de tandartsen afgerond 1,276 miljard euro. In vergelijking met 2020 is dat 240 miljoen euro meer. Er wordt dus 240 miljoen extra geïnvesteerd in tand- en mondzorg. Daar is de inflatie inderdaad in begrepen, maar in euro's bekeken is er op drie jaar tijd een groei van meer dan 23 %. In volume en met aftrek van de inflatie is dat een groei van 10 %, alleen voor de tandartsen. Een zeer groot deel van dat budget is bedoeld voor de verhoging van tarieven om de tandartsen beter te vergoeden.

Wij zitten in het jaar 2023 min of meer in een recessie, maar het budget voor de tandartsen groeit in reële termen met 3,3 % boven op de inflatie. De heer Hanson heeft, ondanks zijn verklaringen in de pers, juridisch gezien geen poot om op te staan als hij dreigt met het opzeggen van de conventie. Daarnaast moet men toch ook eens even in de spiegel kijken. Het budget stijgt op drie jaar tijd met 23 %, uitgedrukt in euro's, want er komt 240 miljoen euro bij voor de tandartsen. Dat is terecht, ook om meer aan preventie te doen.

We investeren tevens in mondhygiënisten om de tandartsen te ondersteunen.

In reële termen is er een stijging met 10 % sinds het begin van de legislatuur. In een economie die ongeveer tot stilstand komt, groeit het budget voor de tandartsen dit jaar met 3,3 %.

Men moet dus ophouden met die klaagcultuur waarin men zegt dat men zo onderbetaald is dat men wel supplementen moet vragen aan arme mensen. Ik zal dat niet aanvaarden. Ik vind dat wij de tandartsen een betere nomenclatuur moeten geven en dat wij hun mondhygiënisten moeten geven. Mevrouw Gijbels, het flauwe excuus dat wij niet in hen investeren en dat zij dus supplementen moeten vragen, steunt u altijd, maar ik niet. Dat moet duidelijk zijn. De samenleving ondersteunt met overtuiging de gezondheidszorg en dus ook de mensen in de sector werken. Ik heb respect voor die mensen, want het gros van de artsen en het gros van de zorgverleners redeneert niet zo. Zij denken op de eerste plaats aan hun patiënten.

De huisartsen zijn massaal geconventioneerd en zullen dat blijven. Het fabeltje dat men een massale deconventionering krijgt, is gewoon niet juist. Het is alleen stemmingmakerij. Is er druk? Ja, dat is juist. Is die er wegens de derde-betalersregeling? Maar neen. Overigens, werken met de derde-betalersregeling doet men vrijwillig. Wie dat niet wil doen, moet het dan maar niet doen.

Is het omdat de organisatie voor verbetering vatbaar is en omdat de ondersteuning voor verbetering vatbaar is? Absoluut. Dat is natuurlijk de reden waarom artsenorganisaties als Domus Medica en het Kartel gisteren aan de tafel zeiden dat zij de conventie willen behouden. In de conventie die voorligt, is er een extra investering van 16 miljoen voor de huisartsengeneeskunde. Er is een bijkomende investering van 23 miljoen om de nieuwe regeling voor de huisartsengeneeskunde en een betere organisatie van de praktijk mogelijk te maken. Dat is wat wij moeten doen, dat is wat de huisartsen vragen. Dat is wat goed is voor de patiënten en voor de volksgezondheid. Daar gaan wij werk van maken.

Ik ben heel blij dat de artsenorganisaties gisteravond positief reageerden toen ik herhaalde wat ik ten aanzien van het Parlement had gezegd, namelijk dat wij zullen overleggen. De rust is weergekeerd, op basis van feiten die eigenlijk al bekend waren. Soms is het echter nuttig om ze te herhalen.

Kortom, wij gaan vooruit en niet achteruit.

Vooruitgaan wil zeggen dat we de huisartsen beter zullen organiseren en we zullen hen ook toelaten zich beter te organiseren. We investeren nu ook al massaal in tandzorg en zullen dat ook blijven doen. Dat zal echter niet gebeuren onder dreigementen van de heer Hanson. Laat dat duidelijk zijn.

02.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, in een vorig actuadebat zei u dat u eerst overlegt en dan over het beleid beslist, omdat dat de logische gang van zaken is. Nu neemt u echter gewoon beslissingen

terwijl u weet dat de mensen op het terrein daarmee helemaal niet akkoord gaan.

U zegt ook dat er geen massale deconventionering is. Kijk echter eens naar de conventioneringsgraad van de kinesisten en de tandartsen. Ik heb het over de tandartsen en daarvoor geldt uw wet ook. Ik denk dat er geen enkele paradontoloog is die het zich kan permitteren om zich te conventioneren. De tarieven zijn gewoon ontoereikend.

U kijkt echter naar algemene percentages vanuit uw ivoren toren en zegt dat het maar enkelingen zijn. U moet echter eens kijken naar het terrein, naar de individuele disciplines en wat daar de problemen zijn. U hebt daarvan totaal geen idee.

Volgens u kan de heer Hanson wel dreigen om uit het akkoord te stappen, maar heeft hij geen poot om op te staan. Hoe gemeen is dat eigenlijk? Eerst spreekt u een conventie af, maar dan krabbelt u terug en legt u allerlei extra zaken op. Hoe gemeen is dat eigenlijk?

02.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, dat heeft niets met gemeen te maken.

02.07 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dat is heel gemeen!

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, het woord is aan mevrouw Gijbels. Het is nu tijd voor de replieken.

02.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Lees het akkoord eens van begin tot einde. Hij heeft geen poot om op te staan. Dat soort dreigementen maakt op mij geen enkele indruk.

De **voorzitter**: Dat hebt u al gezegd, mijnheer de minister. Het woord is nu aan de leden, zo hoort het.

02.09 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik denk dat hij er alle redenen toe heeft om zeer verontwaardigd te zijn, net zoals ik. Hij weet welke problemen er op het terrein zijn. U hebt gezegd dat er iets aan de nomenclatuur van de tandartsen gedaan moet worden, dat is inderdaad zo. Er zijn stappen gezet, want er is intussen 10 % bijgekomen. In België betaalt men echter nog steeds 60 % van de tandzorg uit eigen zak. In Nederland en Duitsland is dat ongeveer 20 % tot 25 %, dat zijn enorme verschillen!

Mijnheer de minister, er moet eerst een kostprijbepaling komen, zodat men een duidelijk zicht krijgt op de kosten voor tandzorg. Een kostprijbepaling, het stellen van prioriteiten, het vastleggen van behandelingen die goed terugbetaald moeten worden – vooral die preventieve behandelingen en vroege ingrepen waardoor mensen hun tanden zo lang mogelijk gezond kunnen houden – dat is belangrijk. Ik spreek dan niet over de terugbetalingen van bruggen en implantaten, waarmee u te koop loopt. Dat heeft er niets mee te maken, dat zijn luxeproblemen!

Eens de prioriteiten zijn vastgelegd en de kostprijs van die behandelingen bekend is, kan men de nomenclatuur bepalen. Daarna kan men controleren of er zich nog problemen voordoen op het vlak van deconventionering, die nu enorm hoog is bij tandartsen. Indien u uw werk doet, dan zullen tandartsen zich met alle plezier conventioneren en aan de tarieven houden. Ik zou dat erg graag doen voor mijn patiënten, want ik moet elke dag die confrontatie aangaan en zeggen: "Mevrouw, als u die behandeling niet ondergaat, dan zult u uw tanden verliezen. Het kost jammer genoeg wel veel, want de overheid is niet bereid om daarvoor in een degelijke tegemoetkoming te voorzien. Indien u een zestigplusser bent, dan kunt u het al helemaal vergeten, tenzij u een aparte verzekering hebt afgesloten." Dat is de realiteit op het terrein. Ik blijf erbij, ik vind het echt gemeen om op die manier de artsen, tandartsen en kinesisten onder druk te zetten.

02.10 **Kathleen Depoorter** (N-VA): "Spiegeltje, spiegeltje aan de wand, Frank is de slimste van het land"; ik denk dat u dat elke dag uzelf zegt, mijnheer de minister. De quote van de heer Hanson in de krant van vandaag, "Vandenbroucke vervangt de overlegcultuur door eenzijdig opgelegde maatregelen", moet wel pijn doen. Die quote klopt echter wel. U zegt dat u een overleg hebt gehad. Neen, u hebt toegelicht en u hebt akte genomen van een negatief advies. Dat is wat er is gebeurd.

Overleggen is zoeken naar oplossingen. Als u het hebt over de toekomst, het herorganiseren van de zorg en het respecteren van de zorg, een woord dat u zo vaak gebruikt, dan kunt u dat enkel wanneer u echt in overleg gaat en niet wanneer u eenzijdig beslist.

U zei daarnet dat u de steun hebt van de meerderheid in het Parlement. De vivaldcoalitie kijkt op dit moment

enkel naar de patiënten met verhoogde tegemoetkoming, maar kijkt niet naar de lange termijn. U zei ook dat men vandaag niet meer uit die conventie kan stappen voor 2023. Dat klopt, maar uw programmawet werd pas na 15 december goedgekeurd, dus de lokale huisartsenkringen konden uiteraard niet meer deconventioneren.

Wat zult u volgend jaar doen? Hoe zult u nog met hen rond de tafel kunnen zitten? Hoe zult u de zorg nog duurzaam en op lange termijn kunnen organiseren met zowel de specialisten als de huisartsen? U zei dat er inderdaad heel veel huisartsen geconventioneerd zijn, maar uit de KCE-studie blijkt het probleem van uitstel van zorg zich vooral in de gespecialiseerde zorg voor te doen voor de mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Hoe zult u in 2023 met de specialisten rond de tafel zitten?

Langetermijndenken is voor de vivaldiregering niet echt het sterkste punt en ik voorspel u dat het heel moeilijk zal worden en dat u een geneeskunde met twee snelheden zult krijgen. Dat is volgens mij nu net wat u als socialist echt niet wil, maar ook de N-VA wil dat niet. Iedereen moet toegang hebben tot zorg en die zorg moet haalbaar zijn voor zowel de zorgverstrekker als de patiënt.

Daar kunt u vandaag niet garanderen. U hebt geen overleg met de zorgactoren, u draagt geen zorg voor alle patiënten, dus ook voor de patiënten die normale tarieven betalen en u kijkt niet verder dan uw neus lang is. Dat is heel jammer, want de zorg moet duurzaam worden georganiseerd en dat geldt ook voor onze patiënten van morgen.

02.11 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Er waren effectief klachten, onder andere van de artsen, over de manier waarop u het overleg hebt georganiseerd.

Uiteindelijk gaat het om een zeer kleine maatregel waarbij men enkel de meest kwetsbare patiënten beschermt tegen erelonen in de ambulante zorg. Voor een kleine groep artsen was het kot al te klein. Het is onaanvaardbaar dat zij op die manier de tariefzekerheid voor het geheel van patiënten in gevaar brengen.

We moeten volgens ons nadenken over een fundamentele hervorming van ons gezondheidszorgsysteem en de manier waarop we artsen betalen. Het gaat altijd over de kostprijs van de handelingen, terwijl we moeten streven naar een systeem waarin preventie ook haar plaats heeft. Heel veel artsen werken ook al op die manier. Praten met de patiënt heeft ook zijn plaats. We moeten afstappen van het systeem dat in de jaren 60 ontstond en waarvoor er toen akkoorden werden gesloten. We dienen naar de toekomst te kijken en ervoor zorgen dat artsen goed betaald worden en goed ondersteund worden. We moeten ook afstappen van de numerus clausus. Er is natuurlijk ook een oplossing nodig voor het tekort aan zorgpersoneel in zijn geheel en alle problemen die men vandaag in de ziekenhuizen ondervindt, waardoor er artsen wegtrekken. We moeten er natuurlijk ook voor zorgen dat de patiënten overal op een toegankelijke manier bij een arts terecht kunnen. Het gaat dus over veel meer dan enkel de supplementen.

