

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 7 FEVRIER 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 7 FEBRUARI 2023

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.13 uur en voorgezeten door mevrouw Nawal Farih.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 13 et présidée par Mme Nawal Farih.

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

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

De **voorzitster**: We gaan van start met een actualiteitsdebat. Fracties die geen vragen hebben ingediend, mogen ofwel bij de vraagstelling, ofwel in de repliek het woord nemen.

01 Actualiteitsdebat over het alcoholplan en toegevoegde vragen van

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het alcoholplan" (55032944C)

- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De alcoholetikettering" (55033319C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het federale alcoholbeleid (met betrekking tot alcoholreclame)" (55033649C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het federale alcoholbeleid (alcoholplan)" (55033650C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het federale alcoholbeleid (aanvullende maatregelen bij het alcoholplan)" (55033651C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De invloed van de alcohollobby's op het federale alcoholplan" (55033777C)

- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot het alcoholplan" (55033817C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het interfederaal alcoholplan" (55033971C)

01 Débat d'actualité sur le plan alcool et questions jointes de

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan alcool" (55032944C)

- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étiquetage des bouteilles d'alcool" (55033319C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique fédérale en matière d'alcool (en termes de publicité)" (55033649C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique fédérale en matière d'alcool (plan alcool)" (55033650C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique fédérale en matière d'alcool (mesures complémentaires au plan alcool)" (55033651C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'influence des lobbys alcooliers sur le plan fédéral alcool" (55033777C)

- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état de la situation en ce qui concerne le plan alcool" (55033817C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan alcool interfédéral" (55033971C)

01.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, op 10 november 2022 verspreidde u een persbericht waarin u stelde dat de federale regering een standpunt ingenomen had in het kader van het interfederaal alcoholplan. Dat plan zou midden december 2022 met de deelstaten worden afgeklopt. U stelde verder in dat persbericht: "Uit dataverzameling blijkt dat in het jaar 2012 de indirecte kosten van alcoholgebruik 744 miljard euro bedroegen."

In 2015 vroeg de Algemene Cel Drugsbeleid van de interministeriële conferentie Volksgezondheid al een alcoholbeleid te ontwikkelen. Blijkbaar werd daarover in 2017 geen consensus bereikt. Vorig jaar werd dan een nieuwe poging ondernomen en heeft de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid de opdracht om een interfederale strategie inzake het schadelijk gebruik van alcohol uit te werken opnieuw toevertrouwd aan de Algemene Cel Drugsbeleid.

Is de dataverzameling waarnaar u verwijst afkomstig uit de studie *De sociale kost van legale en illegale drugs in België* van BELSPO? In die studie is sprake van 778 miljoen euro indirecte kosten van alcoholgebruik of -misbruik. In uw persbericht spreekt u over 744 miljard euro. Ook de Algemene Cel Drugsbeleid heeft het over een kostprijs van 744 miljard euro. Dat is natuurlijk een gigantisch verschil met het cijfer van de studie van BELSPO, dat niet alleen verklaard kan worden door de indexatie. Vanwaar dat verschil? Baseert u zich voor uw beleid op correcte cijfers?

De studie van BELSPO is tien jaar oud. Welke acties zijn ondertussen daadwerkelijk al uitgerold en wat was het effect daarvan? Werd dat gemeten? Zo ja, hoe? U baseert zich op cijfers die al tien jaar oud zijn. Komt er een update van de studie of bestaat die ondertussen al?

Werd het plan ondertussen besproken in de IMC Volksgezondheid met alle ministers van Volksgezondheid en Welzijn? Wat was het resultaat van die besprekingen? Wat is de tijdlijn voor de maatregelen die u wilt uitrollen?

Wat was ten slotte de reden waarom er in 2017 geen consensus werd bereikt in de IMC Volksgezondheid? Is de situatie momenteel anders?

01.02 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn eerste vraag gaat over alcohol etikettering. In Ierland zou er wetgeving komen die waarschuwingsetiketten verplicht op flessen alcohol. Meer bepaald zouden die waarschuwingen de link tussen alcohol en kanker verduidelijken, alsook precieze informatie bevatten over de alcoholinhoud. Negen Europese lidstaten tekenden bezwaar aan tegen de geplande wetgeving en haalden daarbij het argument aan van de interne markt. Volgens verschillende lidstaten zouden de Ierse maatregelen de geplande Europese harmonisering van alcohol etikettering kunnen ondermijnen. Niet toevallig gaat het om grote alcoholproducenten zoals Frankrijk, Spanje en Italië.

Kunt u een stand van zaken geven van de geplande harmonisering van de etikettering op Europees niveau, zeker inzake de gezondheidswaarschuwingen? Welk standpunt neemt België ter zake in? Bereidt u eigen initiatieven voor met betrekking tot etikettering, eventueel binnen de context van de aankomende strategie inzake het schadelijke gebruik van alcohol?

Mijn tweede vraag sluit aan bij die van mevrouw Sneppe. Wat is de huidige stand van zaken van het alcoholplan en werd de finale versie daarvan goedgekeurd tijdens de interministeriële conferentie?

01.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Madame la présidente, monsieur le ministre, vous avez rappelé très justement dans votre dernière note de politique générale que l'alcool était classé comme substance cancérigène, qu'il constituait également un des quatre facteurs de risque majeurs de maladies non transmissibles, ou encore que les coûts sociaux liés à l'alcool avaient représenté en 2012 plus de deux milliards d'euros sans compter les années de vie en bonne santé perdues et la diminution de la qualité de vie. De tous ces constats, on pouvait espérer de votre part une lutte efficace contre la consommation excessive d'alcool via une stratégie interfédérale ambitieuse, sauf que force est de constater que cette ambition ne se retrouve pas dans votre plan alcool, en tout cas pas dans la version avalisée par le gouvernement le 10 novembre 2022.

En effet, ce plan prévoyait initialement toute une série de mesures visant à faire baisser sensiblement la consommation d'alcool. On parlait de l'augmentation des prix, de l'interdiction de la publicité ou

encore de la réduction de la disponibilité de l'alcool. Mais tous ces éléments ont finalement été extraits de la dernière mouture, de sorte que ce plan n'est plus qu'une coquille vide qui ne prévoit plus que des mesurette. Ce sont les mots des alcoologues qui se sont exprimés à ce niveau. Ce plan comprend une interdiction de vente la nuit, certaines restrictions de publicité et l'interdiction de vente d'alcool fort aux moins de dix-huit ans.

Pire, selon le magazine *Investigation* qui a été diffusé sur la RTBF le 25 janvier dernier, ce revirement serait en fait dû à l'influence des lobbies alcooliers à laquelle auraient été sensibles certains partis de la Vivaldi; le MR et l'Open Vld sont nommés. Ces partis auraient mis un veto sur les mesures ambitieuses prévues initialement, celles que j'ai citées.

Monsieur le ministre, confirmez-vous que le MR et l'Open Vld ont bloqué les mesures contenues initialement dans le plan alcool? Comment ce veto a-t-il été justifié, vu les demandes insistantes du secteur de la santé? Confirmez-vous que les lobbies alcooliers tentent aujourd'hui d'influencer vos décisions? Comment cela se manifeste-t-il concrètement? Comment s'en prémunir?

Où en sont les engagements de votre note de politique générale, comme le projet pilote dispositif alcool? Dans son dernier livre sur les ravages de l'alcool, le docteur Orban avançait que le plan alcool n'était pas ambitieux, notamment parce qu'il ne se basait pas sur l'état des recherches scientifiques. Pouvez-vous nous dire sur quelles bases scientifiques vous vous êtes appuyé pour réaliser votre plan alcool? Enfin, le même docteur Orban, donne dans son même ouvrage des pistes concrètes, comme l'indication, sur les bouteilles d'alcool, de tous les risques pour la santé, comme c'est déjà le cas en Irlande. Qu'en pensez-vous et quelles nouvelles mesures concrètes sont-elles actuellement sur la table afin de lutter contre la consommation excessive d'alcool?

01.04 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, de collega's hebben goed geschetst hoe bezorgd wij allemaal zijn over het overmatig gebruik van alcohol, des te meer omdat alcoholgebruik de oorzaak kan zijn van de meest dodelijke ziektes, waaronder kanker en cardiovasculaire aandoeningen.

Mijnheer de minister, onze fractie wenst te vernemen hoe ver het staat met het interfederaal plan. Wanneer verwacht u dat het interfederaal plan effectief goedgekeurd wordt? Vanaf wanneer kan dat plan worden geïmplementeerd?

Volgens mij blijven heel wat Kamerleden op hun honger, omdat het plan in 2023 geïmplementeerd zou worden. Intussen is het februari 2023 en wachten wij op meer nieuws. Ik hoop dat de ambitie even hoog blijft en dat wij ten volle kunnen inzetten op een alcoholplan dat ten goede komt aan onze bevolking.

01.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, geachte Kamerleden, bedankt voor uw vragen.

Mevrouw Sneppe, u hebt goed gezien dat in de inleiding van de basisnota bij de interfederale strategie inzake schadelijk alcoholgebruik inderdaad een nogal onwaarschijnlijke fout geslopen is. Ik heb aan onze diensten gevraagd om die fout onmiddellijk te corrigeren en dat is ondertussen al in orde gebracht. Hoe dan ook, het verschil tussen dat cijfer en het juiste cijfer doet geen afbreuk aan het voorstel van interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol, dat op het ogenblik voorligt in de Algemene Cel Drugsbeleid.

De studie met betrekking tot de sociale kosten bevat inderdaad gegevens uit 2012, maar dat zijn niet de enige gegevens waarop mijn beleid is gebaseerd. Mijn beleid inzake schadelijk gebruik van alcohol houdt onder andere rekening met ziekenhuisgegevens, gegevens uit de gezondheidsenquête van Sciensano, BELSPO-studies en internationale aanbevelingen. Er zitten dus ook heel wat recentere data in. De studie met betrekking tot de sociale kosten uit 2012 blijft toch relevant, omdat ze in haar opzet uniek is in België.

Naast allerlei cijfermateriaal werd ook het advies van de Hoge Gezondheidsraad met betrekking tot alcohol meegenomen. Dat bevatte natuurlijk ook cijfers. Ook werden verschillende gezondheidsexperts gehoord. Het gaat over een zeer verscheiden groep die bestaat uit huisartsen, psychiaters, psychologen, preventiewerkers, mensen die wetenschappelijk bezig zijn met het thema, criminologen en bijvoorbeeld ook de organisatie Jeunes, Alcool & Société.

We kunnen dus zeggen dat we zeer diverse bronnen geraadpleegd hebben, ik zou durven te zeggen alle mogelijke bronnen. We hebben die samengebracht in een werkgroep, als basis voor discussie. U vindt die cijfers, met alle bronnen erbij, ook terug in de basisnota. De basisnota werd gevalideerd door de thematische vergadering Drugs, die eigenlijk onze interministeriële conferentie Drugs is, ongeveer een jaar geleden, in het voorjaar van 2022.

U vindt die basisnota terug op de website van onze FOD. Daarin is trouwens ook terug te vinden welke missie en doelstellingen wij hanteren. Bij die doelstellingen vindt u ook de aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad om het aantal van tien eenheden alcohol per week niet te overschrijden.

Ik kom nu tot enkele algemene beschouwingen. De interfederale strategie inzake problematisch gebruik van alcohol overstijgt ruim de bevoegdheden van de ministers van Volksgezondheid, omdat ze ook betrekking heeft op de bevoegdheden van onder andere de ministers van Justitie, Binnenlandse Zaken, Werkgelegenheid, Mobiliteit, Wetenschapsbeleid en Begroting. Ik ben dus, met mijn collega's van de federale regering en mijn collega's van de deelstaten, echt op zoek gegaan naar een sterke consensus over het thema. Ik denk namelijk dat we een breedgedragen en concrete interfederale strategie moeten hebben. Pas dan kunnen we echt een belangrijke vooruitgang boeken. Ik hoop u er niet van te overtuigen dat dat de basis is onze antwoorden die belangrijk zijn voor heel veel individuele mensen en gezinnen in ons land die te maken hebben met de schadelijke effecten van alcohol.

Donc, Mme Rohonyi, je suis d'accord avec vous sur la nécessité d'une approche politique efficace et interfédérale de la consommation d'alcool. C'est pourquoi j'ai toujours insisté pour que les débats s'appuient sur la recherche scientifique ainsi que sur les connaissances des experts de la santé qui sont, eux, confrontés directement, et souvent quotidiennement, aux conséquences d'une consommation nocive d'alcool.

Bien sûr, ce n'est pas un secret de Polichinelle, la consommation d'alcool est également un produit économique important, certains grands acteurs ayant des capacités financières étendues, par exemple en matière de marketing et de publicité. Comme pour la plupart des autres produits économiques, certains acteurs économiques tentent en effet d'influencer la politique en formulant, entre autres, des propositions politiques. Je constate toutefois que la plupart de ces propositions n'ont que peu ou pas de base scientifique. De plus, elles sont souvent difficiles à appliquer. Cela les rend donc peu utiles dans le cadre d'une politique efficace en matière d'alcool.

Par ailleurs, il faut également reconnaître que certaines personnes considèrent la consommation d'alcool comme une question idéologique. Ces personnes envisagent ce débat dans le contexte plus large de la protection des libertés individuelles. Ce n'est pas nécessairement mon point de vue, mais il s'agit aussi d'un élément dans le débat sociétal en la matière.

En tant que ministre de la Santé publique, je m'intéresse naturellement en premier lieu à l'impact de la consommation nocive d'alcool sur la santé. Nous sommes d'accord pour dire que cet impact est énorme et encore trop sous-estimé. Ce sont tous ces aspects, ces différentes visions, les propositions politiques et associées qui doivent être conseillés dans ce débat. Et ce n'est pas évident. Comme on le voit, depuis 2008 – cela fait donc aujourd'hui 14 ans – les tentatives pour parvenir à une politique interfédérale durable en matière d'alcool dans notre pays n'ont jamais abouti. Depuis maintenant presque 15 ans, nous sommes donc sans assise robuste, sans consensus solide au niveau interfédéral de notre pays concernant la stratégie relative à l'alcool. Pour moi, c'est vraiment un drame.

Cela explique aussi pourquoi, pour moi, la recherche d'un consensus large interfédéral, même si c'est difficile et que tout le monde doit faire des compromis, est une priorité absolue et une condition *sine qua non* pour une politique en matière d'alcool.

Hoever staan we? Het voorstel van strategie dat de basisnota omzet in concrete maatregelen is recent ter raadpleging voorgelegd aan de stakeholders op het terrein. Half februari zullen de resultaten van die raadpleging worden voorgelegd aan de Algemene Cel Drugsbeleid, waarin alle federale en deelstaatministers bevoegd voor alcohol- en drugsbeleid vertegenwoordigd zijn. Die strategie zal, na eventuele aanpassingen, in maart ter goedkeuring worden voorgelegd aan de Thematische Vergadering Drugs van de interministeriële conferentie Volksgezondheid, afgekort de IMC Drugs. Ik kijk daar zeer naar uit. Dat komt nu dichtbij. Eigenlijk komt dit actualiteitsdebat dus een paar weken te

vroeg. We zouden het debat beter net erna moeten voeren. Dit debat komt op een wat moeilijk moment, omdat ik vanuit de rol die ik daarin speel niet meer informatie kan geven dan wat al geweten is. Ik kan nu niet vooruitlopen op wat er uit die debatten zal komen in de werkgroep alcohol binnen de Algemene Cel Drugsbeleid.