02.12 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, je souhaite intervenir même si je connais un peu la teneur de la discussion intervenue hier.

La sécurité tarifaire des patients est évidemment un enjeu existentiel. Au moment de la discussion sur votre projet de loi, je vous avais demandé si des concertations étaient intervenues. Vous m'aviez alors répondu: "Pas encore mais on va le faire." Aujourd'hui, vous nous lisez des extraits en disant que la concertation a eu lieu mais vous nous dites aussi que les concertations auront lieu d'ici 2024. Quand c'est flou, monsieur le ministre, je dis toujours qu'il y a un loup!

Dans le fond, que veut-on? Si on veut être le plus efficace possible pour les patients, deux stratégies sont existentielles. Tout d'abord, il faut avoir le taux de conventionnement le plus élevé possible et, pour cela, les choses doivent se faire dans la concertation et dans la confiance. C'est un enjeu pas seulement immédiat mais à construire sur le moyen et le long terme. Et on sera le plus efficace possible quand les accords pourront être concrétisés pour les patients car, dans le fond, votre projet de loi, vous l'avez peut-être fait voter mais, pour les patients, aujourd'hui cela ne change rien, puisqu'il n'est toujours pas appliqué.

Or, je pense que, si vous aviez eu une concertation en toute confiance avec les prestataires de soins en amont, aujourd'hui, plutôt que d'avoir créé des tensions, on aurait évité ces tensions totalement inutiles mais vous auriez surtout pu concrétiser cette avancée plus vite pour les patients. *In fine*, la manière avec laquelle vous avez géré les choses n'est pas positive ni d'un côté, ni de l'autre. Je pense que c'est une leçon pour l'avenir.

02.13 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik wil ook even het standpunt van het Vlaams Belang meegeven. Wij hebben dat artikel in het wetsontwerp gesteund, omdat wij vinden dat ereloonsupplementen vragen aan mensen in armoede inderdaad niet kan.

Toch hebben wij telkens ook kritische bedenkingen geuit over die conventietarieven. Misschien moet daaraan ook eens iets gedaan worden. Die conventietarieven moeten aangepast worden aan de levensduurte, zeker nu alles veel duurder wordt, om niet te spreken over de energieprijzen.

Die discussie staat natuurlijk niet los, dat hangt samen met de beloofde ziekenhuisfinanciering, waarover wij heel weinig horen. Het hangt ook samen met de heel grote verschillen in verloning bij de artsen. In de buurlanden gaat het over twee à drie keer meer, bij ons gaat het over zes keer meer. Het kan toch niet dat een specialist zes keer meer verdient dan een andere specialist. Daar knelt het schoentje al. Er moet ook dringend gesleuteld worden aan de prestatiegerichte geneeskunde.

Om die knelpunten allemaal aan te pakken, moet men ook vertrekken van een ijzersterk overlegmodel. Ook dat hebben wij hier al vaak aangekaart, in uw visie is het vaak eenrichtingsverkeer. Dat gaat ten koste van de patiënten, maar ook van onze goede en gespecialiseerde zorgverstrekkers.

02.14 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, il n'y a aucun flou sur la concertation. C'est extrêmement clair!

Le 27 juin, la médico-mut s'est penchée sur un avant-projet de loi. Les avis étaient partagés, pour ne pas dire diamétralement opposés. Nous avons adapté cet avant-projet en conséquence en introduisant une étape intermédiaire d'exécution par arrêté royal.

Nous allons à nouveau nous concerter au sujet de l'arrêté royal, qui dit clairement que les modalités d'introduction sont à définir. Le terme "modalités" est à prendre au sens large – il ne s'agit pas uniquement d'une date. C'est ce que j'ai répété hier et je pense que cela a pu contribuer à une compréhension mutuelle des choses.

En résumé, nous avons eu un débat au sein de la médico-mut sur un avant-projet de loi, que nous avons adapté en conséquence. Ensuite, nous allons nous concerter sur l'arrêté royal.

Je comprends que la N-VA soit contre. Elle veut la liberté pour demander des suppléments, même pour les patients socialement précaires. Madame Fonck, je ne sais pas ce que vous pensez mais une chose est claire: la concertation a eu lieu.

02.15 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het is duidelijk, want u komt er nog eens op terug en wil absoluut uw quote nog eens herhalen.

Wij hebben duidelijk genoeg gemaakt dat wij niet tegen het hanteren van conventietarieven zijn. Wij zijn tegen een slechte nomenclatuur die slecht vergoed wordt en die niet meer is aangepast aan de realiteit. Dat staat zelfs in het akkoord en u hebt zelf aangegeven dat er nog een herziening moet komen, omdat een en ander niet meer is aangepast aan de moderne manier van bijvoorbeeld aan tandheelkunde doen.

Ik weet niet of u nog durft, maar u bent niet teruggekomen op uw woorden uit een vorig debat, namelijk dat de goed vergoede nomenclatuurnummers de slecht vergoede nomenclatuurnummers zullen compenseren.

02.16 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, ik zal het nogmaals herhalen.

U en uw collega's zijn toch niet zo arm? U bent als tandarts toch niet zo arm door die slechte vergoedingen dat u absoluut supplementen moet vragen aan arme mensen? Dat wil u hier toch niet komen vertellen?

Is de nomenclatuur in orde? Neen, daar moet aan worden gewerkt. Het kan echter niet dat zulks voor u het excuus is om te beweren dat u in Limburg aan arme mensen supplementen moet vragen, omdat de nomenclatuur niet goed genoeg is en u zelf in armoede leeft.

Komaan, mevrouw Gijbels, hou het een beetje ernstig.

02.17 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik zou willen dat u zichzelf eens ernstig neemt en gaat kijken op het terrein hoe het eraan toegaat en welke inspanningen er worden geleverd om de toegankelijkheid zoveel mogelijk te garanderen, alsook hoe wij mensen moeten overtuigen om een behandeling te ondergaan die heel belangrijk is voor het behoud van hun tanden en voor hun algemene gezondheid, maar die helaas nog altijd maar voor de helft van het oorspronkelijk afgesproken bedrag wordt terugbetaald en waarbij de terugbetaling voor zestigplussers helaas helemaal niet geldt. Ik hoop dat daarnaar eens wordt gekeken. Ik had gehoopt dat die invalshoek de prioriteit zou zijn van uw hervormingen.

U merkt op dat de prestaties die goed zijn vergoed, de andere prestaties zullen compenseren. Dat is gewoon misbruik van publieke middelen. Dat is aansporen om zaken te doen die niet nodig zijn. Dat krijgen wij soms ook van ziekenhuizen te horen, namelijk dat wij een ander nummer moeten inschrijven dat beter is vergoed. Zij adviseren aan de patiënten dat zij hun tandarts moeten vragen een ander nummer te gebruiken. Dat wordt bijvoorbeeld door de socialistische ziekenfondsen gevraagd.

De **voorzitter**: De standpunten van iedereen zijn duidelijk.

02.18 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je ne fais que rappeler les faits. Lors de l'examen de votre projet de loi en commission, je vous ai spécifiquement posé les questions sur les concertations. Ce que vous dites aujourd'hui, ce n'est pas du tout ce que vous aviez dit à ce moment-là. Ce que j'en retiens en tout cas, et c'est pour cela qu'il y a effectivement du flou dans ce qu'il s'est passé, c'est que dans le fond, vous nous parlez régulièrement de concertation mais une vraie concertation dans le cadre du modèle médico-mutualiste tel qu'il existe, ce n'est pas juste une concertation de façade où on écoute les avis. Cela, c'est un autre modèle où l'on récolte juste les avis puis chacun fait ce qu'il veut. Moi, je pense que le modèle médico-mutualiste des décisions de concertation sont plus positives sur le court, le moyen et le long terme pour les patients.

Je dis et redis, monsieur le ministre, ce que je vous avais déjà dit au moment du projet de loi, à savoir qu'en procédant autrement, vous auriez pu obtenir d'autres résultats. D'abord, vous auriez pu concrétiser bien plus vite les avancées que ce que vous allez obtenir pour les patients en matière de sécurité tarifaire et cela, c'est existentiel. Ensuite, vous auriez évité les tensions inutiles de ces dernières semaines qui, je le crains, risquent de laisser des traces. Enfin, vous auriez pu travailler sur l'avenir en confiance sur ce sujet et bien d'autres avec les principaux acteurs de la santé.

Cela ne demande pas juste d'avoir des concertations de façade où l'on écoute ce que les gens disent puis chacun fait ce qu'il veut. Cela nécessite effectivement une concertation réelle et entière dans un modèle médico-mutualiste qui est d'ailleurs devenu un modèle en triangulation avec le gouvernement. C'est pour cela que je dis que c'est une leçon pour l'avenir. Je pense vraiment que c'est dans un modèle de concertation qu'on sera le plus efficace en matière de sécurité tarifaire pour les patients.

02.19 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, meer dan twintig jaar geleden gaf één van uw adviseurs les huisartsgeneeskunde aan mijn generatiegenoten. Op dat moment was de staatsgeneeskunde het ideologisch debat en het voorbeeld waar naartoe moest worden gegaan. Met die mensen bereidt u nu omwentelingen in de zorgsector voor en dat is uw agenda. U wilt een staatsgeneeskunde, met artsen als handpoppen van het beleid, die zelf niet meer moeten denken, maar alleen uitvoeren wat u zegt en met artsen die niet meer voor innovatie gaan. Wilt u echt toestanden zoals in het VK? Vindt u dat echt het goede voorbeeld? Wij zien patiënten die elke keer oversteken om toch een huisarts te kunnen zien, om toch van innovaties te kunnen genieten.

Innovatie en ondernemerschap zijn ook in de geneeskunde geen vieze woorden, ze brengen onze patiënten effectief vooruitgang. Datgene waarvoor ik u als lid van N-VA u al zo vaak heb gewaarschuwd, dreigt u in de hand te werken, namelijk een geneeskunde met twee snelheden, een geneeskunde waarbij de ene patiënt sneller toegang tot innovatie zal krijgen dan de andere. Dat bewerkstelligt u door het beleid dat u nu al maanden voert. Ik zal er u nog eens voor waarschuwen. Ik weet dat het niet uw bedoeling is, maar als u niet in overleg gaat en er niet over nadenkt hoe u samen met de artsen tot een nieuwe structuur kunt komen, dan zult u een geneeskunde met twee snelheden krijgen. Dat is vooral voor de patiënten ontzettend jammer.

De **voorzitter**: Hiermee sluiten we het actualiteitsdebat af.

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

03 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overstap van gewezen leden van het coronacommissariaat naar een andere functie" (55031860C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van de werking van het coronacommissariaat" (55032142C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vergoeding van de leden van het coronacommissariaat" (55032148C)

03 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le passage à une autre fonction d'anciens membres du commissariat corona" (55031860C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation du fonctionnement du commissariat corona" (55032142C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La rémunération des membres du commissariat corona" (55032148C)

03.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, hoeveel leden van het voormalige coronacommissariaat werden er opgenomen, al dan niet als expert, in het directiecomité van de FOD Volksgezondheid? Hoeveel leden hiervan hebben een salarisband A7, waarmee ze over een wagen met chauffeur kunnen beschikken? Volgens welke salarisvoorwaarden, modaliteiten en extralegale voordelen werden de leden van het coronacommissariaat betaald? Kunt u een toelichting per functie geven?

Welke functies bestonden er in het coronacommissariaat? Kunt u daar een overzicht van geven? Welke contracten en/of mandaten bestonden er? Kunt u ook daarvan een overzicht geven? Van wanneer tot wanneer liepen die contracten en/of mandaten? Wat was de kostprijs per profiel?

Onder welke budgetten viel het coronacommissariaat? Wat waren de financieringsbronnen? Welke middelen en welke bedragen werden hiervoor uitgeschreven?

Wie zat namens het directiecomité van de FOD Volksgezondheid in het coronacommissariaat? Werden er mensen gedetacheerd? Zo ja, hoeveel personen en voor welke periode?