Ik kan wel al zeggen wat we in de federale regering beslist hebben over onze positie in dat interfederaal overleg. We zijn om te beginnen van mening dat reclame voor alcohol op radio en televisie voor en na programma's met kinderen en jongeren als doelgroep verder aan banden moet worden gelegd en vooral ook strenger gecontroleerd. Dat geldt ook voor filmpjes op digitale media en voor geschreven pers gericht op kinderen en jongeren, net als in de bioscoop voor een film. Die maatregelen met betrekking tot reclame zullen worden opgenomen in de regelgeving. We zullen de controle daarop ook niet langer meer overlaten aan de Jury voor Ethische Praktijken inzake reclame, maar we installeren een onafhankelijk orgaan binnen onze FOD Volksgezondheid om dat efficiënter op te volgen. Het is vanzelfsprekend dat we dan in de praktijk zullen steunen op de inspectie die we hebben in onze FOD.

De focus ligt op het beschermen van jongeren tegen overmatig en schadelijk alcoholgebruik. Vandaag is er ook nog te vaak discussie over wie nu welk type van alcoholproducten mag kopen. Dat komt omdat het onderscheid welk product op welke leeftijd mag worden gekocht vandaag gemaakt wordt op grond van de productiewijze. De markt is echter geëvolueerd. Er bestaan talloze hybride of gemengde alcoholproducten. Zo weet barpersoneel bijvoorbeeld niet altijd wat ze aan wie mogen verkopen. Hetzelfde zien we vaak gebeuren in nachtwinkels.

De federale regering stelt daarom voor om meer duidelijkheid in de regelgeving te brengen en onze jongeren op die manier preventief beter te beschermen. We zijn van mening dat aan de 16- tot 18-jarigen enkel nog bier en wijn mag worden verkocht. Alle andere dranken, met name sterke dranken waaronder dus ook versterkte wijnen, mogen dan uitsluitend worden verkocht aan de 18-plussers.

Voorts hebben we afgesproken dat er een nachtelijk verbod komt op de verkoop van alcohol in winkels langs de autosnelweg tussen 22.00 uur en 7.00 uur en ook een verbod op de verkoop van alcoholische dranken in ziekenhuizen. Dat willen we inperken.

Pour lutter contre les achats impulsifs, le gouvernement fédéral veut également interdire l'alcool dans les distributeurs automatiques.

Par ailleurs, je veux élaborer et mettre en œuvre un trajet de soins alcool, spécifiquement pour le groupe cible des adolescents et des jeunes adultes. Je souhaite développer ce trajet de soins en coopération avec les partenaires du réseau de soins de santé mentale.

Le gouvernement fédéral veut proposer aux jeunes, qui arrivent par les urgences en raison d'une intoxication à l'alcool et/ou à la suite d'un accident sous influence, un trajet de soins auquel les parents sont également associés. Ce trajet de soins doit se poursuivre après la sortie de l'hôpital. Nous examinons actuellement, avec les experts, quelle forme concrète ce trajet doit prendre. Cette mesure sera budgétisée pour la prochaine révision du budget des moyens financiers des hôpitaux en juillet.

Mon cabinet est également en contact étroit avec le professeur van der Lely, dont on a parlé récemment dans la presse, concernant son idée de créer des polycliniques en Flandre.

Quant au prix minimum, celui-ci sera discuté au sein d'un groupe de travail spécifique. Les recommandations des experts seront évaluées, également au regard des initiatives étrangères et des pratiques des politiques de prix européennes.

L'interdiction de distribution gratuite de boissons alcoolisées à l'achat d'un autre bien de consommation fait partie des mesures proposées dans le projet de plan d'action.

J'en viens aux quelques questions spécifiques qui ont été posées. Madame Rohonyi, vous mentionnez ce que vous appelez le "dispositif alcool". Cette expression n'est à vrai dire pas très claire, mais ce n'est pas de votre faute. Je crois qu'il s'agit d'un projet pilote que nous avons mis en place dans les hôpitaux et qui vise à améliorer la prise en charge des personnes présentant une problématique alcoolique en hôpital général.

Dans le cadre de ce projet, le personnel est formé et sensibilisé afin de les soutenir pour mieux détecter les problématiques alcooliques et optimiser la prise en charge. Le projet a également pour but d'aider à la formalisation d'un circuit de soins alcool, c'est-à-dire une approche qui aide à mieux savoir ce qu'il faut faire et vers où il faut orienter les patients, au sein de chacun des hôpitaux impliqués.

Actuellement, quinze hôpitaux sont concernés par le projet, mais tous n'ont pas commencé au même moment. En 2009, ce projet a été mis en place au Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre à Bruxelles. Sur la base des résultats positifs observés, plusieurs phases d'élargissement du projet à d'autres hôpitaux ont eu lieu: en 2013, quatre hôpitaux de plus; en 2016, quatre hôpitaux de plus et, fin 2021, sept hôpitaux de plus.

Selon une analyse réalisée par mes services en collaboration avec les parties prenantes, dans les hôpitaux où le projet pilote a été implémenté, on remarque les éléments suivants:

- une meilleure attention de la part des soignants concernant les usages d'alcool, ceux-ci posant les questions pertinentes de manière plus systématique;
- de nombreux outils sont mis en place, comme des brochures, des *guidelines*, des affiches, des circuits de soins, une échelle de sevrage, outils qui sont aussi diffusés et implémentés dans les pratiques quotidiennes des soignants;
- une orientation plus rapide des patients grâce notamment à une intensification des collaborations entre professionnels et une meilleure synergie entre les services concernés;
- une meilleure gestion des sevrages physiques d'alcool.

Mevrouw Claes en mevrouw Rohonyi, u hebt verwezen naar Ierland en wat men kan doen met betrekking tot etikettering. Ierland heeft inderdaad een reeks etiketterings- en waarschuwingsmaatregelen voor alcoholische dranken ingevoerd. In het kader van de kennisgeving door Ierland van de Ierse ontwerpregelen heeft België geen bezwaar gemaakt en ook de Europese Commissie heeft zich daar niet tegen verzet. Deze Ierse ontwerpwetgeving is in 2018 geïnitieerd, voordat de Europese Commissie haar eigen voornemen bekendmaakte om op het Europese niveau maatregelen te nemen.

Voor alle duidelijkheid, wij spreken hier eigenlijk over twee aspecten van het beleid, enerzijds de etikettering voor voedingswaren en wat daarmee verbonden is en anderzijds de toevoeging van een gezondheidswaarschuwing op elk product. Ik heb mijn diensten gevraagd om die maatregelen te bekijken in het licht van ons alcoholplan en zij zullen dan ook worden besproken in de werkgroep alcohol. Opnieuw, ik wil daar niet op vooruitlopen – ik ben niet in de positie dat ik dat kan doen, dat zou niet nuttig zijn – maar we bekijken het inderdaad in dat dubbele licht.

Ik geef even de stand van zaken op Europees niveau. In het kader van het *Europe's Beating Cancer Plan* heeft de Europese Commissie aangekondigd de etikettering van ingrediënten en de voedingswaarde van alcoholische dranken te verplichten. Tijdens voorafgaand overleg heeft de bevoegde Belgische overheid, de FOD Volksgezondheid, aangegeven dat hij het voornemen van de Europese Commissie steunt en dat de huidige vrijstellingen eigenlijk niet gerechtvaardigd zijn. Deze toekomstige wijziging van de Europese wetgeving is voorzien binnen de bredere context van de herziening van verordening nr. 1169/2011 die ook andere aspecten van voedingsetikettering zal omvatten, met name de voedingswaarde-etikettering op de voorkant van de verpakking, de aanduiding van de vervaldatum en de oorsprongsaanduiding. De wetgevende voorstellen van de Europese Commissie werden oorspronkelijk eind 2022 al verwacht, maar ze zijn uitgesteld tot het eerste kwartaal van 2023. Ik kan er dus niet meer over zeggen, omdat de inhoud van de voorstellen bij ons nog niet bekend is.

In het kader van het *Europe's Beating Cancer Plan* had de Europese Commissie ook aangekondigd dat zij in een tweede fase gezondheidswaarschuwingen op alcoholische dranken zou voorstellen. Tot hiertoe is er bij mijn weten nog geen initiatief in die zin gelanceerd op Europees niveau, maar we zullen dus bekijken of we dit op Belgisch niveau kunnen implementeren. Als het antwoord daarop in principe positief is, zullen we bekijken hoe we dat eventueel kunnen regelen.

Mevrouw de voorzitter, u hoort het, ik heb gekozen voor het moeizame werk van het zoeken naar een breed draagvlak. Eens wij echter zo ver zijn, hebben wij iets heel sterks, wat we bijna vijftien jaar lang niet hebben gehad. Ik ben in die zin hoopvol voor de komende periode. Ik hoop dat we zullen landen met het alcoholplan. Ik vraag natuurlijk aan mijn diensten om snel in actie te schieten zodra dit plan

gevalideerd is.

01.06 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, met betrekking tot de cijfers in miljoen of miljard ben ik blij dat het inderdaad om een fout ging en niet om verkeerde cijfers.

U zegt dat in het plan op jongeren wordt gefocust. Bij jongeren denk ik dan aan de leeftijd waarop mensen nog geen alcohol mogen drinken, dus jonger dan 18. Dat lijkt mij eerder preventie te zijn en dus een bevoegdheid van de deelstaten. Uit studies blijkt echter dat dit niet de echte probleemgroep is. Het echte probleemdrinken is vooral bij 50-plussers te vinden. Ik misken zeker niet dat er heel wat te winnen valt met preventie, maar daarvoor is er geen interfederaal plan nodig, maar eerder een regionaal plan, aangezien dat een bevoegdheid van de regio's is.

Mijnheer de minister, u zegt dat het definitieve plan in maart afgeklopt zal worden. Het moest eigenlijk al afgeklopt worden in december, maar dat is niet gebeurd. Nu spreekt u over maart, maar kunt ook zeggen van welk jaar? Ik heb de indruk dat er nog heel wat voorwaardelijk is en dat er nog niet veel concreets op tafel ligt. Misschien duurt het nog vijftien jaar voor er sprake is van een echt interfederaal alcoholplan.

Dat maakt nogmaals duidelijk dat het interfederale niveau niet werkt. Als er vijftien jaar of meer overheen gaat voor er iets op tafel komt en het dan nog niet zeker is of het ook van die tafel zal geraken, dat er daadwerkelijk actie zal komen, dan kan ik niet anders dan steeds op hetzelfde te blijven hameren. Splits de gezondheidszorg en voor mijn part de gehele sociale zekerheid liever vandaag dan morgen, want wij zien dat dit eerder een blok aan het been is dan dat wij echt vooruitgang kunnen boeken.

01.07 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, de strategie overstijgt inderdaad de bevoegdheden, wat het natuurlijk niet gemakkelijk maakt. U verklaart dat er verschillende politieke visies leven, terwijl we nood hebben aan een breedgedragen strategie. Ik vrees dat de patiënt de dupe wordt van al die verschillende politieke visies. Er wordt aan een ambitieus interfederaal plan gewerkt, maar als verschillende experts ter zake al bezorgd zijn, waar zullen we dan met het plan landen? Ik hoop dat we nog altijd even ambitieus zijn. U verklaart dat er tot nu toe geen sterke basis bestaat. Ik hoop dus dat er een stevige basis zal komen, maar ik blijf er bezorgd over.

Ik sluit me aan bij mevrouw Sneppe inzake de bezorgdheid over de andere leeftijdscategorieën. Jongeren hebben specifieke noden, maar we mogen de andere leeftijdscategorieën zeker niet uit het oog verliezen.

Een laatste punt is meer duidelijkheid in de regelgeving. Bijvoorbeeld de antitabaksstrategie omvat zeker goede initiatieven, maar een kat vindt haar jongen er soms niet meer in terug. Als plannen worden uitgerold, is het voor ons soms al ingewikkeld om te weten hoe de vork aan de steel zit, maar voor de man in de straat is het nog moeilijker. Ik heb dezelfde vrees bij het alcoholplan. Ik pleit dan ook voor duidelijkheid en eenvormigheid om zoveel mogelijk verwarring bij de jongeren en de andere leeftijdscategorieën te voorkomen.

01.08 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Très clairement, votre tâche n'est pas aisée, sinon nous aurions abouti depuis bien longtemps à cette stratégie interfédérale que nous tentons de mettre en place depuis 15 ans, tant bien que mal. Je suis soulagée d'entendre que votre priorité est bien de se protéger de l'impact néfaste de l'alcool sur la santé.

Le problème, c'est que vous insistez dans le même temps sur le fait qu'il faut concilier cet impératif de santé publique avec d'autres nécessités, ou en tout cas considérées comme telles par d'autres membres du gouvernement, par exemple les libertés individuelles ou le fait que l'alcool est un produit important au sein de notre économie. Vous ne cachez pas que certains lobbies tentent d'agir à ce niveau. Mais même si vous n'en êtes pas dupe, il faut se prémunir à tout prix de la sphère d'influence de ces lobbies, surtout si, comme vous l'évoquez également, la stratégie est difficile à dégager parce qu'elle nécessite un consensus entre toute une série de membres du gouvernement. Sans doute résistez-vous à ces lobbies. Mais j'ose espérer que nous ferons en sorte que les autres membres du gouvernement pourront également y résister. Il ne faut pas compter sur la chance ou sur l'intégrité de

chacun. Il faut aller vers ce qui est promis dans votre accord de gouvernement, à savoir un registre des lobbies qui soit contraignant et public, assorti de sanctions pour les contrevenants, et disponible pour les députés et les cabinets ministériels, afin de s'assurer que la santé publique prime sur les intérêts purement économiques des lobbies alcooliers.

S'agissant de l'autre volet, vous êtes revenu sur une série de mesures visant à faire baisser la consommation d'alcool. Toutefois, les jeunes n'achètent pas leur alcool dans les distributeurs situés dans les hôpitaux ou sur l'autoroute, c'est-à-dire les lieux de distribution que vous visez jusqu'ici, mais plutôt dans les supermarchés et les magasins de nuit. À mon sens, c'est vraiment à ce niveau qu'il faut agir, de même que sur les alcools dits légers avec lesquels les jeunes commencent à consommer de l'alcool. Ils ne commencent en effet pas forcément par l'alcool fort, qui est pourtant l'alcool que vous visez ici.

Vous avez évoqué également l'indication des risques pour la santé sur les bouteilles d'alcool. J'entends qu'il y a une ouverture d'esprit par rapport à ce qui a été fait, notamment en Irlande, et je m'en réjouis. Je pense néanmoins qu'au niveau européen, il faut aller plus loin. Indiquer la valeur nutritionnelle, c'est bien, mais c'est plutôt la nocivité du produit qui peut représenter une valeur dissuasive. Il en va de même pour ce qui concerne le contrôle de la publicité, je ne suis pas du tout convaincue lorsqu'on voit l'impact de cette publicité chez les plus jeunes.

Enfin, s'agissant du dispositif alcool que vous avez mentionné dans votre note de politique générale, vous nous expliquez en quoi cela consiste, vous nous expliquez qu'aujourd'hui, c'est un projet pilote qui est en vigueur dans quinze hôpitaux. J'aurais surtout voulu savoir à quel moment on pourra espérer voir ce projet pilote pérennisé dans ces hôpitaux mais aussi élargi à d'autres hôpitaux.

01.09 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de minister, terwijl de cijfers aangeven dat er op dit moment vooral een probleem van alcoholverbruik is bij ouderen, gaat mijn bekommerning vooral uit naar de jongeren. Als we aan de toekomst willen werken, moeten we immers vooral focussen op de jongeren en hun gezondheid. Ik ben alvast heel blij te horen dat het interfederaal plan langzamerhand in een meer concrete fase komt.

Ik ben een enorme fan van de methode die kinderarts Nico van der Lely in Nederland heeft geïmplementeerd, waarbij men in een aantal ziekenhuizen de jongeren aanpakt die met een overdosis worden binnengebracht op de spoedgevallendienst, dikwijls als resultaat van bingedrinken. Nederland bewijst dat het systeem werkt. Het zou mooi zijn als wij hier ook op die manier aan de slag konden.

Tot slot deel ik een hoogstpersoonlijke mening. Ik weet dat ze erg gecontesteerd wordt, maar ik vind nog altijd dat het niet kan dat alcohol, ook al is het maar bier of wijn, vrij in de handel te koop is voor jongeren – kinderen, durf ik zeggen – tussen 16 en 18 jaar. Het gelijktrekken van de leeftijd zou heel wat betekenen. Nederland bewijst trouwens dat dat enorm sensibiliserend werkt. Ik blijf daar dus voor pleiten, tegen vele anderen in. Volgens mij zullen we in de toekomst die leeftijd uiteindelijk wel optrekken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het gebruik van Rilatine tijdens de blok" (55032715C)

02 Question de Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "La consommation de Rilatine pendant la période de blocus" (55032715C)

02.01 Steven Creyelman (VB): Om de werkzaamheden vlot te laten vooruitgaan, verwijs ik naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Het gebruik van stimulerende middelen als cognitieve enhancer tijdens de blok is niet nieuw. Uit onderzoek van de UA Antwerpen blijkt dat één op de twaalf studenten zich wel eens waagt aan rilatine.

Dit cijfer is met 1 op 9 bij geneeskundestudenten nog hoger. Het innemen van rilatine door niet ADHD-patiënten is echter niet zonder risico, integendeel.

Uit onderzoek is gebleken dat 18 procent van de studenten het middel via de huisarts krijgt. We lezen in HLN (13/12/2022) dat normaal een psychiater de diagnose van AD(H)D of narcolepsie stelt en het eerste voorschrift aflevert. De huisarts kan echter ook rilatine off-label voorschrijven. Vaak dus onterecht maar onder druk van studenten of ouders. Geneeskundestudenten hebben vaak ouders die zelf arts zijn en die dan ook het middel voorschrijven.

Vorig jaar stelde mijn fractie u al de vraag of u op de hoogte was van deze problematiek en welk gevolg u er desgevallend aan zou geven. U schetste toen zelf uitgebreid de problematiek, maar geen concrete acties.

Welke vooruitgang op vlak van het misbruik van rilatine is er het afgelopen jaar geboekt? Heeft de minister hieraan een concreet gevolg gegeven of is hij van plan dit alsnog te doen?

Kan het RIZIV een controle uitvoeren op het rilatine-voorschrijfgedrag van artsen? Kan worden nagegaan of artsen rilatine voorschrijven voor patiënten die geen diagnose van ADHD hebben?

Werden in het verleden reeds artsen gesanctioneerd voor het onterecht voorschrijven van rilatine?

Kunnen apothekers een rol spelen in het terugdringen van het gebruik van rilatine onder studenten zonder ADHD?

Is er een meldpunt waarbij zorgverstrekkers melding kunnen maken van misbruik van rilatine?

Het FAGG heeft informatiecampagnes over het goed gebruik van geneesmiddelen ontwikkeld, zoals 'een geneesmiddel is geen snoepje'. Zijn er in het verleden nog andere ontradingscampagnes geweest bij studenten? Wat was daarvan het resultaat?

Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie informeerde in het verleden al over het feit dat het gebruik van geneesmiddelen zoals rilatine door studenten om hun intellectuele prestaties te verbeteren niet gerechtvaardigd is. Artsen moeten evidence-based werken. Hoe is het te verklaren dat zoveel artsen dit in dit geval niet doen?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: U vroeg naar de vooruitgang. Noch het RIZIV, noch het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten heeft in het jaar 2022 specifieke acties ondernomen met betrekking tot methylfenidaat, wat men vindt in Rilatine en Equasym. Er wordt wel verder gewerkt aan de ontwikkeling van begrijpbare informatie over geneesmiddelen voor de burger, met bijzondere aandacht voor een correct gebruik van geneesmiddelen. Dat is een transversaal project van het FAGG, dat ik belangrijk vind, waar we farmacologische informatie breed en gemakkelijk beschikbaar willen maken, ook voor burgers.

De FOD Volksgezondheid heeft in samenwerking met ADHD-deskundigen in 2018 een website ontwikkeld, www.adhd-traject.be. Daarin beschrijven we een zorgpad ADHD, dat een zo goed mogelijk traject voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen beoogt. De doelgroep bestaat dus uit kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een druk gedrag en/of aandachts- en concentratieproblemen. Iedereen die daarmee te maken heeft, van ouders, leerkrachten, artsen, huisartsen en CLB-medewerkers tot hulpverleners, kan daar wetenschappelijk verantwoorde en praktische informatie op maat vinden. Die website is vorig jaar bijgewerkt om rekening te houden met nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen.

Ik zal dit jaar nog een campagne over het rationele en het goede gebruik van psychofarmaca lanceren om huisartsen, psychologen en apothekers te sensibiliseren. Er zal een website worden ontwikkeld waarop alle nuttige informatie voor zorgverleners gecentraliseerd wordt en waar de belangrijkste kernboodschappen en aanbevelingen over psychofarmacagebruik, waaronder psychostimulantia, herhaald worden.

Ik kom tot uw tweede vraag. Rilatine wordt slechts in een zeer beperkt aantal gevallen terugbetaald. Daarvoor is bovendien een specifieke toelating van de adviserende arts van het ziekenfonds van de verzekerde nodig, op basis van een aanvraag van de arts-specialist met de nodige bewijstukken. Bij patiënten vanaf 18 jaar wordt slechts een specifieke vorm van Rilatine vergoed bij narcolepsie. De adviserende arts geeft toelating op basis van specifieke voorwaarden.

Het voorschrijfgedrag van artsen met betrekking tot medicijnen die niet worden terugbetaald, is moeilijker te volgen. Dat valt ook niet onder de bevoegdheid van het RIZIV, wat niet wil zeggen dat dat

geen aandachtspunt is. Als we een campagne voeren, zullen we het natuurlijk over alle medicatie hebben.

U vraagt of artsen in het verleden al voor onterecht voorschrijven zijn gesanctioneerd. Mijn antwoord is hetzelfde als het vorige. Het onterecht voorschrijven van medicatie die niet wordt vergoed, kan niet als zodanig door het RIZIV worden gesanctioneerd. Ik kom daar nog op terug.

Als een apotheker een voorschrift voor Rilatine ontvangt, dan weet de apotheker niet voor welke indicatie het geneesmiddel werd voorgeschreven. Dat wordt immers niet vermeld op het voorschrift en behoort tot de verantwoordelijkheid van de voorschrijvende arts. Dat neemt niet weg dat de apotheker wel degelijk een rol kan spelen in het terugdringen van het gebruik van Rilatine. Als er aanwijzingen zijn dat het geneesmiddel buiten de aangewezen indicaties wordt gebruikt, dan kan de apotheker de patiënt er bij de aflevering op wijzen dat het gebruik van Rilatine buiten de indicatie van ADHD gevaar kan inhouden en dat geneesmiddel zonder medisch advies nooit aan derden mag worden doorgegeven.

Dan hebt u een vraag over een meldpunt. Daar moeten we weer een onderscheid maken. Als er een misbruik is met betrekking tot terugbetaalde Rilatine, dan kan een melding bij de betrokken verzekeringsinstelling worden gemaakt of bij de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV.

In het kader van het misbruik van Rilatine in het algemeen, dus ook niet-terugbetaalde Rilatine, wordt melding gemaakt van de voorschrijvende arts aan de Provinciale Geneeskundige Commissies. Herinner u dat de Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg, zoals bepaald in artikel 45 van de wet van 22 april 2019 inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, die bevoegdheid van de Provinciale Geneeskundige Commissies overneemt. Men zit dan in een volksgezondheidsverhaal, waarin de nieuwe Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg haar rol moet spelen.

Wanneer een apotheker melding maakt van een vermoeden van misbruik van geneesmiddelen door een patiënt, stimuleert het FAGG de melder daarvan om de voorschrijvende arts of artsen te contacteren – het gaat dan om de artsen die zichtbaar zijn op de voorschriften die recent werden aangeboden in de apotheek – om hen te informeren over de situatie en te verifiëren of het voorschrift conform is. Momenteel wordt de apotheker ten stelligste aangeraden om de Provinciale Geneeskundige Commissie te informeren. In de toekomst zal hij zich dus tot de Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg moeten richten. Misbruik van geneesmiddelen mag ook worden gemeld aan het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking voor geneesmiddelen voor Humaan gebruik, dat deel uitmaakt van het FAGG.

U stelde ook vragen over campagnes. Er is de campagne *Een geneesmiddel is geen snoepje*. Zij maakt burgers bewust van het juiste gebruik van geneesmiddelen. Ook de informatiecampagne *Geneesmiddelen via internet? Surf niet met uw gezondheid!* is nog steeds beschikbaar en informeert het publiek over de risico's van het gebruik van op internet bestelde geneesmiddelen buiten het legale circuit. Tot slot publiceerde het FAGG in 2019 het onderzoek *Een op twintig universiteitsstudenten gebruikt stimulerende middelen om beter te studeren* – dat staat op de website van het FAGG – over het gebruik van stimulerende middelen door studenten. Het artikel herinnert studenten eraan dat zij zich ervan bewust moeten zijn dat zij geen enkel geneesmiddel veilig en effectief kunnen gebruiken om intellectuele prestaties te verbeteren en dat er veel risico's verbonden zijn aan het misbruik van dergelijke geneesmiddelen. Het FAGG subsidieert ook het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI), dat belast is met de voorlichting van gezondheidswerkers over geneesmiddelen. Zoals ik al heb gezegd, zijn de apotheker en de arts belangrijke actoren, ook bij de voorlichting aan patiënten.

Wat uw laatste vraag betreft, indien een patiënt een arts onder druk zet om een geneesmiddel voor te schrijven dat een gevaar voor de patiënt kan opleveren, is het natuurlijk aan de arts om het welzijn van de patiënt voorop te stellen. De publicaties van het BCFI en de productbijsluiters of -samenvatting van de kenmerken van het product moeten daarbij de leidraad zijn. Ik verwijs hiervoor naar mijn antwoord op de eerste vraag met betrekking tot de nood om begrijpbare informatie over geneesmiddelen te ontwikkelen voor de burger, met bijzondere aandacht voor correct gebruik van geneesmiddelen. We zijn bezig met de ontwikkeling daarvan. Ik ben ervan overtuigd dat dat zeer belangrijk is, zowel naar

mensen in het algemeen als naar studenten in dat domein.

02.03 Steven Creyelman (VB): Dank u voor uw omstandig antwoord, mijnheer de minister. Gelet op de mogelijke ernstige bijwerkingen, zoals slaapstoornissen en het feit dat het gebruik ervan een gelijkaardig effect heeft als het gebruik van cocaïne en dat het bijdraagt tot de ontwikkeling van depressies, anorexia, angststoornissen en zelfmoordgedachten – bijwerkingen die toch niet mogen worden geminimaliseerd – moet er voldoende aandacht worden besteed aan het misbruik van Rilatine, onder andere bij studenten.

Meten is weten, zoals u zelf al aangaf. We moeten de problematiek dus ook beter in kaart brengen, onder andere via de artsen en de apothekers. Zij kunnen niet alleen een rol spelen bij het beter in kaart brengen van de problematiek, maar ook bij de preventie ervan, bijvoorbeeld door voldoende bewust om te gaan met de mogelijke gevolgen van hun voorschrijfgedrag of aflevergedrag.

U kondigde een aantal nieuwe acties aan, zoals een sensibiliseringscampagne. U verwees ook naar een aantal campagnes die in het verleden werden opgestart, maar die zijn allemaal vrij generiek en niet specifiek op Rilatine en aanverwanten gericht. Ik dring aan op een specifiekere aanpak, want in de praktijk valt daar nog niet veel over op te merken.

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

03 **Samengevoegde vragen van**

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het geweld tegen het medisch personeel" (55032836C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een centraal meldpunt voor geweld tegen zorgverstrekkers" (55032848C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een onlinemeldpunt voor zorgpersoneel dat het slachtoffer werd van agressie" (55032901C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het toenemende geweld tegen hulpverleners" (55033100C)

03 **Questions jointes de**

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les violences contre le personnel médical" (55032836C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un point de contact unique pour le personnel soignant victime de violences" (55032848C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un point de contact en ligne pour le personnel soignant victime d'agression" (55032901C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation de la violence envers les services de secours" (55033100C)

De **voorzitster**: Mevrouw Gijbels en mevrouw Fonck zijn momenteel niet aanwezig. De heer De Caluwé kan als eerste indiener mee bepalen of de vragen nu behandeld worden.

03.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mevrouw de voorzitster, ik heb straks nog andere verplichtingen, anders had ik deze vragen met veel plezier uitgesteld.

Mijnheer de minister, deze vraag heb ik ingediend naar aanleiding van het geweld tegen ambulanciers op oudejaarsavond, maar de problematiek is niet tot die avond beperkt. Op oudejaarsavond werden ambulanciers bekogeld met vuurwerk en andere projectielen. Er zouden zelfs valse oproepen gelanceerd zijn om hulpdiensten in de val te lokken. Ook vanuit de ziekenhuizen krijgen we signalen dat het geweld tegen artsen en verpleegkundigen toeneemt.

In de afgelopen jaren is het aantal meldingen van geweld tegen medische hulpverleners enorm toegenomen. De gekende aantallen zijn wellicht een onderschatting, want geweld tegen hulpverleners wordt niet altijd gemeld. Veel slachtoffers zijn terughoudend in de melding van geweld, aangezien hun

naam in het proces-verbaal wordt opgenomen, waardoor de dader naderhand mogelijk nog verhaal kan komen halen.

Mijnheer de minister, plant u initiatieven om de veiligheid van hulpverleners in de toekomst beter te garanderen, zowel binnen als buiten het ziekenhuis? Overlegt u met de minister van Justitie om te onderzoeken welke maatregelen kunnen worden genomen om hulpverleners ertoe aan te zetten om elke gewelddaad te melden, eventueel via een anonieme klacht?