Werden er onkosten gemaakt door consultants? Kunt u een overzicht geven per consultancyfirma?

Konden alle experts inzake de COVID-19-crisis die deel uitmaakten van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid, de diensten die aan de heer Ramaekers werden toegekend, hiervan genieten? Meent u dat het pakket dat aan de heer Ramaekers en de andere leden werd toegewezen, passend is? De heer Ramaekers werd aangesteld in band A7, maar volgens opzoeken had dat band A4 moeten zijn. Hoe verklaart u dat? Werden er andere experts op een zelfde wijze aanzienlijk geüpgraded?

03.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Wat de leden van het voormalige coronacommissariaat betreft, kan ik u medelen dat slechts één lid, de heer Ramaekers, werd opgenomen in het directiecomité van de FOD Volksgezondheid als COVID-19 Focuspunt-gezondheids crisisbeheerder.

Zoals al meegedeeld werd in de commissievergadering van 8 oktober 2022, werd de heer Ramaekers vergoed binnen salarisband 7 voor de periode van 8 april 2022 tot en met 30 september 2022. De heer Ramaekers kon tijdens die periode gebruikmaken van een dienstwagen en van een chauffeur die ter beschikking werd gesteld door de FOD Volksgezondheid, alsook van een gsm-toestel en van een gsm-abonnement dat werd vergoed via de kredieten van de tijdelijke nazorgcel in het kader van het sanitaire crisisbeheer als bijdrage van de FOD Volksgezondheid aan het COVID19-Focuspunt.

Wat uw vraag over de gepastheid betreft, werd de heer Ramaekers samen met de directeur-generaal van het NCCN in overeenstemming met de beslissing van 4 maart 2022 van het OCC aangesteld als Covid Focal Point, na de stopzetting van het coronacommissariaat, in overeenstemming met het koninklijk besluit van 25 april 2022 betreffende de oprichting, de samenstelling en de werking van de tijdelijke nazorgcel in het kader van het sanitaire crisisbeheer als bijdrage van de FOD Volksgezondheid aan het COVID-19 Focuspunt. Het was dan ook in die hoedanigheid dat hij deelnam aan de vergaderingen van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid. In die officiële hoedanigheid zijn de toegepaste voorwaarden dan ook verantwoord en in overeenstemming met de verantwoordelijkheid die daarmee samenhangt. De middelen hiertoe waren ingeschreven op de uitgavenbegroting van de FOD Sociale Zekerheid. Tot zover

mijn antwoord op uw vragen nr. 55031860C en nr. 55032148C.

Uw vraag nr. 55032142C die hieraan werd toegevoegd, is zeer specifiek, dus ik zal ze apart beantwoorden. Welke functies bestonden er? Ik heb hier een volledig en gedetailleerd overzicht van alle functies, met het percentage van tewerkstelling bij het begin en het einde van het coronacommissariaat, bij mij. U kunt dat krijgen, als u het wil.

Wat was de kostprijs per profiel? Het noodzakelijke budget voor de inhoudelijke profielen werd geraamd op 120.700 euro per jaar per profiel. Er waren 15 voltijdse eenheden. Het noodzakelijke budget voor ondersteunende profielen werd geraamd op 150.000 euro per jaar voor acht voltijdse eenheden.

In verband met de financiering en de budgetten werden de nodige kredieten voor het coronacommissariaat ingeschreven in de begroting van de FOD Sociale Zekerheid onder het programma 2416. De middelen komen van de federale overheid.

Uw zesde vraag peilt naar wie er namens het directiecomité van de FOD Volksgezondheid in het coronacommissariaat zat. Er zetelde geen vertegenwoordiger van de FOD Volksgezondheid in het coronacommissariaat. Er bestond wel een sterke link en coördinatie tussen beide, onder meer via de departementale crisiscel Volksgezondheid, waaraan zowel leden van het commissariaat als leden van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid deelnamen.

Er waren inderdaad ook detacheringen. In de periode tussen oktober 2020 en april 2022 werd er gebruikgemaakt van bv Deloitte Consulting & Advisory via contracten met de FOD Volksgezondheid. De consultant in kwestie ondersteunde het coronacommissariaat en de FOD Volksgezondheid. Er was ook ad-hocsteun door een communication manager, communication graphists, een event manager en bvba-experten via een openbare aanbestedingsprocedure, gevalideerd door de FOD Sociale Zekerheid.

Er werden ook onkosten gemaakt door de consultants. Ik geef u het gevraagde overzicht.

Een kostensplitsing tussen het coronacommissariaat en de FOD Volksgezondheid is niet beschikbaar bij de administratieve dienst. De gezamenlijke kosten inzake Deloitte in relatie met het coronacommissariaat en de FOD Volksgezondheid bedragen ongeveer 1,4 miljoen euro. Dat is opgedeeld in een tabel met twee stukken. Er is de ondersteuning van het coronacommissariaat van juni tot december 2021 voor 775.000 euro. Er is ook de taskforce testing en vaccins in het coronacommissariaat van januari tot juni 2021 voor 652.000 euro. Dat vormt samen de 1.427.000 euro, waarover ik het had.

Ik kan u een kopie geven van mijn antwoord. Dan hebt u ook de hele lijst van functies die er waren, tewerkstellingspercentages, karakterisering van de functies en het begin en einde.

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ten eerste, één lid ontvangt een salarisvergoeding A7, een gelijkaardige vergoeding als die van de eerste minister, die dus wel erg hoog is. Het loont blijkbaar altijd om goede vrienden te hebben.

U hebt niet geantwoord op mijn vraag waarom de heer Ramaekers werd aangesteld met een salaris van loonschaal A7, terwijl volgens de normale gang van zaken loonschaal A4 van toepassing zou moeten zijn. Er is een vrij groot verschil tussen die loonschalen, enerzijds op het vlak van de renumeration en anderzijds op het vlak van de extralegale voordelen. U hebt daar geen argumenten voor aangehaald en ik denk trouwens dat u die ook niet hebt. Ik vind het bijzonder dat zoveel middelen en waarschijnlijk ook verantwoordelijkheden naar één persoon gaan. Is er in de FOD Volksgezondheid een draagvlak voor? Ik heb de indruk dat dat niet het geval is.

Ten tweede, voor de consultants is 1,4 miljoen euro best wel veel geld, mijnheer de minister. Dat bedrag was initieel ook niet begroot. Ik zal dat nog eens nader bekijken. Hoe dan ook, was er bij uw FOD Volksgezondheid dan echt onvoldoende kracht, kennis en knowhow voorhanden om het coronacommissariaat te ondersteunen? We hebben al vaker over gesproken over de middelen die aan consultants besteed worden en aangeklaagd dat men niet altijd even doordacht met de middelen omgaat. Het gaat over het jaar 2021, waarin u al aan zet was. Ik zal het zeker nog eens bekijken. Ik vraag u nogmaals naar uw argumentering voor de salarisband A7 in plaats van de gangbare salarisband A4.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De transparantie met betrekking tot verschillende organen in de gezondheidszorg" (55031921C)

04 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La transparence en ce qui concerne les différents organismes impliqués dans les soins de santé" (55031921C)

04.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag gaat over de publieke beschikbaarheid en de laagdrempeligheid van toch wel belangrijke informatie en bestaat uit drie delen.

Het eerste luik gaat over het bestaand overzicht – volgens mij te weinig bestaand – van de samenstelling van verschillende organen die betrokken zijn in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de structuur van het RIZIV. Het is heel moeilijk om op het internet de samenstelling te kennen van de verschillende diensten, commissies en comités van het RIZIV. Het is ook helemaal niet duidelijk wie er precies actief is binnen die organen. Sta me toe even te verwijzen naar de Vlaamse overheid, waarbij bijvoorbeeld via Wegwijs Vlaanderen dergelijke informatie heel gemakkelijk kan worden verkregen. Mijnheer de minister, hoe komt het dat de federale overheid dergelijke structuren niet laagdrempeliger presenteert?

Een punt waarop ik al vaker ben teruggekomen, is de verspreiding en versnippering van informatie over de overleg- en beslissingsorganen die betrokken zijn en waren in de covidcrisis. Er is geen gebundelde informatie beschikbaar. De website van de FOD bevat een gedeelte van de informatie, ook bestaat de website info-coronavirus.be. Het is mij niet duidelijk waar de RAG-adviezen over de recente vogelgriepuitbraken te vinden zijn. Informatie over het HTSC (Hospital & Transport Surge Capacity) en het monkeypoxvirus is op weer andere websites te vinden. ITG (Instituut voor Tropische Geneeskunde) heeft ook een deel van de informatie. Een deel van de informatie over monkeypox is bij Sciensano te vinden, maar is daar niet voor het brede publiek toegankelijk. Mijnheer de minister, bestaan er plannen om daarvan een coherenter geheel te maken, met bijvoorbeeld doorverwijslinks naar de verschillende websites?

Het laatste deel van mijn vraag gaat over het pandemieplan. Ik vind het verontrustend dat wij daar nog altijd geen zicht op hebben, dat er nog altijd geen geüpdatet pandemieplan beschikbaar is op onze websites, ook al zijn er al verschillende nieuwe bedreigingen opgedoken. Mijnheer de minister, wanneer kunnen wij dat pandemieplan precies verwachten?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er werd gevraagd naar een helder overzicht van de samenstelling van de verschillende organen die betrokken zijn in de gezondheidszorg, meer bepaald van het RIZIV. Voor het RIZIV hebben we op de website alle organen opgesomd. We hebben ervoor gekozen om daarbij te focussen op wat deze organen als opdracht hebben en concreet doen. In mijn tekst staat de link van die website. U dient op de homepage van het RIZIV te klikken op het tabblad RIZIV. Iets lager klikt u op 'Onze organen'. Daarnaast staat er bij de meeste organen welke partners erin vertegenwoordigd zijn. Gezien de grote hoeveelheid organen bij het RIZIV en dus ook de mogelijke wijzigingen in samenstellingen is ervoor gekozen om de namen niet op de website te vermelden. Ook voor de leesbaarheid van de webpagina's is het een pluspunt om te focussen op de partners die vertegenwoordigd zijn, eerder dan op de namen van de leden.

Gelet op de bevoegdheidsverdeling is er nog geen gebundelde informatie over infectieziekten en epidemieën. De deelstaten zijn verantwoordelijk voor infectiepreventie. Sciensano is verantwoordelijk voor infectieziekten, epidemiologie, surveillance en RAG-adviezen. Op de website van Sciensano wordt een nieuwe pagina ontwikkeld om de RAG-adviezen doorheen infectieziekten en gefedereerde entiteiten te groeperen. Op de RAG-pagina worden ook links gepubliceerd naar de webpagina's van infectieziekten voor AZG, AVIQ en Cocom.

Over het pandemieplan kan ik u meedelen dat binnen de administratie een team met de voorbereiding bezig is van een *generic preparedness plan* of GPP, waar een pandemieplan deel van zal uitmaken. Dat GPP zou dan op basis van verschillende scenario's algemene maatregelen aanbevelen die nu worden afgestemd met diverse stakeholders. Gezien de coronacrisis van de voorbije jaren werd dit werk noodgedwongen tijdelijk op een laag pitje gezet. Nu de werkzaamheden van het team hervat zijn, kunnen de kennis en vaardigheden die de voorbije jaren opgedaan werden, wel opgenomen worden in de uitwerking van het GPP.

De onderlinge bevoegdheidsverdeling en de noodzaak tot samenwerking heeft ook meer duidelijkheid

gekregen de voorbije jaren. Dat kan dus een positief faciliterend effect hebben op de concrete uitwerking van de verschillende scenario's. Momenteel wordt het project GPP, met het pandemieplan inbegrepen, prioritair behandeld binnen mijn administratie in samenwerking met alle betrokken partners en stakeholders. Gelet op de vele linken met andere bevoegdheidsniveaus wordt de IMC hierover actief geïnformeerd.

04.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, in verband met de transparantie van de structuur van het RIZIV, vind ik dat de informatie over de exacte samenstelling van de verschillende organen door het grote publiek gekend mag zijn. Ik denk niet dat dit afbreuk aan de leesbaarheid van de website zou doen. Men zou immers links kunnen plaatsen waarop men kan doorklikken. Ik zie het probleem daar niet. Ik zie ook geen probleem met de wisselende samenstellingen. Dat kan heel gemakkelijk en volgens mij zelfs geautomatiseerd worden aangepast, als men dat zou willen. Ik vrees dat het kalf daar gebonden ligt. Het is een kwestie van wil om dat al dan niet te doen.

U zegt voorts dat er nog geen gebundelde informatie over de overleg- en beslissingsorganen voor epidemieën en pandemieën is. Ik vind dat problematisch. Dit is iets wat ik ondertussen al verschillende jaren aankaart. Ik denk dat de burger recht heeft op eenvoudige en toegankelijke informatie, al is het maar om het vertrouwen in de overheid te behouden. U wijst ter zake naar de verdeling van de bevoegdheden. Dat is inderdaad een probleem in dit land, maar het is aan de overheden om daarin meer duidelijkheid en helderheid te scheppen.

Met betrekking tot het pandemieplan zijn we nu al drie jaar ver in de covidcrisis. Ik denk niet dat we daar nog naar kunnen verwijzen als een reden voor de vertraging van de werkzaamheden. Ik denk dat het meer dan ooit duidelijk is hoe belangrijk een pandemieplan is, al was het maar omdat de bevoegdheidsverdeling in het begin van de pandemie heel onduidelijk was, wat voor heel veel vertraging heeft gezorgd.

De epidemische dreiging blijft groot, nu ook vogelgriep bij zoogdieren is aangetroffen. We hebben ondertussen ook de monkeypox gekend. Dat toont aan dat we dringend een pandemieplan nodig hebben. Ik vind het ook echt beschamend dat we ontbreken in de lijst van de pandemieplannen bij de ECDC. Ook de Global Health Security Index geeft ons opnieuw een slechte score op het vlak van pandemische paraatheid. We staan daar op plaats 156 van de 195 landen op het vlak van *preparedness and response planning*. Ik denk dat dit echt ondermaats is.

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

05 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oversterfte in de zomer 2022" (55031929C)

05 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surmortalité durant l'été 2022" (55031929C)

05.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik stelde u eerder al vragen over de oversterfte in 2021 en de provinciale verschillen. Uit recent onderzoek van Sciensano blijkt dat de oversterfte van de zomer van 2022 een combinatie was van COVID-19 en de hitte. Sciensano spreekt hierbij van de grootste oversterfte in twintig jaar. Sciensano beschikt echter nog steeds niet over de specifieke doodsoorzaken. Er kan dus niet helemaal duidelijk worden achterhaald wat de achterliggende reden is.

Het is niet zo verwonderlijk dat de oversterfte voornamelijk in de oudere leeftijdscategorieën te vinden is. Minder verwacht is echter wel het grote verschil tussen mannen en vrouwen. Meer dan 80 % van de gevallen van oversterfte voorbije zomer betroffen vrouwen.

In hoeverre werd er geanticipeerd op mogelijke oversterfte door hitte, gezien de grote oversterfte die we zagen in augustus 2020? Welke maatregelen werden er getroffen?

In andere landen is er grote ongerustheid over een verhoogde oversterfte. Houden wij daar gelijke tred of zijn er afwijkingen vast te stellen?

Werd er onderzocht in hoeverre die oversterfte te maken heeft met de hitte, COVID-19 of andere aandoeningen?

Kunt u het grote verschil tussen mannen en vrouwen verklaren?

Zijn er verschillen vast te stellen tussen de verschillende provincies, qua timing en/of ernst?

Tijdens de eerste en de tweede waarschuwingfases voor de hitte zijn er grote verschillen waarneembaar tussen de gewesten. Hoe kan dat worden verklaard?

Ook in het najaar lijkt er sprake te zijn van toegenomen sterftcijfers. Dit kan niet meer verklaard worden door hitte. Kent men daar de oorzaak van? In hoeverre worden de sterftcijfers systematisch gescreend en geanalyseerd? Wordt er automatisch gezocht naar oorzaken? Op welke manier gaat dit in zijn werk?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ten eerste, het ozon- en hitteplan wordt opgevolgd door de werkgroep ozon en hitte binnen het NEHAP (Nationaal Actieplan Leefmilieu-Gezondheid). Die werkgroep bestaat uit leden van de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten en komt jaarlijks meermaals samen om de zomer te evalueren.

Ten tweede, binnen België zagen we, in tegenstelling tot bijvoorbeeld in de zomer van 2020, geen hoge sterftepiek. Dat zou kunnen suggereren dat de maatregelen volstonden om pieken te vermijden, maar ik ben daar voorzichtig in. De hitte van de zomer van 2022 veroorzaakte oversterfte op verschillende plaatsen in Europa. Voorlopige cijfers spreken van minstens 15.000 doden op Europees niveau. Via de link <https://fr.myeurop.info/2022/11/08/les-canicules-de-lete-2022-ont-provoque-une-surmortalite-en-europe/> vindt u voorlopige cijfers waaruit ik eigenlijk niet zomaar een conclusie durf te trekken.

Ten derde, gegevens rond persoonspecifieke doodsoorzaken zijn nog niet beschikbaar voor 2022. Tijdens de zomer van 2022 werden verschillende warmte- en droogtere records gebroken. De waarschuwingfase werd vier keer afgekondigd, terwijl dat in de voorgaande jaren meestal één of twee en uitzonderlijk drie keer was. De piek van de zevende covidgolf viel tussen de tweede en derde waarschuwingfase. Het was de eerste keer dat een covidgolf samenviel met een zomerperiode. De zomerperiodes van 2020 en 2021 vielen telkens tussen covidgolven in.

De covidoverlijdens maakten minder dan 4 % uit van het totaal aantal overlijdens tijdens de zomerweken van 2022. COVID-19 is een bijkomende kwetsbaarheid voor oversterfte, maar voor de oversterfte tijdens de zomer van 2022 moeten we ook naar de exceptionele weersomstandigheden kijken. De criteria voor de waarschuwingfase van het hitteplan zijn in 2017 aangepast om de regionale overheden twee dagen voorbereidingstijd te geven voor een warmteperiode, onder andere om zorguitstel te vermijden.

Ten vierde, er wordt op dit moment geen onderzoek gedaan naar mogelijke inherente verschillen in kwetsbaarheid voor oversterfte tijdens hitteperiodes tussen mannen en vrouwen. Een hogere oversterfte bij vrouwen werd evenwel ook gezien tijdens voorgaande hitteperiodes. Voor beide geslachten is er een sterke aangroei van de populatieaantallen. In relatieve cijfers is de aangroei vooral opvallend bij vrouwen vanaf de leeftijd van 95 jaar.

Ten vijfde, tijdens de covidpandemie zijn meer mannen dan vrouwen overleden, voornamelijk in de leeftijdsgroep jonger dan 85. Oversterfte wordt door Sciensano geschat op het niveau van de regio's, niet op provincieniveau.

Ten zesde, de persoonspecifieke doodsoorzaken zijn niet beschikbaar om die observatie meer in detail te onderzoeken.

Ten zevende, er is een seizoensgebonden verloop van de sterfte door alle oorzaken, met typisch lagere sterftcijfers in de zomer dan in de wintermaanden. De winter is dodelijker door kou en griep. Verkoudheid is van nature dodelijk, maar kan ook indirect dodelijk zijn door ons immuunsysteem te verzwakken, waardoor we vatbaarder worden voor ziektes of al bestaande medische aandoeningen als hart- en vaatziekten en ademhalingsaandoeningen verergeren. De oversterfte midden oktober 2022 komt overeen met de piek in covidoverlijdens gedurende de achtste covidgolf.

Ten achtste, wat de sterftcijfers betreft, worden alle oorzaken wekelijks geanalyseerd door Sciensano. Jaarlijks is er ook een analyse van de sterfteoorzaken op basis van de overlijdenscertificaten. Die certificaten zijn beschikbaar met drie jaar vertraging.

05.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, als ik het goed begrepen heb, geeft u aan dat er geen

hoge sterftepiek is geweest. Ik heb ook gekeken naar de grafiek en zag niet direct dat de sterfte buiten de predictie-intervallen viel. Sciensano sprak echter wel van de hoogste oversterfte van de voorbije twintig zomers en ik wist niet hoe dat precies te kaderen. We hebben daarover ondertussen een technische sessie met Sciensano gehad. Spijtig was dat zij de sterfteoorzaken niet hadden.

Zoals al u zei, hebben zij aangegeven dat de oorzaken van individuele sterfgevallen pas met drie jaar vertraging gekend zijn. Sciensano gaf aan dat de reden hiervoor is dat bij ons de procedure nog met pen en papier verloopt, terwijl de informatie veel sneller beschikbaar is in landen met een digitale registratie van de doodsoorzaken. De afgelopen tijd heeft ons geleerd hoe belangrijk het is om zo snel mogelijk zicht krijgen op de oorzaken van overlijdens, zeker bij een toename daarvan. Ik dring erop aan om snel werk te maken van digitale procedures, zodat we die belangrijke informatie zo snel mogelijk ter beschikking hebben en de gepaste beleidsmaatregelen daarop kunnen volgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'Akkermansia Muciniphila" (55031934C)

06 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Akkermansia Muciniphila" (55031934C)

06.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, pour clarifier les choses, j'avais déposé la question n° 55031934 et j'ai redéposé la question parce que les délais étaient dépassés alors qu'il y avait un engagement de me remettre une réponse par écrit. Depuis lors, la réponse de votre cabinet m'est parvenue et je vous en remercie. La raison pour laquelle j'ai maintenu cette question, c'est que les questions restent pleines et entières.

Pour rappel, le complément alimentaire Akkermansia Muciniphila a été mis sur le marché en juin 2022 avec une grosse campagne de communication selon laquelle il permettait de contrôler son poids.

Or, l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) a reconnu l'absence de toxicité de ce produit, certes, mais n'a en rien validé l'allégation "santé" sur l'efficacité du contrôle de poids. L'Akkermansia ne peut donc pas être vendu sous cette allégation "santé".

Par écrit, vous m'avez répondu que, d'une part, vous aviez fait transmettre le dossier à l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) et que celle-ci allait imposer à la firme de tout régulariser pour janvier 2023, et que, d'autre part, vous aviez demandé à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), dont la responsabilité est à mon sens engagée, d'inspecter le respect de la législation en question dans les pharmacies.

Nous sommes en janvier 2023. Quelle est la situation sur le terrain? Pour être franche, je n'ai pas fait le tour des pharmacies. Par contre, j'ai fait le tour des pharmacies en ligne où la situation était encore pire pour les patients. La réalité, c'est que ce produit est toujours disponible via les sites internet des pharmacies en ligne. C'est peut-être aussi le cas dans les officines. Ce produit est toujours repris sous la dénomination "gestion du poids", "contrôle du glucose" et "maintien d'une glycémie dans le sang". On constate qu'aucune régularisation n'a eu lieu, contrairement à ce que vous aviez promis, et que la législation dans les pharmacies n'est toujours pas respectée.

Monsieur le ministre, je pense qu'il y a là véritablement de fausses allégations de santé. Celles-ci peuvent tromper les citoyens à un prix élevé, ce qui est d'ailleurs tout sauf négligeable. Cela comporte des risques pour leur santé, notamment en cas d'hyperglycémie, puisque ces patients ne peuvent alors pas être pris en charge de manière correcte. Ils ne peuvent donc pas être traités correctement, voilà la réalité. Disons-le clairement: à l'aide d'allégations fausses et illégales en matière de santé, ils sont trompés sur l'effet qu'aurait ce complément alimentaire. Je pense qu'il y a là une question majeure en matière de santé. Il faut protéger les patients et leur santé. Je me permets donc de remettre une couche aujourd'hui. Il s'agit, me semble-t-il, d'un dossier que vous devez prendre à bras-le-corps.