03.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ook mijn vraag kadert in de problematiek die zich op oudejaarsavond heeft voorgedaan. Ik ben net terug van een hoorzitting in de commissie voor Binnenlandse Zaken, waar Zorgnet-Icuro oproept tot nultolerantie voor geweld tegen zorgverleners, net zoals die geldt voor geweld tegen leden van het politiekorps.

Het is immers zorgwekkend, mijnheer de minister, zeker daar wij recent nog een aanval meemaakten van een psychiatrische patiënt. Ik verneem graag wat uw plannen zijn om de hulpverleners te beschermen, de mensen die werken met psychiatrische patiënten in het bijzonder, maar ook de mensen van de spoeddiensten of de ambulanciers.

Wat is uw conclusie over de verschillende recente berichten in de media? Hebt u contact opgenomen met uw collega's van Binnenlandse Zaken en Justitie?

Eén van mijn vragen ging over de medewerker die in Sint-Niklaas aangevallen is door een psychiatrische patiënt. Hoe zult u het personeel binnen de geestelijke gezondheidszorg extra beschermen? Wat vindt u van de oproep tot nultolerantie van Zorgnet-Icuro?

03.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, ik deel volkomen wat de twee sprekers hebben gezegd.

Mevrouw Depoorter, ik was niet op de hoorzitting, maar als ik u zo hoor, meen ik dat de getuigenis van Zorgnet-Icuro belangrijk is en dat wij ze au sérieux moeten nemen. Geweld tegen zorgverleners is eigenlijk iets onbegrijpelijks. Het zou onbegrijpelijk moeten zijn. Het is alleszins totaal onaanvaardbaar. Ik vind dat wij er strenger tegen moeten optreden.

Om met het belangrijkste te beginnen, in het nieuwe Strafwetboek dat de federale regering opstelde, zal geweld tegen zorgverleners voortaan strenger bestraft worden. Ik hoop dat het relatief snel zijn weg zal vinden door de hele parlementaire procedure, zodat het duidelijk is dat het legistieke kader echt veranderd is en dat we zwaardere straffen zullen geven aan wie agressie pleegt tegen zorgverleners of hulpverleners in het algemeen.

Het is belangrijk dat slachtoffers incidenten van agressie melden. Mevrouw de voorzitter, dat punt komt ook aan bod in andere vragen, maar ik ga er toch even op in, omdat mevrouw Depoorter een algemeen beeld vraagt.

Ik vind het essentieel dat het niet bij een melding alleen blijft, maar dat er ook verdere stappen gezet worden. Slachtoffers van geweld moeten dus hun klacht laten registreren daar waar er daadwerkelijk gevolg aan kan worden gegeven, namelijk bij Justitie.

Met betrekking tot het verlagen van de drempel voor het indienen van een klacht, door bijvoorbeeld anoniem klacht te kunnen indienen, heb ik al contact gehad met de minister van Justitie. Bij Justitie zegt men dat dit heel wat vragen oproept. Hoe formuleert men dan de tenlastelegging? Moeten die slachtoffers dan een nummer krijgen? Hoe kan een slachtoffer zich dan burgerlijke partij stellen op de zitting? Hoe moeten de bewijzen aangedragen worden? Doktersattesten, bewijzen van opgelopen kosten en bewijzen van werkonbekwaamheid zouden allemaal geanonimiseerd moeten worden. Betekent dit dat er twee dossiers moeten worden gemaakt? Hoe kan de rechter de identiteit en hoedanigheid van de melder ter zitting beoordelen? Er zijn dus toch heel wat vragen, die mij doen besluiten dat dit zacht uitgedrukt geen evidente piste is.

Ik heb niet alleen met Justitie overlegd maar heb daarover ook al contact gehad met mijn collega van Binnenlandse Zaken, die natuurlijk ook met Justitie spreekt. Mijn twee collega's zeggen eigenlijk

hetzelfde. Het is heel belangrijk dat slachtoffers van geweld aangifte doen. Daarom zijn er ook sensibiliseringscampagnes georganiseerd.

Het is misschien vreemd om dat vandaag nog te zeggen, maar in de praktijk komen er niet al te veel meldingen binnen. Wij horen echter in de media en voelen op het terrein dat dit wel een groeiend probleem is. Het is onaanvaardbaar. Daders moeten zwaar en zwaarder worden aangepakt. Ik vind dat wij daar echt op moeten hameren. Mensen die hulp verlenen, moeten dat op een veilige manier kunnen doen. Sterker nog, zij moeten respect krijgen van iedereen. Wij moeten daar heel sterk voor opkomen. De belangrijkste principiële stap is dus het nieuwe Strafwetboek.

03.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, u hebt terecht een scherpe veroordeling uitgesproken. Geweld tegen hulpverleners strenger bestraffen is een noodzaak. Zij moeten hun job op een veilige manier kunnen uitvoeren. Vandaag hebben heel veel hulpverleners het gevoel dat zij dat niet meer kunnen. Ik begrijp ook dat het niet zo evident is om daarvoor oplossingen te vinden. Ik begrijp ook dat het indienen van anonieme klachten, wat op papier mooi klinkt, geen evidentie is.

Ik kijk wel uit naar het nieuwe Strafwetboek dat in strengere straffen zal voorzien. Laten we hopen dat we ook oplossingen vinden om de aangiftebereidheid van slachtoffers te verhogen, want dat is zoals u aanhaalde een absolute noodzaak.

03.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de straffen verhogen is natuurlijk een stap in de goede richting. Het probleem is echter ook dat een zorgverstreker respect hoort te krijgen. Dat zei u zelf ook. De zorgverstreker hoort zijn job ook in alle veiligheid te kunnen uitvoeren. Vandaag de dag is dat echter niet het geval, dat weet u zelf ook.

Tijdens de covidcrisis was er security actief in de Brusselse ziekenhuizen omdat de bedreigingen tegenover het personeel van de spoedafdeling te groot waren. Als ik als apotheker van wacht een geneesmiddel op voorschrift niet meegeef, heb ik soms ook te maken met een agressieve patiënt die gaat dreigen. Vrouwelijke huisartsen die in Gent van wacht zijn, nemen een begeleider mee, uit angst om te worden aangevallen. Het probleem is dus wel degelijk heel ernstig. Er zijn misschien niet veel aangiften, maar de incidenten zijn wel een feit en daar moet echt een antwoord op komen. Enkel het Strafwetboek aanpassen zal niet voldoende zijn.

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

De **voorzitter**: Vragen nr. 55032845C en nr. 55032849C en samengevoegde vragen nrs. 55032851C en 55033525C van mevrouw Gijbels, alsook vragen nr. 55032855C en nr. 55032857C van mevrouw Fonck worden uitgesteld. Zij zijn allebei verontschuldigd.

04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mogelijke toename van omikronsubvarianten in de VS" (55032860C)

04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La recrudescence possible de sous-variants d'Omicron aux États-Unis" (55032860C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over een variant die ondertussen alweer is vervangen door een andere variant. Misschien kan ik van de gelegenheid gebruikmaken om u te vragen hoe het vandaag staat met de subvarianten van de omikronvariant. In mijn vraag heb ik het over subvarianten die afkomstig zijn uit de Verenigde Staten.

In hoeverre is er op dit moment nog een gevaar voor onze samenleving? Hoe alert reageert u vandaag en hoe zit het met de sequencing van de verschillende omikron- of andere coronavarianten?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, ik zal u wat cijfers geven. We evalueren

de epidemiologische situatie met betrekking tot COVID-19 wekelijks op het niveau van de RAG. Die RAG-evaluatie omvat een analyse van de in België circulerende varianten – het gaat dan over gegevens verstrekt door het Nationaal Referentiecentrum in Leuven – en houdt rekening met internationale gegevens, gegevens van CDC in de Verenigde Staten of internationale instanties, zoals het ECDC voor Europa of de Wereldgezondheidsorganisatie.

Volgens het Amerikaanse CDC Nowcast System zou de variant XBB.1.5 op dit moment 61,3 % van de COVID-19-infecties in de Verenigde Staten vertegenwoordigen. Dat was 49,1 % een week eerder, dus het percentage groeit. In week 1 van 2023, de recentste week met geconsolideerde gegevens, meldde het Amerikaanse CDC dat XBB.1.5 goed was voor 25,6 % van de gesequencete stalen.

Ook in Europa is de variant vastgesteld. Hij is nog maar in kleine hoeveelheden aanwezig, maar neemt wel toe. In België zijn op 31 januari 2023 tien sequenties geïdentificeerd die overeenstemmen met XBB.1.5.

Het ECDC heeft op 13 januari 2023 een risicoanalyse met betrekking tot de variant XBB.1.5 gepubliceerd. Het ECDC is van mening dat de impact van XBB.1.5-infecties op de algemene bevolking momenteel gering is vanwege de lage globale incidentie van ernstige ziekten, veroorzaakt door de variant en een subvariant van omikron en de verworven immuniteit van de bevolking. Voor recent gevaccineerde kwetsbare populaties wordt de impact van XBB.1.5-infecties als matig beschouwd. Voor niet-gevaccineerde of onvolledig gevaccineerde kwetsbare populaties wordt de impact van een infectie als groot beschouwd.

De variant XBB.1.5 zou aan de basis kunnen liggen van een toename van het aantal gevallen in Europa, maar niet in de nabije toekomst, aangezien hij nu slechts in geringe mate voorkomt. De kennis van de karakteristieken van de variant XBB.1.5 is evenwel fragmentarisch, waardoor de risicobeoordeling met een zekere mate van onzekerheid gepaard gaat.

U hebt gevraagd welke maatregelen we daarvoor zouden nemen. Ik moet u natuurlijk een hypothetisch antwoord geven en dat houdt het gekende arsenaal in, namelijk vaccinatie, in het bijzonder van kwetsbare populaties zonder volledig gevolgd vaccinatieschema, vermits de huidige vaccins naar waarschijnlijkheid wel beschermen tegen ernstige ziekte veroorzaakt door de XBB.1.5-variant. Indien we de variant niet op die manier de baas kunnen, nemen we doelgerichte, tijdelijke en niet-farmaceutische maatregelen voor de algemene bevolking. Ik verwijs dan naar het arsenaal uit het verleden: telewerken en mondknagerdracht. Ik kondig dat voor alle duidelijkheid niet aan, aangezien uw vraag hypothetisch is. Ik denk wel dat we steeds voor een goede ventilatie moeten zorgen. In de winter lijkt me dat belangrijk tegen eender welke vorm van infectie.

Voor zorginstellingen moet er een holistische aanpak zijn, waarbij er rekening wordt gehouden met de risico's van overdracht van alle respiratoire virussen. Dat gaat dan over klassieke hygiënemaatregelen en ventilatie.

U vroeg ook waar men de internationale gegevens over de COVID-19-varianten kan terugvinden. Deze zijn beschikbaar in de databank GISAID EpiCoV. Alle landen wordt aanbevolen om de sequentiegegevens van SARS-CoV-2 aan die databank door te geven. De gegevens worden ook publiek toegankelijk gemaakt.

Verder vroeg u of wij maatregelen nemen ten aanzien van reizigers van en naar de VS. Wij overwegen op dit moment geen maatregelen.

Voor reizigers uit China is een negatieve test voor het vertrek van een rechtstreekse vlucht naar ons land vereist en dat is ook aanbevolen door de Europese Unie. De Europese Unie beveelt tevens aan om terugkomende reizigers te testen als zij binnen de week na hun aankomst symptomen ontwikkelen. Dat is ook onze raadgeving ten aanzien van artsen en apothekers die met een dergelijke patiënt in aanraking komen: die patiënt moet zich laten testen en die test moet gesequencet worden. Aan passagiers van een vliegtuig afkomstig uit China bieden we aan om zich vrijwillig te laten testen. De positieve tests daaruit worden ook gesequencet.

De reden waarom we China en de Verenigde Staten anders bekijken in het reisverkeer, is dat we tot voor kort nogal beperkte epidemiologische gegevens van China kregen. Volgens het recentste RAG-

rapport is informatie uit China intussen wel wat transparanter geworden, wat op zichzelf een goede evolutie is. Op 28 januari gaf het Chinese Center for Disease Control and Prevention een update over de COVID-19-situatie in China. Op 26 januari waren er 215.958 ziekenhuisopnames, waaronder 26.156 ernstige gevallen volgens die gegevens. Dat moet worden vergeleken met respectievelijk 471.739 ziekenhuisopnames en 51.683 ernstige gevallen in de vorige update, dus veel meer. Die officiële gegevens suggereren dus een daling van het aantal ziekenhuisopnames. Daarnaast werd ook officieel meegedeeld dat tussen 20 en 26 januari 6.364 sterfgevallen te wijten waren aan COVID-19.

Ook van belang is dat op 29 januari door China 9.990 sequenties werden gedeponereerd in de GISAID EpiCoV, waarvan 7.180 sequenties sinds 1 december 2022. Die sequenties kwamen nog steeds overeen met de bekende sublijnen van de omikronvariant. 69 % was de BA.5.2-variant, 27 % was de BF.7-variant, 1,3 % was de BQ.1-variant, 0,9 % was de BA.2.75-variant en 0,6 % was de XBB-variant. Uit de door China gepubliceerde sequentiegegevens zijn verscheidene nieuwe omikronsublijnen gedetecteerd, maar dat valt te verwachten vanwege de willekeurige mutaties van het virus. De meeste van die lijnen vertonen geen veranderingen in het spike-eiwit in vergelijking met de eerder bekende lijnen.

Volgens het ECDC zal waarschijnlijk geen van die veranderingen het virus een aanzienlijk voordeel geven in transmissie en vertonen geen van de geassocieerde lijnen ook tekenen van snelle expansie. Dat is op zich geruststellend, net zoals de gegevens die wij uit het afvalwater van de vliegtuigen hebben verzameld, afkomstig van reizigers uit China, en uit de vrijwillige testen die zijn gebeurd.

Waarom blijven testen we op de rechtstreekse vluchten vanuit China? Het is veel moeilijker om dat toe te passen op rechtstreekse en onrechtstreekse vluchten. We blijven volgen wat de Europese Unie aanbeveelt en wat in veel landen wordt toegepast, zoals Oostenrijk, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Italië, Malta, Portugal, Spanje en Zweden.

04.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik volg uw antwoord, maar het enige waarbij ik toch een kanttekening wil plaatsen, is wat de XBB1.5 betreft. Daar is de waarschuwing van het Amerikaanse CDC enigszins anders dan die van het ECDC. Ik denk dat het gewoon een kwestie is van waakzaam blijven en blijven monitoren wat het effect is op de immuniteit die we hebben opgebouwd dankzij de vaccinatie en het doormaken van COVID-19.

Voor de rest blijven hygiënische maatregelen en alert blijven inderdaad de boodschap, maar ik wil toch vragen om ook die Amerikaanse waarschuwing goed in het achterhoofd te houden.