Le **président**: Merci, madame Fonck, et je vous saurais gré de surveiller votre temps de parole à l'avenir.

06.02 Frank Vandebroucke, ministre: Mme Fonck a déjà cité quelques phrases de la réponse que j'ai

devant moi. Je vais la lire mais elle sera dès lors répétitive.

Madame Fonck, nous sommes en janvier et la réponse préparée est un peu datée. Vous posez des questions au niveau de la réalité du terrain. Pourrait-on revenir sur ce sujet d'ici deux mois? Monsieur le président, on pourrait convenir d'une période. Nous verrions alors quelle est la réalité du terrain. Mais vous avez raison, madame Fonck, c'est peut-être la question la plus importante actuellement.

Voici la réponse préparée. Suite à la conférence de presse qui a précédé le lancement de ce produit, le SPF Santé a pris l'initiative de contacter la société responsable du produit et de sa distribution en Belgique pour lui faire part des illégalités par rapport à la législation alimentaire relative aux allégations constatées dans les publications internet, les *displays*, les dépliants destinés aux professionnels de la santé, les fiches d'information et autres supports publicitaires.

Le SPF Santé n'est cependant pas compétent pour le contrôle de cette réglementation. Les infractions constatées ont donc également été transmises à l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA), responsable en matière de contrôle officiel de la réglementation concernant les allégations nutritionnelles et de santé.

Bien que l'AFSCA ne relève pas de mes compétences de ministre de la Santé publique, j'ai été informé que cet organisme avait bien imposé à la firme de tout régulariser pour janvier 2023. Dans le cadre d'un protocole de collaboration, l'AFSCA délègue une partie de ses compétences de contrôle officiel des denrées alimentaires à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), pour tout ce qui concerne la supervision des compléments alimentaires vendus uniquement en pharmacie.

J'ai donné instruction à l'AFMPS de consulter ses partenaires afin de s'assurer que ce dossier est pris correctement en charge, que la priorité nécessaire y a été accordée et qu'en vue de son traitement, la répartition des tâches entre les deux partenaires du protocole est parfaitement claire. Concrètement, il appartient à l'AFMPS d'examiner le respect de la législation en question par les pharmacies.

Voilà ma réponse un peu tardive, que vous avez déjà pu citer.

06.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, veuillez m'excuser pour tout à l'heure. Comme j'ai présenté un résumé, il m'a été difficile de ramasser mon propos dans le temps.

Monsieur le ministre, vous avez parlé de revenir dans les deux mois. Or cela fait 7 mois que ce produit circule sur le marché sous de fausses allégations sanitaires à destination des patients en surcharge pondérale et souffrant même éventuellement d'hyperglycémie, qui annonce donc un diabète. Ce dossier n'est pas un détail. Il ne s'agit pas de patients qui auraient pris ou perdu un demi-kilo. Cette situation témoigne d'une arnaque qui peut empêcher une prise en charge correcte et adéquate de patients souffrant d'un pré-diabète ou d'un diabète. Compte tenu des conséquences de l'hyperglycémie, cela peut déboucher sur quelque chose d'encore plus grave.

Franchement, cela fait des mois que j'ai tenté de vous inciter à ne pas laisser les choses en l'état. C'est pourquoi je vous demande d'accélérer et de faire respecter la législation. Il s'agit bien d'une arnaque, reposant sur de fausses allégations. C'est inacceptable! Il importe de s'assurer que les patients soient bien pris en charge, au regard d'enjeux sanitaires qui sont, je le répète, tout sauf anodins. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De distributieproblemen bij de nieuwe logistieke partner voor de covidvaccins" (55031992C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot de transitie naar de nieuwe logistieke partner" (55031994C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De transitie tussen de logistieke partners voor de verdeling van de covidvaccins" (55032153C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De bijsturing van de samenwerking met de logistieke partner inzake covid en het bijbehorende budget" (55032302C)

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De transitie in verband met de covidvaccins" (55032309C)**

07 Questions jointes de

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes de distribution chez le nouveau partenaire logistique pour les vaccins anticovid" (55031992C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le point sur la transition vers le nouveau partenaire logistique" (55031994C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La transition entre les partenaires logistiques pour la distribution des vaccins anticovid" (55032153C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'adaptation de la collaboration avec le partenaire logistique covid et le budget y afférent" (55032302C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "La transition concernant les vaccins anticovid" (55032309C)**

07.01 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, de verandering van de partner voor de distributie van vaccins blijft een mistig verhaal. Ik had graag van u vernomen of het klopt dat de levering van de covidvaccins voor kinderen aan de vaccinatiecentra, die intussen zijn gesloten, niet zo vlot verliep. Welke incidenten vonden er plaats? Hoe vaak gebeurden die? Welke conclusies werden hieruit getrokken en welke stappen werden genomen om een en ander bij te sturen? Voert men ondertussen een evaluatie uit van de samenwerking met de nieuwe logistieke partner? In hoeverre vindt u dat die samenwerking vlot verloopt?

Ik had ook graag van u vernomen of de achterstallige betalingen aan de vroegere distributiepartner Medista ondertussen in orde werden gebracht. Er was een bedrag op provisie uitbetaald, waarmee die firma uiteraard niet aan de slag kon, maar er waren ook nog een aantal onbetaalde facturen van de herfst-campagne. Hebt u die ondertussen betaald?

U antwoordde mij op mijn schriftelijke vraag dat er voor 750.000 euro aan juridische kosten werd betaald. Wat is de stand van zaken vandaag? Zijn er meer juridische geschillen? Moet u vandaag nog steeds een beroep doen op advocaten? Met andere woorden, is dat bedrag van 750.000 euro nog aangedikt? Wat is het bedrag tot nu toe?

De nieuwe logistieke speler, Movianto, heeft geïnvesteerd in ULT's, diepvriezers met ultralage temperatuur. U had aangegeven dat er in een twintigtal ervan werd voorzien. Is dat voldoende voor de huidige voorraad vaccins van de federale overheid? Is er voldoende opslagruimte voor de vaccins die nog geleverd zullen worden? Als ik mij niet vergis, komen er nog meer dan 10 miljoen vaccins naar onze contreien. Beschikt Movianto over alle nodige vergunningen? Ik ga ervan uit dat dat nu wel in orde is.

Wat is de stand van zaken van de transitie van de bij Medista gestockeerde vaccins naar Movianto? Werden de vaccins intussen allemaal opgehaald en overgebracht? Zijn er problemen bij de transitie? Van welke aard zouden die problemen zijn? Wat is de impact op de timing? Men had immers gezegd dat de vaccins voor 1 december 2022 getransfereerd zouden zijn. Nu blijkt dat die overdracht wat later zal plaatsvinden. Eigenlijk loopt het contract af in februari. Zullen alle vaccins overgebracht zijn tegen het einde van het contract met Medista? Zullen de bijkomende kosten tegen dan vergoed zijn tegen dat tijdstip? Garandeert u dat? Zullen de openstaande facturen betaald zijn? Hoeveel transporten werden er door Medista sinds het begin van het contract voor de afsluiting op 1 december al uitgevoerd? Kunt u een uitsplitsing van die facturen per gewest geven? Ik doel dan op de herfstvaccinatie, mijnheer de minister. Er waren wat discussies daarover. Hebt die uitgeklaard of is er opnieuw sprake van een juridisch steekspel?

Zal de FOD Volksgezondheid de samenwerking en de financiële afhandeling correct kunnen beëindigen en afsluiten?

Ik heb ook nog een aantal vragen over de nieuwe partner. Hoe evalueert u de samenwerking? Zijn er problemen? Ik heb vernomen dat er discussie is over de logistieke taken tussen de FOD Volksgezondheid en de nieuwe partner, Movianto. Bent u opnieuw aan het onderhandelen over de in het bestek gemaakte afspraken? Meent Movianto dat er bepaalde taken niet inbegrepen waren in het bestek dat afgesproken is met de overheid? Zal er meer budget moeten worden uitgetrokken ten opzichte van het oorspronkelijk

vastgestelde budget? Klopt het dat de offerte die Movianto indiende, gestoeld was op de logistieke omstandigheden en de taken van het moment van toen en dat die niet meer conform de nieuwe logistieke uitdagingen is? Ik heb het dan over de nog lopende campagne, maar ook over de volgende. Hoe zal die ingevuld worden? Kunt u bevestigen dat er in extra budget moet worden voorzien? Ligt het probleem volgens u bij de interpretatie van Movianto of die van de FOD Volksgezondheid?

Hoe ver staat het met een oplossing voor het probleem met de IT-systemen? Ik heb mij laten vertellen dat er nog altijd geen sluitend IT-systeem is.

Wat de transitie betreft, wat is de vandaag vooropgestelde kostprijs? Hoe zult u dat betalen aan de oude en nieuwe logistieke partner? Zijn er ondertussen nieuwe juridische stappen gezet door de FOD, door de oude partner Medista of door de nieuwe partner Movianto?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, de overgang is sinds november 2022 bezig in overleg met Medista en Movianto. Medista is verantwoordelijk voor de voorbereiding van het te verhuizen materiaal, terwijl de ophaling en de uitvoering van het transport de verantwoordelijkheid van Movianto zijn.

De organisatie van de overdracht vereist een belangrijke logistieke inspanning, die moet passen in de operationele agenda's van beide bedrijven en die tegelijkertijd de kwaliteit van de processen moet waarborgen, wat enige tijd in beslag neemt. Er wordt daarom informatie uitgewisseld met beide logistieke partners. Er wordt ook bilateraal overleg gepleegd. Ook wordt via e-mail en telefoon informatie uitgewisseld om een en ander correct te laten verlopen.

Afhankelijk van het verdere overleg zou de verhuizing van de vaccins en het vaccinatiemateriaal tegen midden januari 2023 zijn afgerond, terwijl de verhuizing van de vervallen geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, die buiten de COVID-19-logistiek vallen, zou zijn afgerond tegen uiterlijk eind januari 2023. Eventuele bijkomende, niet-geraamde kosten zijn afhankelijk van de efficiënte organisatie van de transporten tussen beide distributeurs en zullen pas aansluitend op de hele overdracht exact kunnen worden bepaald.

Movianto ontvangt ook sinds eind oktober 2022 de nieuwe vaccinleveringen van de vaccinproducenten. Bepaalde leveringen van eind oktober 2022 gebeurden nog bij Medista, omdat de leveringsprocessen van de vaccinproducenten al waren opgestart. Die vaccins worden momenteel aan Movianto overgedragen. De distributie aan de vaccinatiepunten vindt volledig plaats door de nieuwe distributeur.

De juridische dienst van mijn administratie heeft mij medegedeeld dat hij op 9 oktober 2022 voor Medista uitkomt op een totaal betwist factuurbedrag van 5.485.9741,05 euro op basis van 23 facturen en 4 dagvaardingen. De procedure bij de rechtbank is nog lopende.

Mevrouw Depoorter, ik ga ervan uit dat mijn administratie absoluut niet lichtzinnig tot de conclusie komt dat er een mogelijk probleem is met een factuur. Het is in het belang van iedereen dat daarmee ernstig wordt omgegaan. De facturen worden echter systematisch betaald, ook de betwiste bedragen. Die laatste worden echter provisioneel betaald, met andere woorden onder voorbehoud, in afwachting van de gerechtelijke beslissing over de betwistingen.

Voor de laatste facturen is momenteel nog een verificatie lopende. De FOD wil natuurlijk de samenwerking en de financiële afhandeling correct kunnen afsluiten, zo mogelijk op korte termijn, en onderhoudt daarover ook contacten met Medista.

Er werden tot op heden nog geen facturen voor ereloonstaten opgenomen binnen de boekhouding van mijn administratie. De juridische aspecten van het geschil tussen Medista en de Belgische overheid worden voorlopig opgevolgd door Deloitte Legal.