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

05 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De veroordeling van ouders voor de weigering van het poliovaccin bij hun kind" (55032861C)**

05 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La condamnation de parents ayant refusé de faire vacciner leur enfant contre la polio" (55032861C)**

05.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het poliovaccin is het enige verplichte vaccin in ons land. Op 4 januari berichtte de krant *De Standaard* dat een rechtbank ouders had veroordeeld omdat die weigerden hun kinderen te laten vaccineren tegen polio. Dit gebeurt niet zo vaak, maar het is wel belangrijk, want polio is een ernstige verlamingsziekte. De wereldwijde campagne heeft ervoor gezorgd dat de ziekte bijna was uitgeroeid, maar recent steekt die internationaal weer de kop op. Die veroordeling is eerder uitzonderlijk en in het artikel wordt gesteld dat de uitspraak van de rechtbank een symbolische voorbeeldfunctie heeft. Om de vaccinatie tegen polio te ondersteunen, heb ik een wetsvoorstel ingediend, want het is nogal complex. Vandaag moet er dubbel geregistreerd worden en dat kan eenvoudiger.

Welk belang hecht u aan de uitspraak van de rechtbank in deze zaak? Hebt u kennisgenomen van mijn

wetvoorstel en bent u bereid om daarin mee te gaan? Het is trouwens iets wat de cel administratieve vereenvoudiging al vaker heeft geponeerd. Wenst u in te gaan op ons voorstel om de registratie van het vaccin te vereenvoudigen, zodat de registratie via Vaccinnet zou volstaan en de rompslomp via de gemeenten niet meer noodzakelijk is?

Hoever staat u met de screening op polio vandaag, onder andere door afvalwaterscreening? Worden er vandaag maatregelen genomen om na te gaan of nieuwkomers gevaccineerd zijn tegen polio en hun eventueel een vaccin aan te bieden?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik ben ook verheugd dat het parket de processen-verbaal van weigering van poliovaccinatie ernstig neemt en daaraan gevolg wil geven. Ik moet evenwel meteen zeggen dat er in 2021 in het hele land om en bij de 1.000 pv's in verband met weigering van poliovaccinatie zijn doorgestuurd naar het parket, dit nadat er door de FOD Volksgezondheid al drie rappels naar de ouders werden verstuurd. Veel pv's blijven dan ook onbeantwoord. Dat blijft een belangrijk aandachtspunt, maar het is goed dat het parket hier nu toch een voorbeeld stelt.

Dan kom ik bij uw voorstel. Ik heb er inderdaad kennis van genomen. Wij beogen een aanpassing van de wetgeving, waarbij er een verplichte digitale registratie komt van de poliovaccinatie en de registratieplicht bij de gemeenten wordt afgeschaft, zoals u ook voorstelt. Wij bekijken daarbij ook hoe de rol van de burgemeester kan evolueren vanuit het oogpunt van de administratieve vereenvoudiging. Ik hoop u binnenkort een uitgewerkt voorstel te kunnen voorleggen.

U vroeg ook nog eens of ik wens in te gaan op uw voorstel om het te vereenvoudigen. Wij moeten het monitoren van de poliovaccinatieplicht vereenvoudigen en digitaliseren. De covidepidemie heeft de ontwikkeling en het wijdverbreide gebruik van vaccindatabases versneld. Dat motiveert mij des te meer om met mijn administratie de procedure te herbekijken en het gebruik van die databases toe te staan.

Daarover is overleg nodig met de gewesten, die over de vaccingegevens beschikken. Ik kom binnenkort met een voorstel naar het Parlement dat daarvoor het kader moet scheppen, ook voor polio. Ik hoop dat wij daarover een goed debat zullen hebben en dat u dat desgevallend ook gaat steunen.

U vroeg hoever de screening staat. Er zijn verschillende aspecten. Om te beginnen, moeten alle gevallen van polio verplicht worden gemeld aan de autoriteiten. Wanneer een arts acute slappe verlamming vaststelt, een symptoom van polio, bij iemand jonger dan vijftien, moet hij of zij dat in theorie melden bij de gefedereerde entiteiten. Dat moet worden gevolgd door een laboratoriumanalyse van de ontlasting ter bevestiging van de poliodiagnose, die dan verder wordt onderzocht. Helaas is acute flaccid paralysis of AFP een symptoom dat ook opduikt bij een aantal andere aandoeningen. Vaak is het duidelijk dat het niet om polio gaat, vermits polio in België uitgeroeid is en de vaccinatiegraad onder de algemene bevolking hoog is. Hoewel alle gevallen van AFP eigenlijk aan de autoriteiten moeten worden gemeld, ongeacht de oorzaak, is dat in de praktijk niet altijd het geval.

Om België beter in staat te stellen polio op te sporen, loopt er momenteel een project om een milieuonderzoek uit te voeren. Daarbij wordt afvalwater getest op polio, waarbij men dan een aanwijzing zou krijgen van de aanwezigheid van polio onder de bevolking. Het is de bedoeling dat dat project nog dit jaar start. Wij bekijken die aanpak via afvalwater echt heel ernstig.

Met betrekking tot inkomende vluchtelingen moet worden beklemtoond dat de vaccinatieplicht algemeen is. De uitvoering van die verplichting voor vluchtelingen is overeengekomen met Fedasil en met de gemeenschappen. In functie van hun land van oorsprong ontvangen vluchtelingen dus de nodige vaccins, inclusief het poliovaccin.

05.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is goed dat u werk maakt van die vereenvoudiging. De covidcrisis heeft ervoor gezorgd dat Vaccinnet nu ook in andere regio's wordt gebruikt, dus de middelen zijn er. De mogelijkheid om op een eenvoudige manier te registreren bij de zorgverstreker bestaat. Het is dus tijd dat er werk van wordt gemaakt. Onze gemeenten hebben al heel veel werk, dus hoe eenvoudiger hoe beter.

Uw antwoord over de screening van het afvalwater verbaasde mij enigszins. Ik heb de nota van de

polioverantwoordelijke van ons land gelezen. Ik denk dat het vorige zomer was, toen er een variant was ontdekt in New York en in Londen. Er is toch wat gedraald. Het is goed dat dit nog dit jaar wordt uitgerold, maar het had er al veel langer moeten zijn. De manier van werken en de academische knowhow zijn er. Eigenlijk zijn het alleen de centen die ontbreken en is het aan u om die aan het laboratorium ter beschikking te stellen. Ik zou er dus toch voor willen pleiten om daar werk van te maken, vooraleer er in onze streken een of andere variant opduikt.

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

06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het overleg met de provinciebesturen over de ondersteuning van de psychiatrische zorginstellingen" (55032862C)

06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concertation avec les autorités provinciales sur l'aide aux institutions de soins psychiatriques" (55032862C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Vanuit de provinciale zorginstellingen voor mensen met een beperking ontvangen we steeds vaker noodkreten. De laatste maanden zijn de directies onmachtig om duurzame kwalitatieve zorg aan te bieden aan bewoners die een dubbeldiagnose kregen. Het gaat dan om mensen die zowel een mentale beperking hebben als een psychiatrische problematiek. Dat komt wel vaker voor. Dit zijn mensen met een complexe zorgvraag.

Wanneer mensen met een beperking een vraag tot hulp of vraag tot opname hebben, worden ze door het VAHP, het Vlaams agentschap voor personen met een handicap, ingeschaald op zwaarte van de beperking. Hoe zwaarder de beperking, hoe hoger het aantal punten, hoe hoger het toegekende persoonlijke zorgbudget volgens de zogenaamde persoonsvolgende financiering.

Bij het bepalen van de zorgzwaarte van mensen met een belangrijke psychiatrische problematiek leidt dit echter tot een systematische onderschatting van de ernst, waardoor het bedrag, het geld dat ze binnenbrengen in de instelling, veel lager is dan bij bewoners met een ernstige lichamelijke ziekte. Hierdoor is de professionele omkadering, die afhankelijk is van het budget, binnen psychiatrische groepen in verhouding te laag. Hoe hoger het budget dat bewoners binnenbrengen, hoe hoger de omkadering in de groep. Bovendien zijn de meeste werknemers niet erg enthousiast om te beginnen in die groepen of haken ze af omwille van agressie-incidenten. Het aantal begeleiders zit vandaag op een minimum, waardoor duurzame goede zorg onder druk staat.

De laatste jaren neemt het aantal GES-bewoners (bewoners met gedrags- en emotionele stoornissen) dat op zoek gaat naar een instelling, sterk toe, maar men vindt geen plaats omwille van onvoldoende expertise binnen veel van de bestaande organisaties. Daarnaast kunnen die instellingen geen acute verwijzingen omwille van ernstige psychiatrische incidenten doen naar psychiatrische instellingen of algemene ziekenhuizen. Collocaties die toch wel traumatisch zijn voor de bewoner, de instelling en de familie zijn dan dikwijls de enige oplossing, maar de wachttijden voor psychiatrische instellingen zijn lang.

Zult u in overleg gaan met de provinciebesturen over de gebrekkige psychiatrische omkadering in de instellingen van de bewoners met zware gedragsproblemen en mee naar duurzame oplossingen zoeken? Wil u de ambulante ondersteuning voor de psychiatrische instellingen uitbreiden en deze duurzaam maken? Het gaat hier om het zogenaamde outreachen van psychiatrische hulp.

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Personen met een mentale, sociale, fysieke of emotionele beperking en ook een psychische of psychiatrische problematiek hebben inderdaad zeer complexe zorgvragen. Natuurlijk – ik zeg dit niet als excuus, en u weet dat overigens – ben ik niet bevoegd voor instellingen en organisaties, zoals het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap (VAPH), Personnes handicapées autonomie recherchée (Phare) en het Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (Awip).

In het kader van de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor zowel kinderen en jongeren als

volwassenen en ouderen, wordt echter wel nauw samengewerkt met die voorzieningen, die onder de bevoegdheden van andere beleidsniveaus passen. In het kader van de financiering werd aan de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren en voor volwassenen en ouderen, een specifiek budget toegekend voor de optimalisering van de zorgverlening voor personen met een mentale beperking, in combinatie met een psychiatrische diagnose. In het jaar 2022 werden respectievelijk 1.862.000 euro en 4.143.000 euro geïnvesteerd in specifieke aangepaste zorg voor deze doelgroep.

Deze specifieke jaarlijkse financiering van 1.862.000 euro is geen nieuw initiatief. Ze werd vastgelegd bij het opstarten van de netwerken kinderen en jongeren in 2016. Met dat bedrag worden over de elf netwerken voor kinderen en jongeren 26 voltijdse eenheden personeel gefinancierd. Daarmee worden de mobiele hulpverlening, zowel in crisis als langdurige, evenals activiteiten en initiatieven in andere programma's versterkt om die doelgroep met voldoende expertise te helpen. Casemanagement voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose werd ontwikkeld.

Gezien de complexiteit van de bestaande zorgvragen en het belang om voor bepaalde doelgroepen, zoals groepen in de transitieleeftijd of groepen met dubbeldiagnose, zorg op maat te kunnen aanbieden, heb ik in het kader van de bijkomende investeringen voor de nieuwe werven voor kinderen en jongeren mogelijkheden gecreëerd tot het ontwikkelen van nieuwe en vernieuwende initiatieven voor die doelgroepen via zogenaamde proeftuinen. Een budget van meer dan 8 miljoen euro werd vrijgemaakt, dat door de netwerken kinderen en jongeren in de eerste helft van dit jaar wordt uitgerold. We doen dus een belangrijke bijkomende inspanning, precies om die complexe groep met complexe problemen beter te helpen.

Daarnaast werd in een aantal netwerken GGZ Volwassenen het hulpverleningsaanbod voor volwassenen met een dubbele diagnose – verstandelijke beperking en psychiatrische stoornissen – versterkt. Dat is ook geen nieuw initiatief. Sinds 1 juni 2016 wordt een jaarlijkse financiering uitgetrokken van ondertussen 4.134.000 euro. Met dat bedrag worden 57,62 voltijdse eenheden gefinancierd voor de realisatie van een crisisaanbod – een soort time-out – en de uitbouw van een meer outreachende hulpverlening. Die outreachende hulpverlening omvat naast de uitwisseling van expertise ter zake, met bijvoorbeeld de mobiele teams of de partners uit de gehandicaptenzorg, ook de begeleiding en de behandeling in de thuis- of de thuisvervangende omgeving.

Naast het aanbieden van een crisisaanbod en outreachende hulpverlening is het ontwikkelde zorgcircuit verantwoordelijk voor het aanbieden van de nodige observatiemogelijkheden, korte en langer durende behandelingen, gepaste oriëntering van zorgtrajecten en een verdere intensifiëring van de zorgverlening voor de betrokken doelgroep. Daarbij wordt specifieke aandacht geschonken aan jongeren in de scharnierleeftijd van 16 tot 23 jaar.

Er lopen dus sinds 2017 belangrijke investeringen, zowel ten aanzien van kinderen en jongeren, als van volwassenen. Ik voeg daar voor kinderen en jongeren een heel belangrijk pakket aan toe, dat nu wordt uitgerold. In het kader van de werkzaamheden van het Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren wordt momenteel een werkgroep opgestart over geestelijke gezondheidszorg en personen met een beperking. Het is de gewoonte dat, als men een dergelijke werkgroep opstart, daaruit ook aanbevelingen voortvloeien. Samen met mijn collega's van de deelstaten bekijk ik dan in de interministeriële conferentie hoe we samen een geïntegreerd beleid kunnen voeren. Dat proces is inhoudelijk lopend en ik hoop dat we daar samen echt vooruitgang kunnen boeken.

06.03 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, uiteraard hebben wij kennis van de initiatieven die al van start zijn gegaan in de vorige legislatuur, maar concreet ging mijn vraag over de taskforce die op 18 januari 2023 werd samengeroepen door de Vlaamse overheid, door de Vlaamse minister van Welzijn, minister Crevits, en waarin de problematiek van patiënten met een dubbele diagnose zou worden aangepakt. Uit uw antwoord leid ik af dat dit nog altijd embryonaal is. Er zijn nog geen concrete stappen genomen. Er is wel een inhoudelijke wil om samen te werken, maar het is echt urgent.

We hebben het daarnet gehad over agressie naar hulpverleners. Heel veel mensen uit de sector die

mensen met een dubbeldiagnose zouden kunnen helpen, stappen uit het beroep, net omwille van agressie-incidenten. Het is absoluut noodzakelijk dat patiënten geholpen worden en dat de zorgverleners in de sector blijven en hun job kunnen uitvoeren. Ik spoor u aan om actief werk te maken van de beloftes die eigenlijk al gemaakt zijn.

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

07 Vraag van **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van antigeen-zelftesten en combitesten" (55032878C)

07 Question de **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des autotests antigéniques et des tests combinés" (55032878C)

07.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er worden nog steeds heel wat covidtesten verkocht, want er is nog enige dreiging vanuit de VS en China. Wij moeten waakzaam blijven. Het zal dus belangrijk zijn om besmettingen op tijd vast te stellen.

Vandaag worden antigeenzelftesten nog steeds terugbetaald voor personen met een verhoogde tegemoetkoming. Zo wordt de drempel om die te gebruiken laag gehouden. Er zijn nu ook combinatie-testen op de markt, die ook testen op RSV en het griepvirus. Die worden echter niet terugbetaald.

Mijnheer de minister, zijn er plannen om de combitesten net als de gewone antigeentesten terug te betalen?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, voor personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, draagt het RIZIV bij in de prijs van covidzelftesten die opgenomen zijn in de lijst van vergoedbare zelftesten. U kunt die lijst consulteren op de website van het RIZIV.

De regelgeving die de vergoeding van covidzelftesten regelt, laat ook de vergoedbare zelftesten toe die naast covid ook testen op andere virussen zoals griep en RSV, de zogenaamde combitesten. De vergoedingsvoorwaarden voor deze combitesten zijn dezelfde als die voor een test die uitsluitend op covid test.

Op dit moment bevat de lijst van de vergoedbare zelftesten al een zelftest die zowel op covid als op griep en RSV test. Die combitest is nu reeds vergoedbaar voor mensen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Net als voor de test die alleen op covid test, kan de apotheker voor die combitest maximaal 4 euro aanrekenen aan de verzekeringsinstelling. De patiënt betaalt 1 euro. De prijs voor de combitest ligt echter hoger dan 5 euro.

Ik moet u wel zeggen dat de RAG op dit moment zegt dat de combitesten eigenlijk niet echt een toegevoegde waarde hebben.

07.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, als ik het goed begrijp, zegt u dat de apotheker met verlies mag verkopen. Ik dacht dat dit tegen de wet was.

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat heb ik niet gezegd.

07.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U hebt gezegd dat de combitesten terugbetaald worden. De aankoopprijs van een dergelijke combitests bedraagt 7 à 8 euro. De terugbetalingsvergoeding is 4 euro.

07.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is alleen voor mensen met verhoogde tegemoetkoming.

07.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): De apotheker verkoopt dus met verlies aan mensen die een verhoogde tegemoetkoming genieten.

07.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wie daarmee te maken krijgt, heeft inderdaad een probleem, ja.

07.09 **Kathleen Depoorter** (N-VA): In dat geval is het niet terugbetaald, mijnheer de minister, want u suggereert hier dat de apotheker met verlies zal verkopen en ik dacht dat zo iets niet wettelijk was in ons land.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De contouren van het wetsvoorstel en het KB tot goedkeuring van monografieën" (55032887C)

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De termijnen en het aantal pogingen tot goedkeuring van monografieën" (55033379C)

08 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contours de la proposition de loi et de l'arrêté royal approuvant les monographies" (55032887C)

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les délais et le nombre de tentatives d'approbation de monographies" (55033379C)

08.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, vorig jaar vroeg ik meer uitleg over de termijnen en de procedure voor het goedkeuren van monografieën.

In tussentijd krijgen bedrijven van eigen bodem die willen innoveren nog steeds af te rekenen met lange procedures. Het FAGG wilde firma's aansporen om samen te werken en één monografie overeen te komen die iedereen dan zou gebruiken, maar dat is weinig realistisch in een competitieve markt. Het blijven toch nog altijd concurrenten en grondstoffen produceren vergt grote investeringen.

De bedrijven ontvangen vandaag facturen voor monografieën die zij niet kunnen valoriseren omdat ze nog steeds geen aut.-nummer hebben. Die facturen worden dan ook gecontesteerd. We kunnen zelfs spreken van onoordeelkundig beheer aan de zijde van de overheid en er zijn een aantal juridische kwesties hangende.

Om aan die problematiek tegemoet te komen, zouden uw diensten een nieuw wetsontwerp voorbereiden. Het doel hiervan zou zijn om alle niet-vergunde grondstoffen vergund te maken door middel van een monografie. Dat lijkt ambitieus. Indien het wetsontwerp wordt goedgekeurd, moet er noodzakelijkerwijs een koninklijk besluit volgen, maar we vernemen dat de industrie en de productiebedrijven in België dat koninklijk besluit met argwaan tegemoet zien. Dat is echter bijzonder belangrijk, omdat het bepaalt hoe bedrijven de strategie voor de komende jaren moeten vastleggen. Alle inzichten die u hierover kunt meedelen, zijn bijzonder welkom.

Bent u zich ervan bewust dat de ellenlange goedkeuringsprocessen haaks staan op de ambitie om niet-vergunde grondstoffen vergund te krijgen? Beschikt het FAGG over voldoende personeel en/of expertise om het wetsontwerp om alle niet vergunde grondstoffen vergund te maken te realiseren? Wanneer zal dat wetsontwerp klaar zijn en in het Parlement worden ingediend? Kunt u de contouren, de hoofdlijnen en de inzichten meegeven die relevant zijn voor dit koninklijk besluit?

Ik heb u al vragen gesteld over de goedkeuringsprocedure en de onderzoeken die het FAGG gebruikt voor de monografieën. Ik heb u ook al gezegd dat vandaag nog heel weinig bedrijven in ons land de productie van grondstoffen aandurven en dat er zich hier, zeker in een innovatieve en competitieve markt, problemen kunnen voordoen en dat wij onze bedrijven eerder moeten ondersteunen in plaats van hen bijna weg te pesten.

De termijnen die worden gehanteerd, blijven een probleem. Wij ontvangen berichten dat het aantal

pogingen tot goedkeuring tot twee wordt beperkt, namelijk bij indiening en revisie. Daardoor moeten de aanvragers telkens een nieuwe procedure opstarten, met nieuwe facturen en investeringen. Het kost hen dus tijd en geld en levert veel frustraties op. Het ondermijnt ook de concurrentiepositie van bedrijven in ons land. Heel wat bedrijven zijn al gestopt, overwegen hun activiteiten te stoppen of willen die ontplooiën in een buurland.

Waar werd de beperking tot twee pogingen ingeschreven? Is die beperking afdwingbaar? Zo ja, op welke basis? Welke argumenten worden er gehanteerd om slechts twee pogingen toe te staan?

Zou de mogelijkheid geboden kunnen worden om ingekorte procedures toe te staan, ingeval het om een monografie of een dossier gaat waar het FAGG mee bekend is? Worden de termijnen en het aantal pogingen opgenomen in het KB dat u voorbereidt? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het is inderdaad een pertinent probleem. U weet natuurlijk dat het FAGG eigenlijk al tijdens de vorige legislatuur die regelgeving aan het herbekijken was. Er is vertraging ontstaan om redenen die we kennen, namelijk covid, allerlei Europees wetgevend werk dat lag te wachten enzovoort. Nu wordt er een ontwerp gefinaliseerd dat als basis moet dienen voor een overleg met alle betrokkenen, namelijk apothekers, fabrikanten, groothandelaars en houders van bereidingsvergunningen.

Wat het legistieke kader betreft, berust de huidige reglementering inzake grondstoffen op een KB van 1997. Dat moet inderdaad aangepast worden. De Raad van State heeft echter in het verleden al opgemerkt dat een hervorming door een aanpassing van het huidige KB onmogelijk is zonder te voorzien in een stevige wettelijke basis. Dat wordt nu gefinaliseerd door het FAGG. Ik ga nog geen standpunt innemen over de vragen die u stelt, want ik wil eerst het resultaat van het overleg zien. Natuurlijk zijn kwaliteit en veiligheid, maar ook beschikbaarheid en toegankelijkheid heel belangrijk. Ik wil ook dat we een solide wetgeving hebben, die door de actoren wordt toegepast en nageleefd. Daarbij moeten we natuurlijk rekening houden met wat er zich in andere Europese landen afspeelt.

Mevrouw Depoorter, er is inderdaad haast bij. Ik hoop binnenkort een duidelijke oriëntatie te kunnen geven op basis van het overleg. Er is een volledig pakket nodig met procedures, processen en termijnen. Op dit eigenste moment wil ik daarover in deze commissie nog geen standpunt innemen, omdat ik het overleg nog wil afwachten.

08.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het KB is een processie van Echternach. Er wordt inderdaad aan gewerkt, maar er is al in de zomer van 2020 rond de tafel gezeten met de sector. Hoeveel geduld kan men van de sector vragen? Ik stel vast dat bedrijven die in onze maatschappij wensen te investeren en kwalitatieve farmaceutische grondstoffen op de markt willen brengen, telkens opnieuw tegen een muur lopen. Dat kan toch niet de overheid zijn die u voorstaat.

Ten eerste zijn de termijnen die het FAGG thans hanteert niet wettelijk afdwingbaar, want er bestaat geen juridisch kader. U wenst een solide juridisch kader, maar dat kader is er niet en moet er komen. Dat heb ik anderhalf jaar geleden al gezegd.

Ten tweede is het onaanvaardbaar dat bedrijven telkens opnieuw een aanvraag moeten indienen na een tweede poging. Ik heb u een concreet voorbeeld gegeven. Een monografie was gewoon verloren gegaan omdat een ambtenaar van het FAGG ze niet aan een andere ambtenaar had doorgegeven. Het gevolg was dat het bedrijf twee keer moest betalen, dat het twee keer een aanvraag moest indienen en dat het productieproces gewoon on hold wordt gezet. Zo komen bepaalde bedrijven in moeilijkheden. Dit dossier is dus dringend. Als men degelijke wetgeving wil invoeren, dan moet men de termijn in het oog houden waarin men zelf die wetgeving naar de Kamer brengt.

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

09 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aanduiden van nationale referentiecentra (NRC)" (55032904C)

09 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La désignation de centres nationaux de référence (CNR)" (55032904C)

09.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, om de vijf jaar worden overeenkomsten afgesloten met referentiecentra. Dat kunnen externe laboratoria of onderzoekscentra zijn, maar dat kan ook Sciensano zijn.

Sciensano lijkt echter zelf een grote rol te spelen in de toekenningsprocedure, als ik het goed begrepen heb ten minste. Als ik mij niet vergis, loopt de huidige termijn ook bijna af.

Om een beetje meer duidelijkheid te scheppen, heb ik de volgende vragen.

Welke rol speelt Sciensano exact in de toekenningsprocedure? Op welke manier wordt de onafhankelijke beoordeling gegarandeerd? Voor hoeveel pathogenen is Sciensano als referentiecentrum erkend? Op welke basis? Meent u niet dat de toekenning beter door een ander orgaan zou plaatsvinden dat onafhankelijk is van de verschillende kandidaat-instellingen?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor de toekenningsprocedure van de nationale referentiecentra wordt het koninklijk besluit van 9 februari 2011 gevolgd. Het Medisch-Technisch Adviesorgaan (MTAO) heeft een centrale rol in de toekenningsprocedure. Het MTAO bestaat uit vertegenwoordigers van specifiek wetenschappelijke disciplines en bevoegdheden die in de mate van het mogelijke een onafhankelijkheid garanderen ten opzichte van de referentiecentra zelf.

Het MTAO bestaat concreet uit de vertegenwoordiger van het RIZIV en zeven experts in infectieziekten, epidemiologie, microbiologie en volksgezondheid, waarbij elke universiteit wordt vertegenwoordigd, een lid van het Instituut voor Tropische Geneeskunde, een lid van de Hoge Gezondheidsraad, vier leden die behoren tot de diensten van de overheden die bevoegd zijn voor volksgezondheid, vier niet-universitaire experts, voorgedragen door de niet-universitaire labo's die deelnemen aan het peillaboratorienetwerk van Sciensano, vier niet-universitaire experts, voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen, twee experts, voorgedragen door het Verzekeringscomité van het RIZIV, en twee buitenlandse experts.

Overigens kan het MTAO andere experts uitnodigen voor het beantwoorden van specifieke en technische vragen. Sciensano is niet vertegenwoordigd in dit adviesorgaan, maar verzorgt wel het secretariaat en de coördinatie, zonder stemrecht.

Elk openbaar of privélaboratorium voor klinische biologie, elke academische instelling of elk onderzoeksinstituut, kan zich individueel of in associatie met andere laboratoria kandidaat stellen voor erkenning als NRC. De toekenningsprocedure is dezelfde voor iedereen, met een lastenboek, opgesteld op basis van het advies van het MTAO. De dossiers worden afzonderlijk geëvalueerd door drie experts, onder wie ten minste één met expertise in de epidemiologische of de volksgezondheid, en ten minste één buitenlandse expert.

Bij onvoldoende buitenlandse kandidaten worden binnenlandse experts buiten Sciensano aangeschreven. Als er onvoldoende binnenlandse kandidaten zijn, worden interne Sciensano-experten uit een dienst onafhankelijk van de kandidaat-laboratoria aangeschreven. Alle experts ondertekenen een *code of conduct* waarin ze hun onafhankelijkheid bevestigen. De definitieve aanwijzing gebeurt op basis van het advies van het MTAO.

In totaal zijn er 41 referentiecentra erkend. Daarvan worden 25 referentiecentra gecoördineerd buiten Sciensano en 13 binnen Sciensano, al dan niet in associatie met externe labo's. Voor 3 bijkomstige referentiecentra heeft Sciensano een geassocieerde rol met een extern coördinerend laboratorium. Doorgaans wordt slechts 1 kandidatuur per referentiecentrum ontvangen. In de kandidatuurstelling van 2019 waren er voor 3 referentiecentra 2 kandidaturen. De erkenning van de laboratoria is hetzelfde voor alle laboratoria en gebeurt onafhankelijk door buitenlandse experten en het MTAO, zoals hierboven beschreven. Die procedure garandeert voldoende onafhankelijkheid.

09.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dat is een duidelijk antwoord. We zullen dit opvolgen. Het viel mij gewoon op dat verschillende referentiecentra waargenomen werden door Sciensano. Ik stelde mij vragen, aangezien er toch wel een bepaalde betrokkenheid is van Sciensano. We moeten erover waken dat dat onafhankelijk blijft en dat die toekenning steeds naar het centrum gaat met de meeste expertise.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 **Questions jointes de**

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres de référence "maladies rares"" (55032914C)**

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès inégal aux traitements pour les maladies rares" (55032916C)**

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge des patients souffrant de maladies rares" (55032915C)**

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les services spécialisés en maladies rares" (55032949C)**

10 **Samengevoegde vragen van**

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De referentiecentra 'zeldzame ziekten'" (55032914C)**

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ongelijke toegang tot een behandeling voor patiënten met een zeldzame ziekte" (55032916C)**

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van patiënten met een zeldzame ziekte" (55032915C)**

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gespecialiseerde diensten voor zeldzame ziekten" (55032949C)**

10.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, il n'existe actuellement aucun centre d'expertise officiellement reconnu pour les maladies rares en Belgique.*

Néanmoins, puisqu'ils disposent d'un centre génétique, les 7 hôpitaux universitaires belges, et plus récemment l'Institut de Pathologie et de Génétique (en collaboration avec le Grand Hôpital de Charleroi), sont reconnus en tant que « fonctions maladies rares ».

Ces centres de référence ont émergé naturellement, de manière autonome et sur base de la recherche. Ils constituent ainsi des unités multidisciplinaires spécialisées dans la prise en charge d'une maladie rare ou d'un groupe de maladies rares.

Contrairement à la Belgique, les Pays-Bas décident de l'implantation de ces centres, ce qui permet d'assurer une répartition équilibrée de l'expertise propre aux multiples maladies rares sur tout le territoire national et cela en assurant la création de plus gros centres financés directement par l'Etat.

Cette efficacité inspirée du modèle hollandais est mise en évidence par l'Institut des maladies rares qui plaide pour une organisation similaire en Belgique, accompagnée de la création d'un registre des centres existants, tout en tenant compte des langues nationales.

En conséquence, Monsieur le ministre:

Comment expliquez-vous qu'aucun centre d'expertise officiel des maladies rares n'existe encore actuellement en Belgique?