De samenwerking met Movianto wordt op dit moment als goed geëvalueerd. Er is een transparante communicatie tussen de partners die leidt tot een constructieve samenwerking. Er zijn twee vaste vergaderingen per week tussen Movianto en de FOD, een vergadering per twee weken met Movianto, de FOD en de deelstaten en ad-hocvergaderingen tussen de FOD en de gefedereerde entiteiten. Al die vergaderingen worden gebruikt om de logistiek te bespreken, verbeterpunten te melden, de nodige oplossingen voor te leggen en de werkmethode aan te passen waar mogelijk.

De vaccinatiecentra hadden opmerkingen over de nieuwe samenwerking gemeld die standaard zijn bij de opstart met een nieuwe logistieke partner. Dat heeft te maken met een werk- en communicatiemethode die enigszins verschilt van die van de vorige partner, waaraan de vaccinatiecentra moesten wennen. De vaccinatiecentra vonden bijvoorbeeld soms een detail over de levering niet terug, omdat het op een andere plaats stond dan voorheen en de correcte contactpersonen nog niet altijd gekend waren. Het meest voorkomende incident was dat Movianto wel aangaf op welke dag het leverde, maar niet precies genoeg communiceerde wanneer juist, wat ondertussen opgelost is. Soms vond de levering van vaccins niet aan de juiste persoon plaats, maar dat werd eveneens opgelost. Ik beschik niet over precieze aantallen van incidenten.

In de IT-module voor de bestellingen heeft Movianto de laatste hand gelegd aan enkele aanpassingen op vraag van de deelstaten, meer bepaald op vraag van Vlaanderen.

Het lastenboek was gebaseerd op de situatie zoals die gekend en gepland was op het moment van publicatie. De offerte werd conform het lastenboek ingediend. Sommige praktische details in de logistiek moesten worden verduidelijkt en verfijnd, zoals bij de uitvoering van elke overheidsopdracht voor dit soort activiteiten niet uitzonderlijk is. Er worden geen nieuwe logistieke taken aan Movianto gevraagd die niet in het lastenboek opgenomen waren. Er is een addendum toegevoegd voor de verhuizing van de vorige logistieke partner naar de huidige logistieke partner, waarvoor een bijkomend budget was uitgetrokken conform de beschrijving in het lastenboek via een herzieningsclausule. Movianto was hiervan op de hoogte. Het addendum voor het uitvoeren van de verhuizing tussen de beide logistieke partners bedraagt 252.146,40 euro exclusief btw. Beide partners interpreteren het lastenboek op dit moment op een gelijke manier.

Movianto beschikt over voldoende ULT's voor de huidige stock covidvaccins. Movianto had ons gezegd dat er nog bijkomend ULT's operationeel zouden worden, wat moet volstaan voor toekomstige leveringen, rekening houdend met de huidige houdbaarheidsdata van de vaccins.

Daarnaast wordt de voorraad monkeypoxvaccins op -80°C bewaard bij Movianto. Movianto beschikt ook over alle nodige vergunningen.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de stand van zaken van 9 oktober kende ik al. Ik heb u gevraagd hoe het vandaag zit.

In verband met de facturen en de betwistingen zegt u dat men die nog aan het bekijken is. Als men echter met een firma in zee gaat en als men die firma vraagt de herfstcampagne te organiseren, dan moeten daar natuurlijk middelen tegenover staan. Ik heb de indruk dat het opnieuw een steekspelletje wordt. Hetzelfde geldt voor de juridische procedures. U hebt al 750.000 euro uitgegeven voor juridische procedures. Dat is veel geld, mijnheer de minister. Ik vroeg u hoeveel daar nog bijgekomen is en u zegt dat Lloyd Legal dat opvolgt, maar over welk bedrag gaat het? Ofwel weet u het niet, ofwel is het voor u een beetje pijnlijk om het te zeggen. Die 4 miljoen die u zou uitsparen door te veranderen van partner – gelukkig loopt de samenwerking daarmee wel goed – zult u niet kunnen uitsparen. Kijk alleen al naar de juridische kosten die u intussen hebt. Dat is een flink pak. Als u kijkt naar wat de herfstcampagne gekost heeft, dan blijkt dat wat u zei over de kosten voor de transitie compleet onjuist is.

Het addendum voor de transitie van de vaccins waarover u het had, is een addendum dat uw diensten hebben afgesloten met Movianto, niet met Medista. De 252.000 euro waarover u het had, valt daar niet onder. Dat klopt wat Movianto betreft, maar niet wat Medista betreft.

Ik weet dus niet waar het precies scheef zit. Ofwel weet u het niet, ofwel lichten uw diensten u niet in, ofwel wil u het hier in het Parlement niet zeggen, maar die facturen zullen nog veel hoger oplopen. Eigenlijk begon u met te zeggen dat u de laatste facturen nog niet hebt. Pas wanneer de transitie volledig gebeurd is, zullen wij een volledige visie op de kostprijs hebben.

Mijnheer de minister, wanneer zult u eindelijk toegeven dat de hele opzet van het veranderen van vaccindistributeur geld kost? De redenering die u hier in de zomer in het Parlement naar voren hebt gebracht, namelijk dat u als een goede huisvader handelt, gaat totaal niet op. Ik ben nog altijd op zoek naar de ware toedracht van de verandering van distributeur. Het zou u sieren als u de reden gewoon op tafel zou leggen.

Het verveelt u een beetje dat ik daarover vragen blijf stellen, maar ik zal ze blijven stellen tot ik echt een antwoord heb, want het klopt niet wat u zegt, mijnheer de minister. Er zijn twee mogelijkheden. Ofwel hebben uw diensten voor u beslist en was u niet echt op de hoogte of vond u het niet prioritair of belangrijk en hebt u het niet goed gecontroleerd. Ofwel vindt u het niet noodzakelijk om de echte reden, die uw diensten u wellicht wel zullen hebben meegedeeld, transparant naar de burger en het Parlement te brengen. Dat is een even groot probleem.

Mijnheer de minister, wanneer zal er eindelijk klaarheid in dit dossier komen? U hebt een partner, waarmee u lang hebt samengewerkt, omwille van budgettaire redenen buitengegoid, maar die budgettaire redenen blijken geen stand te houden. Wat was de reden? Waarom hebt u de volledige verdeling van de vaccindistributie in gevaar gebracht, zonder de deelstaten daarin te kennen, zonder echt rekening te houden met de ware gevolgen?

Ik zal dit blijven uitspitten. Mijnheer de minister, uw goede huisvaderschap houdt geen stand. U geeft geen antwoorden. Ik zal opnieuw vragen over dit dossier moeten indienen.

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

08 **Samengevoegde vragen van**

- **Barbara Creemers aan Eva De Bleeker (Begroting en Consumentenbescherming) over "De bescherming van de consument tegen toxische producten" (55032010C)**
- **Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De schadelijkheid van waterafstotende sprays voor de gezondheid" (55032592C)**

08 **Questions jointes de**

- **Barbara Creemers à Eva De Bleeker (Budget et Protection des consommateurs) sur "La protection du consommateur contre les produits toxiques" (55032010C)**
- **Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "La nocivité des sprays imperméabilisants pour la santé" (55032592C)**

De **voorzitter**: Mevrouw Pisman is niet aanwezig. Haar vraag nr. 55032592C vervalt dus.

08.01 **Barbara Creemers (Ecolo-Groen)**: Mijnheer de minister, eind vorig jaar kon een gebruiker van een waterafstotende spray die vrij in de handel te koop is, weliswaar met de vermelding dat die met zorg moet worden gebruikt en dat de ruimte goed moet worden geventileerd, ondanks de juiste toepassing niet voorkomen dat twee van haar honden kort na het gebruik ervan stierven.

In een reportage gaf de heer Tytgat daarover zijn visie en beklemtoonde het belang van een goede verluchting bij gebruik van producten op basis van butyl- en ethylacetaat, bestanddelen die hoofdpijn, duizeligheid en braken veroorzaken, dempend op het bewustzijn werken en bij grote hoeveelheden zelfs een coma van de mens tot gevolg hebben. Dat zijn toch serieuze bijwerkingen voor een product dat gewoon vrij in de handel te krijgen is. Ik maak mij er zorgen over dat zulke producten vrij verkocht worden en dat er incidenten plaatsvinden, ook al worden ze correct gebruikt.

De verantwoordelijkheid zou bij zulke gevaarlijke producten niet zomaar bij de consument mogen liggen. Het betreft hier een kwestie die ook te maken heeft met consumentenbescherming en consumentenwerking, waardoor ik ook een vraag heb ingediend bij de staatssecretaris bevoegd voor consumentenbescherming.

Hoe reageert u op zo'n incident? Nu gaat het over twee honden, maar de kwetsbare doelgroep van kinderen zou beschermd moeten kunnen worden.

Welke maatregelen kunt u in het kader van uw bevoegdheden nemen om consumenten en specifiek kwetsbare groepen beter te beschermen tegen de gevolgen van het gebruik van dergelijke schadelijke producten voor de gezondheid?

Zijn er strengere restricties op bestanddelen zoals butyl- en ethylacetaat nodig om de gezondheid van de kwetsbare consumenten te beschermen?

Wat bent u van plan met zulke producten?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Creemers, ik heb aan mijn administratie gevraagd om dit product op te sporen en te bekijken en daar eventueel gevolgen aan te geven. Daar heb ik op dit moment nog geen antwoord op.

In het algemeen wil ik wel zeggen dat ik in het kader van de bescherming van de gezondheid maatregelen kan nemen, tot en met het uit de handel nemen van producten die een risico inhouden. Het blijft nodig om dan het product en de bij de ongevallen betrokken chemische stoffen duidelijk te identificeren en het verband tussen oorzaak en gevolg vast te stellen.

Ik ben het met u eens dat de bescherming van consumenten en de meest kwetsbare leden van onze samenleving, bijvoorbeeld kinderen, waarnaar u verwees, en zwangere vrouwen, echt prioriteit heeft. Ik ben medeondertekenaar van het NAPED, het National Action Plan on Endocrine Disruptors. Dat werk omtrent gevaarlijke chemische stoffen houdt voor mij natuurlijk niet op bij hormoonontregelaars.

Ik zal er voorts voor pleiten dat België tijdens de volgende Europese onderhandelingen over chemische stoffen, in het kader van de REACH-verordening, een hoog niveau van bescherming van gezondheid en milieu verdedigt, zodat automatische risicobeheersmaatregelen voor zorgwekkende stoffen, zoals de Commissie die in haar Europese GD en haar strategie voor duurzame chemische stoffen heeft vastgesteld, ook werkelijkheid worden.

08.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik ben tevreden dat u mijn bezorgdheid deelt. Goed dat u de administratie gevraagd hebt naar een analyse van dat incident. Ik wens graag mee op de hoogte te zijn van de bevindingen van de administratie. Dien ik daartoe best een schriftelijke vraag in?

08.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja, het is een beetje zoals het punt daarnet met mevrouw Fonck, u mag altijd eens bellen naar mijn beleidscel om te vragen wanneer het moment interessant is om die vraag in te dienen. Het is afhankelijk van wanneer ik het resultaat heb. Het is goed dat u dat via een schriftelijke vraag opvolgt. Ik zal het alvast signaleren.

08.05 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik zal een schriftelijke vraag indienen. Als blijkt dat wij ons niet alleen over de genoemde, maar ook over nog andere stoffen zorgen moeten maken, dan kan het uit de handel nemen een optie zijn. Ook kan worden beslist dat die stoffen enkel door professionelen gebruikt mogen worden, wat een andere context is, zodat er zeker geen kwetsbare doelgroepen in de buurt zijn.

Het NAPED gaat over de hormoonontregelaars en hormoonverstoorders. Voor de REACH-verordening wachten wij ook op een grote doorbraak in het komend jaar. Specifiek voor het genoemd geval stel ik voor dat we even bekijken wat de administratie zegt.

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

09 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het overmatig gebruik van antibiotica" (55032019C)**

- **Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het antibioticagebruik" (55032905C)**

09 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recours excessif aux antibiotiques" (55032019C)**

- **Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation d'antibiotiques" (55032905C)**

09.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, volgens *De Standaard* zouden in Europa 100 mensen per dag sterven omdat ze een infectie kregen met resistent geworden bacteriën en niet meer konden worden geholpen. Dat is niet nieuw, maar het blijft een probleem. Die overlijdens zijn het spijtige

gevolg van overconsumptie en/of het niet volledig uitnemen van antibiotica.

Nu blijken tijdens de coronacrisis meer patiënten in ziekenhuizen antibiotica te hebben gekregen, net om te voorkomen dat ze door de covidinfectie en een verminderde immuniteit andere infecties zouden oplopen. U gaf aan dat het bovengemiddelde gebruik van die middelen ernstig is en dat u een sensibiliseringscampagne wil starten.

Zijn de cijfers op het vlak van sterfte door resistente bacteriën in ons land vergelijkbaar met de cijfers in de ons omringende landen? Wat zijn de speerpunten van de campagne die u zult lanceren?

09.02 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, la Cour des comptes a publié récemment un rapport concernant la politique belge de prescription et de délivrance des antibiotiques, qui laisse, selon elle, à désirer. En effet, la Cour constate que malgré les efforts en ce sens, la politique menée n'a pas permis de réduire efficacement la consommation d'antibiotiques qui reste parmi les plus élevées d'Europe, avec pour conséquence des décès – 530 par an – liés à la résistance à ces produits.

Selon la Cour des comptes, "l'encadrement actuel de la prescription d'antibiotiques n'est pas suffisant" malgré le fait que la Belgique tente depuis les années 90 de mieux gérer cette politique.

Un plan national autour des antibiotiques a encore été validé en 2021. La Cour des comptes recommande de le faire évoluer en y intégrant ses recommandations et en prévoyant d'évaluer l'efficacité des mesures. Parmi ces recommandations, on note par exemple la nécessité d'exercer un meilleur contrôle sur les médecins et spécialistes qui prescrivent le plus d'antibiotiques mais aussi un meilleur contrôle de la qualité des prescriptions.

La Cour des comptes ajoute que le conditionnement des médicaments devrait être revu. Ceux-ci sont généralement trop grands et le patient se retrouve ainsi avec des pilules inutiles en stock. Elle recommande donc qu'il soit obligatoire de délivrer la quantité exacte nécessaire. Enfin, les pharmaciens devraient aussi systématiquement vérifier que le patient a bien une prescription, ce qui n'est apparemment pas toujours le cas.

Monsieur le ministre, que pensez-vous des conclusions de ce rapport publié par la Cour des comptes? Comment expliquez-vous que nous ayons une consommation d'antibiotiques parmi les plus élevées d'Europe alors que des mesures ont déjà été prises pour diminuer celle-ci? Que pensez-vous des recommandations formulées par la Cour des comptes? Comptez-vous les mettre en œuvre?

09.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, in het recente rapport *Assessing the health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU/EEA* van het ECDC wordt de Belgische situatie vergeleken met die in andere Europese landen. Wij staan daar op de dertiende plaats van 29 landen. Dat kan dus zeker beter. Ik zal u die gegevens bezorgen.

Het recentste gedetailleerde overzicht van het geschatte aantal slachtoffers ten gevolge van antibioticumresistentie in België werd gepubliceerd in *Revised estimates of burden of disease for antimicrobial resistance*. Wij zien een lichte stijging, van 690 in 2016 naar 728 in 2019, die dan tijdens het pandemiejaar gunstiger werd, met een daling tot 616 in 2020. Recentere gegevens worden momenteel verzameld in een puntprevalentieonderzoek door Sciensano. Ik heb hier een tabel met heel veel details, die ik u zal meegeven.

Dan kom ik bij wat wij ondertussen op gang hebben gebracht. De AMR-campagne (antimicrobiële resistentie) ging officieel van start op vrijdag 18 november, ter gelegenheid van de wereldwijde Week voor het verstandig gebruik van antibiotica. De nieuwe website *Praat over antibiotica* is beschikbaar in vier talen: Duits, Engels, Frans en Nederlands. Het gaat om voorlichting en bewustmaking over het onderwerp AMR en over de middelen die iedereen op zijn eigen niveau ter beschikking heeft om de situatie te verbeteren en zijn gedrag aan te passen.

De doelstellingen van die campagne zijn het bevorderen van een open dialoog tussen het grote publiek en gezondheidsmedewerkers over AMR-kwesties, de rol van gezondheidswerkers als AMR-ambassadeurs versterken, burgers bewust maken van de gevaren van antimicrobiële resistentie en hun aanmoedigen om betere praktijken toe te passen om de voortgang en verspreiding van geneesmiddelenresistentie-infecties te vertragen, door infectiepreventie maar ook door het juiste gebruik van antimicrobiële stoffen. Wij hebben al

heel wat positieve reacties ontvangen op die campagne.

Ik wil het onderwerp een beetje verbreden in antwoord op de vragen van mevrouw Zanchetta.

Depuis de nombreuses années, la Belgique est active dans la lutte contre l'AMR tant dans le domaine de la santé humaine que dans celui de la santé animale et s'emploie à réduire et à améliorer l'utilisation des agents antimicrobiens et des antibiotiques en particulier, en vue d'éviter le développement et la propagation de germes résistants. Des efforts supplémentaires sont néanmoins nécessaires pour améliorer la situation et garantir que ces médicaments essentiels puissent demeurer efficaces pour les générations futures.

Le renforcement de la politique de lutte contre l'AMR est donc une de mes priorités. Différentes initiatives sont actuellement soutenues. Ainsi, depuis 2021, un travail intersectoriel est réalisé pour publier un rapport annuel "One Health" sur la résistance aux antimicrobiens. La sensibilisation à l'AMR a été renforcée. Je viens d'évoquer la nouvelle campagne de sensibilisation. En outre, récemment, plusieurs actions ont été initiées dans le domaine de l'AMS (*Antimicrobial stewardship*) et l'IPC (*Infection prevention and control*). Je pense ici notamment aux projets HOST (*Hospital Outbreak Support Teams*) ou à l'envoi de feed-back aux dentistes. Plusieurs études ont également été initiées sur le thème des biocides, du changement de comportement, de la surveillance dans le domaine de la santé humaine, de l'implémentation des tests rapides et d'orientation ainsi que de l'optimisation du fonctionnement des groupes de gestion de l'antibiothérapie.

Le récent rapport de la Cour des comptes souligne que le secteur de la santé humaine et plus particulièrement les traitements ambulatoires doivent faire l'objet d'une attention particulière car plus de 90 % des antibiotiques à usage humain délivrés en Belgique sont utilisés en dehors des structures hospitalières.

Je crois pouvoir dire que le travail d'analyse présenté dans ce rapport est important. Je tiens d'ailleurs à remercier ici les auditeurs pour leurs recommandations pertinentes. Le plan d'action national est construit comme un plan dynamique. Des rencontres entre les différentes parties prenantes seront organisées dès à présent pour prioriser et coordonner la mise en œuvre de nouvelles actions dans le domaine des traitements ambulatoires, sur la base des recommandations formulées.

Peut-être direz-vous que les initiatives que j'ai listées (sensibilisation, documentation, études) sont quelque peu légères. Je crois que, sur la base notamment des recommandations de la Cour des comptes, il conviendrait peut-être de s'interroger quant à la nécessité de mesures plus percutantes.

09.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik heb ook geluisterd naar het antwoord op de vraag van collega Zanchetta. Wat ik echter niet gehoord heb, is of u zult overgaan tot de terugbetaling per pil. Is dat een van de plannen? Ik heb het dus over een terugbetaling per aantal antibioticapillen.

Ik heb daarover immers een voorstel van resolutie hangende en dat is ook een van de aanbevelingen die worden gedaan. Wordt dat in overweging genomen?

09.05 Minister Frank Vandenbroucke: Het antwoord is ja. Ik vind dat een interessant idee, maar we zitten aan het begin van de reflectie daarover.

09.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Die aanbeveling is al een tijdje geleden gedaan. Dus misschien kunt u daar toch een beetje spoed achter zetten. Ik denk immers dat het een absolute prioriteit moet zijn om de bacteriële resistentie onder controle te proberen krijgen. De problematiek bestaat ook al veel langer dan vandaag en wordt echt wel pertinent. Het kan niet dat we patiënten verliezen aan bacteriële resistentie. Hierbij doe ik dus een warme oproep om daarmee vooruit te gaan.

09.07 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je ne manquerai pas de revenir vers vous, dans le courant de cette année, pour vous poser une question concernant les mesures plus efficaces que nous pourrions mettre en œuvre afin de lutter contre cette mauvaise consommation des antibiotiques.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)

sur "Les difficultés financières des hôpitaux publics" (55032076C)

10 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandembroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiële moeilijkheden van de openbare ziekenhuizen" (55032076C)

10.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, tout d'abord, je vous présente ainsi qu'à vos services mes meilleurs vœux.

Ma question concerne les hôpitaux publics qui sont dans une grande difficulté financière. Leurs coûts liés à l'indexation des salaires, à l'augmentation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux et à l'énergie sont en partie responsables mais ce qui plombe particulièrement leur situation financière, ce sont les charges des pensions des fonctionnaires statutaires qui ont travaillé dans leur structure. La Cour des comptes a réalisé une étude sur ce problème et a conclu que le financement des pensions des agents statutaires des pouvoirs locaux était mis en difficulté par l'augmentation plus rapide des charges des pensions que de la masse salariale. Si tous les pouvoirs locaux sont impactés, la charge pour les hôpitaux publics, en plus de l'inflation, les met aujourd'hui au bord de la faillite.

Depuis le 1^{er} janvier 2018 et afin de compenser quelque peu ces charges financières supplémentaires, les hôpitaux publics peuvent disposer d'un budget global supplémentaire de 7,775 millions d'euros, à condition que leur nombre d'agents statutaires n'augmente pas. Pour une seule structure, le montant annuel du coût des pensions des statutaires pèse plus de 15 millions d'euros par an et pourrait doubler d'ici 2028. Si un hôpital public devait se trouver en rupture de paiement, les pensions devraient de toute façon être payées et le coût serait reporté sur les communes qui sont déjà excessivement fragilisées financièrement.

Monsieur le ministre, j'ai également posé la question à votre collègue, la ministre des Pensions. Quelle solution structurelle pouvez-vous mettre en place pour sauver les hôpitaux publics d'une faillite qui s'annonce dangereusement?

10.02 Frank Vandembroucke, ministre: Madame Hennuy, ma réponse sera assez courte. Comme vous l'avez dit, la compétence en matière de pension des membres du personnel nommés à titre définitif des administrations provinciales et locales revient à ma collègue Karine Lalieux, responsable des pensions. Ceci étant, je suis bien conscient des difficultés liées à la charge des pensions dans les hôpitaux publics et je précise que le budget octroyé dans le budget des moyens financiers des hôpitaux publics pour couvrir une partie de ces charges s'élève déjà à 159 300 000 euros en 2022, un montant qui est indexé.

Un effort important est donc fait mais le problème demeure et entre dans le champ d'action plus large des mesures financières prises pour les hôpitaux qui, comme vous le savez, sont assez conséquentes pour l'année 2023.

10.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie. Savez-vous approximativement quelle est la proportion des charges que couvrent les 159 millions d'euros? Quelle proportion cela couvre-t-il au niveau du BMF?