Que pensez-vous du modèle hollandais en ce qui concerne la répartition des centres d'expertises? Est-il envisageable de transposer ce modèle en Belgique? Dans l'affirmative, des discussions ont-elles déjà eu lieu sur ce sujet? Dans la négative, pourquoi?

La tenue et mise à jour par Sciensano d'un registre national des maladies rares et des centres existants sont-elles prévues? Si oui, selon quel calendrier et quel budget cela représenterait-il? Dans la négative,

pourquoi?

Monsieur le ministre, dès le 1er février 2023, le remboursement pour le principal traitement existant contre la mucoviscidose, le Kaftrio, sera élargi aux enfants de 6 à 11 ans qui en remplissent les conditions. Un véritable soulagement pour les 140 enfants de moins de 12 ans atteints de mucoviscidose, ainsi que pour leur famille.

Si la mucoviscidose est une maladie assez connue, cela n'est malheureusement pas le cas de toutes les maladies rares, soit plus de 7000 à l'heure actuelle.

En effet, 5% seulement des maladies rares sont traitées, et lorsqu'un traitement existe, les patients doivent faire face à un coût 25 fois plus élevé que pour un médicament "ordinaire".

Ce coût élevé implique un accès inégal aux traitements disponibles, car un remboursement optimal n'est pas prévu pour tous les traitements à l'instar du Kaftrio ou encore de l'insuline en cas de diabète.

En conséquence, monsieur le ministre:

Comment expliquez-vous cette différence de prise en charge entre les différents traitements disponibles? Est-ce un problème de budget ou d'insuffisance de données/traitements?

Est-il envisageable de prévoir pour tous les traitements une prise en charge financière similaire à celle du Kaftrio ou de l'insuline? Quelles conditions doivent être remplies pour ce faire?

Que proposez-vous aux personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'un remboursement et qui n'ont, dès lors, pas les moyens de payer leur traitement?

Monsieur le ministre, si les maladies rares concernent moins d'une personne sur 2000, elles touchent néanmoins plus de personnes que le diabète, soit au total plus de 700.000 patients en Belgique.

Autant de patients qu'il faut prendre en charge de manière spécialisée au sein des hôpitaux, de manière médicale mais également sur divers aspects psychologiques et sociaux.

Le problème est qu'une majorité de ces patients ne sont pas satisfaits de cette prise en charge en Belgique, car conditionnée par le conventionnement mis en place par l'INAMI pour un nombre trop réduit de ces maladies. Une injustice ressentie par les malades qui ne disposent pas de ce conventionnement.

Si le coût des traitements, des soins et des visites médicales représentent une part importante des dépenses auxquelles doivent faire face les patients et leur familles, des coûts indirects viennent se rajouter à la facture: perte d'une journée de travail, retard scolaire, coûts de déplacements vers les centres spécialisés,... et cela malgré les efforts réalisés par les médecins pour regrouper au maximum les visites le même jour.

Monsieur le ministre, il existe plus de 7000 maladies rares décrites aujourd'hui en Belgique. Ces dernières touchent ainsi 30 millions de personnes en Europe et jusqu'à 700.000 personnes rien qu'en Belgique.

Si les maladies rares ont besoin d'attention sur le plan purement médical, elles ont également des besoins spécifiques sur les plans psychologique, et social, financier au regard des grandes difficultés rencontrées par les patients et leurs proches.

Il existe actuellement un plan pour les maladies rares dans pratiquement tous les pays Européens permettant notamment de se baser sur diverses recommandations afin de soigner au mieux ces maladies.

La Belgique n'échappe pas à la règle, sauf que le dernier plan pour les maladies rares date de... 2013.

Suite à ce plan, des centres universitaires se sont dotés de services spécialisés en maladies rares afin d'assurer une prise en charge la plus complète possible aux personnes touchées par ces maladies.

Le problème est que si ces centres sont financés par le gouvernement fédéral pour une petite partie, ils doivent surtout compter aujourd'hui sur des financements privés qui ne garantissent pas leur pérennité.

En conséquence, monsieur le ministre:

Confirmez-vous que le dernier plan belge concernant les maladies rares date de 2013? Des discussions sont-elles en cours pour actualiser ce plan? Dans l'affirmative, avec qui et pour quand? Dans la négative, pourquoi?

Disposez-vous de chiffres en ce qui concerne le nombre de services spécialisés existants aujourd'hui en Belgique? Une augmentation de ces derniers est-elle prévue? Dans la négative, pourquoi?

Comment expliquez-vous que ces centres doivent se baser, pour une grande partie, sur des financements privés? Quel est le montant que le gouvernement fédéral alloue chaque année à ces centres et sur quelle base? Ce montant peut-il être revu à la hausse?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Chère collègue, je commence par les centres de référence pour les maladies rares. Il n'est pas correct de dire qu'il n'existe aucun centre d'expertise maladies rares dans notre pays. En Belgique, l'organisation des soins pour les maladies rares est définie dans les différents arrêtés royaux du 24 avril 2014, qui fixent les normes pour les fonctions, les réseaux et les centres d'expertise pour les maladies rares. L'agrément des fonctions et des réseaux pour les maladies rares relèvent de la compétence des entités fédérées. Il existe actuellement huit fonctions agréées pour les maladies rares et les initiatives de mise en réseau des maladies rares ont été lancées ces dernières années.

Les hôpitaux agréés pour une fonction maladies rares servent de points de contact pour les patients qui n'ont pas encore reçu de diagnostic précis. Ils organisent des consultations multidisciplinaires pour clarifier les diagnostics et établir un plan de traitement, et prennent des dispositions pour l'orientation éventuelle des patients vers d'autres centres.

La création de réseaux de maladies rares représente une avancée importante dans l'identification de l'expertise et dans la promotion de la coopération et des accords entre les centres afin que les meilleurs soins possibles puissent être offerts aux patients.

La désignation des centres d'expertise sur la base des arrêtés royaux du 24 avril 2014 n'a pas encore été mise en pratique. Actuellement, aucun centre d'expertise n'a encore été désigné sur la base de cet arrêté royal.

Les centres de référence de l'INAMI constituent une autre possibilité pour identifier l'expertise en Belgique en matière de maladies rares. Un certain nombre de centres ont une convention avec l'INAMI en tant que centres de référence pour certaines maladies rares, les maladies métaboliques rares, la mucoviscidose, l'hémophilie, les maladies neuromusculaires, la néphrologie pédiatrique, l'infirmité motrice cérébrale (spina bifida) et l'épilepsie réfractaire.

Des discussions sont actuellement en cours au sein de l'INAMI en consultation avec les fonctions maladies rares, en vue de la rédaction d'une nouvelle convention générique y relative, axée dans un premier temps sur les déficits immunitaires primaires, l'épidermolyse bulleuse, la MSA (atrophie de systèmes multiples) et la fibrose pulmonaire primaire.

Outre le financement de la coordination des soins, nous examinerons plus avant si et dans quelle mesure d'autres aspects de la prise en charge de personnes atteintes d'une maladie rare pourraient faire l'objet d'un remboursement. Il convient en particulier d'examiner comment les aspects suivants peuvent être réglementés: la concertation multidisciplinaire, les consultations multidisciplinaires, l'éducation. L'achèvement de ce cadre générique pour la prise en charge de maladies rares est attendu pour le second semestre de cette année. Il est prévu que le financement de la fonction de coordination des soins pour les quatre maladies pilotes susmentionnées puisse être établi au cours de cette année. La poursuite de l'exécution de ces accords sera échelonnée en fonction du budget disponible. Tout cela devrait conduire à une amélioration de la coordination des soins autour du patient et offre

également la possibilité de mieux identifier l'expertise et l'accessibilité des soins.

En ce qui concerne le modèle néerlandais, en raison de l'organisation différente du système de santé et de la structure institutionnelle de la Belgique, il n'est pas approprié d'adopter des modèles étrangers en tant que tels.

La mise en place du Registre central des maladies rares (CRRD) a été prévue dans les conventions Orphanet, établies entre l'INAMI et Sciensano. Les premières étapes en ce sens ont été franchies en juillet 2014. Le budget s'inscrit dans le cadre d'une convention plus large conclue entre ces deux instances. Le budget prévu et propre au CRRD pour cette année s'élève à environ 200 000 euros. En 2023, le Registre contiendra des données portant sur plus de 10 000 patients atteints d'une maladie rare. Son démarrage a été lent, avec une faible participation des centres de génétique et des cliniciens. Désormais, cette collaboration s'est améliorée.

En ce qui concerne la prise en charge des patients souffrant de maladies rares, l'INAMI a conclu diverses conventions avec des centres de référence pour les patients pris en charge dans le cadre de ces conventions. L'assurance maladie obligatoire intervient dans le coût des programmes multidisciplinaires dispensés par ces centres de référence. Ces conventions qui sont en place depuis de nombreuses années favorisent l'accessibilité aux soins multidisciplinaires de qualité pour ces patients atteints d'une maladie rare.

Il est à signaler que ces conventions ont été conclues à différents moments entre 1999 et 2014. Le fait qu'une convention ait été conclue avec l'INAMI dépend de toute une série de facteurs:

- la nécessité de développer une approche multidisciplinaire pour prendre en charge la maladie concernée;
- la nécessité de financer certains aspects de la prise en charge qui ne sont pas financés ailleurs;
- une prise en charge actuelle non optimale ne permettant pas de répondre aux besoins des patients souffrant de la maladie concernée;
- le fait qu'il faille disposer de moyens budgétaires permettant de financer cette prise en charge;
- une demande spécifique émanant du monde médical ou des associations de patients.

Ce sont toute une série de facteurs qui déterminent si, oui ou non, une convention a été conclue avec l'INAMI. Il est à noter que les conventions en tant que telles sont le fruit des négociations qui ont été menées à l'époque entre les représentants du secteur concerné et le Collège des médecins directeurs en première instance et que ces conventions tiennent compte des spécificités de la prise en charge de cette maladie ou groupe de maladies.

Nous ne pouvons que faire le constat que les maladies rares sont malheureusement non seulement nombreuses mais aussi diverses. Il nous apparaît difficile de conclure autant de conventions qu'il existe de maladies rares différentes. Le système ne serait plus gérable mais nous sommes conscients de la nécessité de développer une approche générique – je viens d'en parler. Nous élaborons donc une convention générique pour, dans une première phase, les maladies rares pilotes que j'ai citées: l'épidermolyse bulleuse, l'immunodéficience primaire, l'atrophie multisystémique et la fibrose pulmonaire idiopathique.

Compte tenu des ressources disponibles, des priorités doivent être fixées dans ce qui sera financé effectivement. Dans ce contexte, il a été décidé de se concentrer sur ce qui a un impact direct sur les soins aux patients, c'est-à-dire le financement de l'élaboration du plan de soins individualisés et le financement de la coordination des soins. En fonction du budget disponible, d'autres aspects de la prise en charge pourraient entrer en ligne de compte pour un financement.

Les consultations au sujet des futures modalités de la convention générique sont encore toujours en cours. Dès que ces consultations seront terminées, une convention en tant que telle sera rédigée et pourra entrer en vigueur. Quoi qu'il en soit, il sera prévu d'évaluer cette phase pilote à l'échéance de la convention qui sera conclue pour une durée déterminée. Il sera évalué dans quelle mesure ce système est transposable à d'autres maladies rares que les quatre maladies rares pilotes citées et, le cas échéant, pour quels autres aspects de la prise en charge un financement doit être prévu. Si la convention générique est évaluée de manière positive, elle pourra dès lors être élargie dans quelques années à d'autres maladies rares et, ainsi, de plus en plus de maladies rares seront couvertes par une convention INAMI.

En ce qui concerne votre question relative aux solutions proposées par les médecins de l'Institut des Maladies rares des Cliniques universitaires Saint-Luc, à savoir l'idée de mettre en place un forfait maladies rares ou un élargissement des conventionnements de l'INAMI pour ces maladies, nous sommes déjà en train de travailler à des solutions qui permettent de répondre à certains besoins exprimés par des patients atteints de maladies rares en concertation avec les experts. Je ne sais pas quels sont les tenants et aboutissants des solutions auxquelles vous faites référence dans votre question mais le fait de travailler avec une convention générique à l'avenir pour quatre maladies rares pilotes, dans une première phase, va permettre de financer certains aspects de la prise en charge des personnes souffrant d'une de ces maladies rares.

Le remboursement qui sera prévu dans le cadre de la convention générique va également consister à ce que le centre conventionné puisse porter en compte un forfait spécifique destiné à financer certains aspects de la prise en charge dont question dans la convention.

Si nous élargissons l'approche de la convention dite générique, nous répondrons, selon moi, à la demande de l'Institut des Maladies rares des Cliniques universitaires Saint-Luc d'élargir le conventionnement actuel de l'INAMI pour les maladies rares, et ce dans quelques années.

Vous m'avez demandé ce qu'il est possible de faire pour les patients en matière de remboursement, ce à quoi je vous réponds qu'il existe des possibilités de remboursement par le biais de l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de la nomenclature classique des prestations de santé (prestations médicales, prestations de kinésithérapie, etc.) sous les conditions que cette nomenclature prévoit.

En outre, la plupart des patients atteints d'une maladie rare sont des patients souffrant d'une maladie chronique qui entrent en ligne de compte pour le forfait maladies chroniques. Ce forfait est destiné à intervenir dans les frais de santé des patients qui ne sont pas directement couverts par l'assurance maladie. Les patients peuvent donc utiliser ce forfait pour couvrir tout ou une partie des frais liés à la prise en charge de leur maladie.

Le maximum à facturer permet également souvent à ces malades qui souffrent d'une maladie chronique de réduire leurs dépenses personnelles. Dans certains cas, le Fonds spécial de solidarité peut également intervenir. Il importe aussi de savoir que les soins psychologiques et les soins spécialisés de première ligne peuvent être remboursés, sous certaines conditions, via les réseaux de santé mentale. Il existe donc déjà certaines possibilités visant à rembourser certains aspects de la prise en charge des patients atteints d'une maladie rare.

Pour ce qui concerne vos questions sur les médicaments, sachez qu'en 2021, 12,4 % du budget des spécialités pharmaceutiques remboursables en Belgique ont été consacrés au remboursement de médicaments orphelins. En vingt ans, le budget alloué à ces derniers est passé de 6,5 millions d'euros à 651 millions d'euros. Par ailleurs, tous les médicaments orphelins remboursables sont inscrits en catégorie A ou Fa, ce qui signifie qu'ils sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie. Le patient n'a dès lors pas de quote-part à payer.

En Belgique, la législation prévoit que ce sont les firmes, lesquelles mettent les spécialités pharmaceutiques sur le marché, qui introduisent les dossiers de demande de remboursement auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). À l'issue de l'évaluation par la CRM, il me revient de prendre une décision relative aux remboursements, sur la base d'une proposition de la CRM. Il importe dès lors que chaque firme responsable d'un médicament orphelin introduise une demande auprès de la CRM.

Pour certains médicaments orphelins, les données fournies dans les dossiers ne sont pas mûres. Dans certains cas, la convention peut donc être une solution en permettant l'inscription temporaire de ces médicaments sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Il existe également des cas où aucune convention n'a été conclue.