10.04 Frank Vandembroucke, ministre: Non.

10.05 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Dans ce cas, je redéposerai une question écrite. J'aurai la réponse complète après avoir interrogé Mme Lalieux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandembroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement des lipœdèmes" (55032082C)

11 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandembroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van lipoedeem" (55032082C)

11.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, les trois questions qui suivent sont des questions écrites datant du mois de juin 2022. J'ai dû les transformer en questions orales. Je commence par le traitement des lipœdèmes. Une œuvre

Monsieur le ministre, 11 % de la population féminine serait atteinte de lipœdème. Cette maladie, reconnue par l’OMS, consiste en une accumulation pathologique de tissus adipeux dans les membres inférieurs. Cette graisse accumulée diffère de la graisse classique, en ce sens que ni les régimes, même les plus drastiques, ni le sport ne peuvent en venir à bout. Ainsi, le lipœdème peut être constaté chez des patientes qui sont par ailleurs anorexiques. Cet amas graisseux entraîne de grandes souffrances physiques et psychologiques et, à un stade avancé, cela peut devenir très handicapant.

Deux sortes de traitements existent. L’un, conservatoire et à vie, pour éviter que l’état se détériore (drainages lymphatiques et bas de contention spécifiques). L’autre, curatif, consiste en une liposuction des cellules problématiques. Cette opération coûteuse - plus ou moins 20 000 euros - ne se pratique pas en Belgique. Elle ne serait pas non plus sans risque. Par ailleurs, comme peu de recherches indépendantes ont été effectuées à ce jour pour mesurer les effets durables et les risques éventuels d’une liposuction en cas de lipœdème, aucun remboursement n’est prévu à ce jour.

Aujourd’hui, seuls les traitements conservatoires sont reconnus par notre pays et remboursés par la sécurité sociale. Cependant, ces traitements ne peuvent être appliqués que si un diagnostic a été posé, ce qui est rarement le cas.

Monsieur le ministre, existe-t-il une réflexion sur la prise en charge des soins curatifs par l’assurance maladie à ce jour? Quelles recherches sont-elles actuellement en cours? Quelles sont les mesures pour la formation et la sensibilisation du corps médical au niveau de la reconnaissance de la maladie? Je vous remercie dès à présent pour votre réponse.

11.02 Frank Vandebroucke, ministre: Chère collègue, comme vous le mentionnez, l’assurance maladie intervient effectivement dans le coût d’un traitement conservateur à destination des personnes souffrant de lipœdème. Cette prise en charge peut s’opérer par le biais de prestations de kinésithérapie, dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, soins qui peuvent être dispensés par des kinésithérapeutes proches du milieu de vie de la personne.

Un certain nombre de critères et de règles d’application s’appliquent aux prestations de kinésithérapie concernées, principalement en ce que le patient doit également être atteint de lymphœdème. Pour les personnes pour lesquelles un traitement spécialisé est indiqué, et qui répondent aux conditions de la réglementation, une prise en charge est possible dans un des deux centres multidisciplinaires qui ont conclu une convention avec le Comité de l’assurance institué auprès des services soins de santé de l’INAMI.

Il s’agit de la convention avec des centres multidisciplinaires pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème.

En ce qui concerne spécifiquement votre première question relative à une réflexion sur la prise en charge des soins curatifs par l’assurance maladie du lipœdème, je vous répondrai que la liposuction avec anesthésie locale tumescente (ALT) n’est pas vraiment un traitement curatif du lipœdème. L’objectif est de réduire les symptômes chez les patients qui ne réagissent pas ou pas suffisamment à la thérapie conservatrice.

Il ressort de la littérature que tous les patients, loin s’en faut, ne voient pas leur état s’améliorer après une ALT et que de nombreux patients doivent poursuivre leur thérapie conservatrice. Les effets de l’ALT sur la réduction de la douleur et l’amélioration de la qualité de vie sont donc encore incertains. Je peux vous communiquer une référence à une revue scientifique qui peut être intéressante.

Aux Pays-Bas, la liposuction n’est pas non plus remboursée pour le traitement du lipœdème. Ce point de vue est conforme aux points de vue internationaux qui indiquent également que l’efficacité de ces liposuctions n’a pas été prouvée. Aux États-Unis, une assurance maladie a estimé que ce traitement était encore expérimental. En Allemagne, une étude est en cours pour déterminer si le traitement peut être utilisé à grande échelle chez les patients atteints d’un lipœdème. L’étude devrait être clôturée à l’été 2025. Je renvoie à ce sujet à la réponse à la question 2. Le traitement est également en cours d’évaluation au Royaume-Uni.

Je dispose également ici de la référence d’un rapport de 75 pages publié à ce sujet aux Pays-Bas qui justifie le non-remboursement aux Pays-Bas. Il serait probablement intéressant de le lire.

En ce qui concerne votre deuxième question relative à des recherches en cours, si l'objet de votre question porte sur ce à quoi réfléchit l'INAMI à l'heure actuelle pour améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'un lipœdème, je vous répondrai qu'il n'y a pas de plan spécifique visant à modifier totalement le paysage actuel. Seules des réflexions au sujet de l'extension du nombre de centres spécialisés qui peuvent offrir une prise en charge multidisciplinaire conservatrice du lipœdème sont actuellement menées.

Si l'objet de votre question porte sur l'avancement de la recherche scientifique dans la prise en charge de cette pathologie via liposuction, le site ClinicalTrials.gov, qui recense les différentes études scientifiques en cours au niveau international, recense uniquement deux études en cours.

Ces études ont notamment été mises en place étant donné le manque d'évidences scientifiques actuelles sur l'efficacité d'une telle procédure et son effet dans le temps. Les dates de fin et les résultats de ces études ne sont pas attendus avant 2025 au plus tôt.

S'agissant de votre troisième question relative aux mesures pour la formation et la sensibilisation du corps médical au niveau de la reconnaissance de la maladie, je vous répondrai qu'il s'agit davantage d'une compétence des universités.

Je peux vous transmettre par écrit quelques références qui peuvent vous intéresser.

11.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès aux données de santé dans les dossiers de santé mentale" (55032083C)

12 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang tot de gezondheidsgegevens in de geestelijke gezondheidszorg" (55032083C)

12.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, monsieur le ministre, la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Un certain nombre de dispositions, notamment celles contenues dans la section 12 relative à l'accès aux données de santé (à savoir les articles 36 à 40), ne le sont pas encore. Du moins, elles ne l'étaient pas en juin, lorsque j'ai introduit cette question comme question écrite. Cela a un peu changé depuis lors.

La Commission des Psychologues avait encore beaucoup de questions concernant la portée du consentement explicite ou implicite, le flou autour du terme "relation thérapeutique" et l'accès aux données de santé dans les soins de santé mentale.

La Commission des Psychologues a demandé le retrait des professionnels de la santé mentale de l'usage du dossier patient informatisé (DPI) pour des raisons juridiques. Ils considèrent que la plupart des informations qui leur sont confiées ne sont pas des informations médicales, mais de nature extrêmement privée et intime qui ne devraient pas être numérisées via le DPI. Nous avons effectivement eu beaucoup de discussions autour de cette question.

Monsieur le ministre, quelle concertation avez-vous pu poursuivre avec la Commission des Psychologues? En effet, des réticences subsistent.

En France, le DPI est en vigueur depuis plus de dix ans, également dans le secteur de la santé mentale. La santé est globale, qu'elle soit mentale ou physique. Ce sont des informations intéressantes. Avez-vous des retours de pratiques, des balises déontologiques qu'il serait utile d'intégrer?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, dans le cadre de la loi sur la qualité de la pratique des soins de santé, un avis relatif au dossier patient informatisé a été demandé aux organes d'avis consultatifs, dont le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale.

Les discussions concernant notamment l'accès aux données y sont toujours en cours. Cet avis devait me parvenir fin de l'année 2022. Je ne sais pas s'il est déjà arrivé.

J'aimerais préciser qu'il y a une différence entre l'usage du dossier patient informatisé, d'une part, et le partage de l'information avec d'autres professionnels, d'autre part.

Le dossier patient informatisé a pour objectif de rassembler les informations nécessaires afin de fournir des soins de qualité au patient, tandis que l'accès aux données relève de la décision de ce dernier. En concertation avec lui ou à sa demande, le professionnel peut toujours convenir de ne pas mettre automatiquement et électroniquement une information à disposition de ses confrères, pour autant que cela ne puisse nuire aux soins que le patient est en droit d'attendre, compte tenu de son état de santé. De plus, un consentement éclairé et une relation thérapeutique sont requis avant qu'un professionnel des soins de santé puisse accéder à des données partagées. Les deux aspects sont susceptibles d'apporter une plus-value à la continuité et à la qualité des soins.

Vous mentionnez la France, qui constitue une référence intéressante, mais qu'à vrai dire je ne connais pas. Bien évidemment, j'attends à présent l'avis du Conseil fédéral. Il me faut vérifier s'il se réfère à la France. Si ce n'est pas le cas, il conviendrait peut-être de la mentionner.

12.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse. Nous allons donc attendre cet avis.

Il ne faut évidemment pas confondre l'inscription de données médicales dans un dossier avec leur partage à tout-va. S'il est certain qu'une dépression ne frappe pas nécessairement quelqu'un qui souffre du genou, il est néanmoins possible qu'un traitement oncologique influe sur un autre qui soigne une dépression. En de tels cas, relatifs à du somatique pur, il peut être judicieux de recueillir des informations sur d'autres traitements.

Dans l'attente de l'avis qui sera rendu prochainement, je vous remercie encore, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Questions jointes de

- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pratique de la psychothérapie" (55032086C)

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et politique des Grandes villes) sur "L'exercice de la psychothérapie" (55032605C)

13 Samengevoegde vragen van

- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitoefening van de psychotherapie" (55032086C)

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De uitoefening van de psychotherapie" (55032605C)

13.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, monsieur le ministre, sous la précédente législature, la question de la pratique de la psychothérapie a été posée à la Cour constitutionnelle. Je me réfère ici notamment à la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé qui a été contestée par un recours collectif devant la Cour constitutionnelle en 2016.

Celle-ci a rendu son arrêt le 16 mars 2017 sous la référence 39/2017 (numéro du rôle: 6532). Suivant cet arrêt, les professionnels qui exerçaient au 31 août 2016 "peuvent continuer à exercer tant que le législateur n'a pas pris de mesure réparatrice pour assurer les droits acquis". La Cour constitutionnelle souligne, en outre "...en attendant que le législateur prenne les mesures transitoires nécessaires pour réparer l'inconstitutionnalité constatée par la Cour".

Depuis plusieurs années, des centaines de praticiens sont donc dans un flou juridique et surtout sans suivi dans le chef du SPF Santé publique. Ce délai de réponse et d'action n'est évidemment pas raisonnable.

Monsieur le ministre, quelle solution juridique pouvez-vous apporter?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Henny, mon administration n'a pas encore soumis de texte de loi visant à réparer l'inconstitutionnalité constatée dans l'arrêt 39/2017 de la Cour constitutionnelle du 16 mars 2017.

Elle a cependant entamé une analyse. Mais ce dossier relatif à l'exercice de la psychothérapie est lié à différents autres thèmes en matière de soins de santé mentale. Je pense ici notamment aux professions de soutien pour lesquelles le Conseil fédéral des professions de santé mentale m'a récemment rendu un avis.

Nous devons trouver une solution pour les pratiques qui se trouvent dans l'inconstitutionnalité. Mais ce que l'on veut corriger pour le passé doit aussi avoir du sens pour le futur.

Le domaine des soins de santé mentale est en pleine évolution. Je souhaiterais donc apporter une réponse globale, ce qui nécessite des analyses approfondies.

Les travaux étant aujourd'hui toujours en cours, il ne m'est pas possible de vous donner un timing précis.

13.03 Laurence Henny (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, il est difficile de répliquer puisqu'il n'y a pas vraiment de réponse à ce stade. On doit néanmoins déplorer le fait que cet arrêt date de 2017. Nous sommes en 2023. Comme dans d'autres dossiers, en termes d'État de droit, à un moment donné, les décisions de justice doivent produire leurs effets et être corrigées dans des délais raisonnables. Je peux comprendre que la réponse doit être cohérente avec d'autres dossiers mais à partir du moment où la justice prend une décision, les réponses doivent aussi être actées et prendre leur effet au niveau de l'exécutif. Nous espérons une prise en charge rapide de ce dossier.

Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 13 h 03.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.03 uur.