En 2020, sur les neuf dossiers concernant des médicaments orphelins pour lesquels j'ai été amené à prendre une décision relative au remboursement, sept médicaments orphelins ont fait l'objet d'une décision positive et ont été inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

Aux personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'un remboursement, nous proposons les programmes d'usage compassionnel et les programmes médicaux d'urgence. Ceux-ci permettent aux firmes pharmaceutiques qui commercialisent les médicaments en Belgique de mettre un traitement innovant à disposition des patients qui en ont besoin, et ce avant que les procédures d'accès au marché soient finalisées. Enfin, il reste évidemment le Fonds spécial de solidarité.

Le Plan belge pour les maladies Rares date de décembre 2013. Dans le cadre de son exécution, des mesures politiques ont été prises. L'organisation, à laquelle je viens de faire référence, est définie par les arrêtés royaux du 24 avril 2014 fixant les normes pour les fonctions des réseaux des centres d'expertise pour les maladies rares.

Comme je l'ai dit, il existe actuellement huit fonctions agréées pour les maladies rares. De plus, des initiatives de mise en réseau des maladies rares ont été lancées ces dernières années. Les hôpitaux agréés pour une fonction "maladies rares" servent de point de contact pour les patients qui n'ont pas encore reçu de diagnostic précis et organisent des consultations multidisciplinaires. Ces fonctions "maladies rares" sont financées par le financement des hôpitaux pour un montant annuel d'un million d'euros au total.

La création de réseaux de maladies rares représente une avancée importante mais la désignation des centres d'expertise sur la base des arrêtés royaux du 24 avril 2014 n'a pas encore été mise en pratique.

10.03 **Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos longues réponses à mes longues et nombreuses questions. J'ai eu la chance de m'entretenir longuement avec l'Institut des maladies rares de Saint Luc. À cette occasion, le personnel m'a expliqué qu'il y avait une grande nécessité, aujourd'hui, de pouvoir soutenir leur expertise – et celle des autres centres de référence – mais aussi de pouvoir améliorer le diagnostic des patients et la prise en charge des médicaments. Je voulais mettre cela en exergue auprès de vous.

Il y a deux grandes nécessités qui sont ressorties et pour lesquelles je vous ai entendu de manière assez partielle malheureusement. Tout d'abord, il y a le fameux registre national des maladies rares et des centres existants. C'est une chose qui nous aiderait pour pouvoir cibler les maladies pour lesquelles il n'y a aucun remboursement prévu et qui met grandement en difficulté les patients et leur entourage. Ce registre permettrait vraiment de se rendre compte des disparités qui existent au niveau géographique et d'assurer une répartition équilibrée sur le territoire en fonction de l'expertise disponible dans chacun des centres car chaque maladie nécessite un suivi spécifique.

L'autre volet est de pouvoir soutenir les centres de référence existants. Cela permettrait de respecter la philosophie de l'actualisation du plan pour les maladies rares, qui date de 2013. Il est plus que temps de pouvoir l'actualiser. J'entends que ce travail est en cours et je m'en réjouis.

Par contre, je ne peux vous suivre lorsque vous dites que la complexité institutionnelle de notre pays nous empêche de tenir compte de ce qui se fait à l'étranger, justement dans cette logique de pouvoir généraliser les bonnes pratiques et assurer une complémentarité par rapport aux expertises qui sont disponibles sur l'ensemble de notre territoire. L'Allemagne et la Suisse sont aussi des États fédéraux et ils ont pu malgré tout développer des politiques ambitieuses en la matière, avec des centres d'excellence qui sont généralisés à tout le pays.

À propos de la prise en charge des traitements, vous dites que des remboursements sont possibles, surtout lorsque les maladies rares sont aussi des maladies chroniques, sauf que, malgré tout, on observe une inégalité de traitement entre les patients selon leur maladie. En effet, les suivis nécessaires ne sont pas du tout les mêmes. J'entends qu'un accord est prévu à ce sujet pour le deuxième semestre de cette année, pour ce qui concerne les médicaments et les consultations multidisciplinaires. Nous en attendons beaucoup et j'ose même dire qu'à ce niveau-là le gouvernement a une obligation de résultats, d'autant plus que le dernier plan pour les maladies rares insistait très justement sur le fait que le remboursement des tests nécessaires au diagnostic et au suivi des maladies rares devait être garanti pour toutes les maladies rares.

Je peux comprendre qu'il soit complexe de prévoir une convention pour toutes les maladies rares au regard de leur grand nombre. Nous avons aujourd'hui une lueur d'espoir avec ce projet pilote d'une convention générique qui commencerait par cibler quatre maladies rares. J'ose espérer qu'on aboutira

à un résultat positif pour l'élargir ensuite à l'ensemble de ces maladies, créant une sorte de forfait maladies rares, comme le plaide le centre d'expertise des Cliniques universitaires Saint-Luc. Toutefois, je me pose la question de savoir comment nous serons à même de pouvoir l'élargir à toutes les maladies rares si, en amont, nous n'avons pas pris la peine de faire en sorte qu'il y ait un registre de ces maladies.

Je pense que nous devons procéder par étapes et que, sans cette étape préalable, nous risquerions de nous voir confrontés à un obstacle. Nous devons répondre à l'ensemble des maladies rares et donc à l'ensemble des besoins que rencontrent ces patients.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Questions jointes de

- Laurence Zanchetta à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation de benzodiazépines" (55032906C)

- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La diminution de la consommation de somnifères" (55033804C)

- Nathalie Muylle à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La diminution des prescriptions de benzodiazépines" (55033845C)

11 Samengevoegde vragen van

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het benzodiazepinegebruik" (55032906C)

- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afbouw van het gebruik van slaapmiddelen" (55033804C)

- Nathalie Muylle aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afbouw van benzodiazepines" (55033845C)

De **voorzitster**: De dames Zanchetta en Muylle zijn niet aanwezig.

11.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, vanaf 1 februari kunnen apothekers patiënten helpen om het gebruik van slaapmiddelen geleidelijk aan af te bouwen. Dat is bijzonder positief, want het gebruik van slaapmiddelen ligt in ons land heel hoog. We kennen de cijfers. Zo worden er in België jaarlijks maar liefst 400 miljoen dosissen slaapmiddelen gekocht. Dat is meer dan een miljoen dosissen per dag.

Uit onderzoek van Sciensano blijkt dat het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen in 2020 met 21 % gestegen is in vergelijking met 2018. Uit cijfers van het FAGG blijkt dat de meeste mensen die slaapmiddelen gebruiken dit ook langdurig doen. Zo gebruikt 84 % langer dan zes maanden slaapmiddelen, terwijl die slaapmiddelen best maar voor een korte periode worden genomen. De lichamelijke coördinatie wordt immers minder goed en het reactievermogen vertraagt aanzienlijk. Vooral oudere mensen hebben daardoor meer kans om te vallen. De afbouw van slaapmedicatie zou zelfs een positieve impact hebben op de ziekenhuisopnames, want die zouden effectief dalen.

Slaapmiddelengebruik afbouwen is absoluut een win-winsituatie, zowel voor de gezondheid van de patiënten als voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Het proefproject bij de huisapothekers loopt één jaar en men mikt, afhankelijk van het aantal patiënten in de specifieke programma's van vijf, zeven of tien stappen, op 656 tot maximaal 980 patiënten die zullen deelnemen.

Ik heb hierover enkele praktische vragen. Er is eerst een voorschrift nodig van de huisarts. Neemt de huisarts daar het initiatief voor of kan het initiatief ook uitgaan van de huisapotheker of de patiënt zelf? Ook in die laatste gevallen moet de huisarts uiteraard voor een voorschrift zorgen.

Hoeveel apothekers stappen mee in dat project? Is dat al geweten? Kan je als patiënt ook terecht bij een andere apotheker als jouw huisapotheker niet deelneemt aan het project?

Wordt er een tussentijdse evaluatie gepland of een evaluatie aan het einde van het project?

Is er zicht op verdere uitbreiding van het project, mocht het succesvol blijken?

Wordt er bij succes bekeken of de huisapothekers in de toekomst ook kunnen worden ingezet voor het terugdringen van overmatig gebruik van andere soorten medicatie?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijn antwoord is nogal gecompliceerd en bovendien niet zeer precies op de punten aangestipt door mevrouw Vanpeborgh, die als enige vraagsteller aanwezig is. Dat vind ik jammer, ik probeer het antwoord op de samengevoegde vragen even te herschikken.

Mevrouw Vanpeborgh, het is goed dat u zeer concrete vragen stelt. Het is namelijk belangrijk dat we mensen concreet uitleggen hoe het in elkaar zit. Het is eigenlijk een driehoek, met de patiënt als gebruiker van de middelen, de arts die de middelen voorschrijft – de huisarts veelal – en de apotheker. Het is belangrijk om aan te geven dat elk van die drie de aanzet kan geven tot het afbouwprogramma. In die zin moeten we ook sensibiliseren. Ik zal daar aandacht voor vragen. De patiënt kan melden dat hij zich niet goed voelt bij het gebruik van slaapmiddelen. De apotheker kan misschien bij de aankoop de goede raad geven om daarover na te denken. De arts zelf kan natuurlijk ook vaststellen dat het misschien beter is om van koers te veranderen. Ze kunnen dus alle drie de aanzet geven, maar het is wel de huisarts van de patiënt die het type afbouwprogramma kiest op basis van zijn medisch onderzoek. Dat is dus de taak van de huisarts.

Het aantal apothekers dat zal instappen, is niet vastgelegd. Er is dus geen verplichting. Een apotheker moet dat niet doen op individuele basis, maar kan dat wel. Ik heb daar op dit moment geen cijfers over. Het is wel belangrijk om duidelijk te maken dat de patiënt terecht kan bij zijn huisapotheker of bij een andere apotheker indien de huisapotheker hier niet instapt.

Wij moeten inderdaad evalueren. Omdat het project effectief voorzien is voor een jaar, wil ik begin 2024 evalueren. De apothekersbond, waarmee wij zeer goed samenwerken, heeft zijn volledige steun toegezegd voor die evaluatie. Ik ben persoonlijk erg enthousiast over de filosofie en het engagement van de apothekersbond, dat merkwaardig is. Ik sluit absoluut niet uit dat er een vervolgproject komt. Als wij nood hebben aan een groter budget, wil ik de mogelijkheid van een groter budget zeker niet uitsluiten. Het is natuurlijk een proefproject.

Wij hebben hier wel te maken met een brede opportuniteit en een brede noodzaak. De brede noodzaak is een beter gebruik van medicijnen. De brede opportuniteit is de rol van de apotheker. Ik ben er sterk van overtuigd dat een apotheker iemand is die echt in de zorg staat en die daarin een grotere rol moet gaan spelen.

Wij moeten natuurlijk ook de huisartsen sensibiliseren, om te beginnen om na te denken over wat er gebeurt met de patiënt die die middelen gebruikt. Zij moeten echter ook voorzichtig zijn bij het voorschrijven, met liefst kleine hoeveelheden, in functie van de concrete klinische situatie van de patiënt. Wij gaan dus ook verder sensibiliseren.

Ik meen dat ik hiermee uw concrete vragen beantwoord heb.

11.03 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, het waren zeer concrete antwoorden op mijn praktische vragen. Ik deel uw mening volledig. De huisapothekers hebben effectief een belangrijke rol te vervullen in de zorgverstrekking, maar vooral ook in de begeleiding. Ik kijk uit naar de evaluatie. Als dit succesvol is, hoop ik dat er een vervolgtraject komt, niet alleen voor deze medicatie, met een zeer groot gebruik, maar eventueel ook voor andere medicatie, waar wij eveneens problematisch overmatig gebruik zien.

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

De **voorzitster**: Vraag nr. 55032934C van de heer Patrick Prévot wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

12 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De proefprojecten inzake geïntegreerde zorg" (55032945C)

12 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les projets pilotes en matière de soins intégrés" (55032945C)

12.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, geïntegreerde zorg omvat onder meer gezondheidspromotie, ziektepreventie, diagnose, behandeling en ziektemanagement, zowel binnen als buiten de gezondheidssector en op basis van de behoeften van de patiënt tijdens de gehele levensloop, volgens het KCE. Geïntegreerde zorg moet doeltreffend worden beheerd om optimale resultaten en een verantwoord gebruik van middelen te waarborgen.

U zegt zelf dat we veel beter kunnen en nog veel meer de brug moeten slaan tussen zorg en welzijn. Dat laatste is een bevoegdheid van de deelstaten. Tegen eind 2023, begin 2024 zou een eerste versie van een interfederaal plan voor geïntegreerde zorg klaar zijn. Daarvoor werd ook het WeCare-consortium aangesteld. Momenteel heerst, aldus het KCE, bij de stakeholders wel een gevoel van desoriëntatie over wat zij mogen verwachten, wie waarvoor verantwoordelijk is en welke de prioriteiten zijn. Op basis van een gemeenschappelijk plan werden in 2018 twaalf pilootprojecten voor geïntegreerde zorg opgestart, zes in Vlaanderen, vijf in Wallonië en één in Brussel. Er zijn ook negentien P3-projecten lopende voor ouderen. Die projecten kunnen nu intekenen voor een verdere financiering voor de komende twee jaar, goed voor een investering van bijna 18,5 miljoen euro.

Mijnheer de minister, bij geïntegreerde zorg hoort een geïntegreerd beleid, maar aan de huidige versnippering van bevoegdheden wordt niets gedaan. Welke actie plant u daaromtrent?

In een artikel op Medi-Sfeer werd u gevraagd naar de twaalf proefprojecten die budgettaire mankementen vertoonden. U was wat verwonderd en moest dat nakijken. Hebt u dat nagekeken? Wat is uw conclusie? Zijn er effectief budgettaire mankementen?

Het pilootproject Zorgzaam Leuven zou amper 60 euro kosten per patiënt. Daar staat tegenover dat vooral de Waalse en Brusselse projecten een stuk minder efficiënt lijken. Zo kost het Luikse RĒLIAN 1.996 euro per patiënt en het Brusselse Boost 2.498 euro per patiënt. Het duurste project is dus 42 keer duurder, voor grosso modo hetzelfde werk als het zuinigste project. Hoe verklaart u dat? Zijn de duurdere pilootprojecten minder efficiënt of net efficiënter? Hebt u dat geëvalueerd? Zullen die duurdere projecten ook terug kunnen intekenen?

Volgens BVAS is het personeelsverloop binnen de équipes aanzienlijk. Klopt dat en hoe verklaart u dat?

De berekening van de kostprijs per patiënt van de verschillende pilootprojecten werd uitgevoerd door BVAS. Gaat u akkoord met de door BVAS berekende bedragen?

Het project geïntegreerde zorg zou ook door het Europees relanceplan gefinancierd kunnen worden. Kunt u daarover meer details geven?

Hoe werd het geografisch grondgebied dat de pilootprojecten omvat, gekozen? In hoeverre werd rekening gehouden met de overlap van eerstelijnszones, locoregionale netwerken of de netwerken geestelijke gezondheidszorg?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Geïntegreerde zorg vereist een geïntegreerd beleid, ook op het macroniveau. Zolang de bevoegdheden inzake gezondheidszorg zijn wat ze zijn, is het maken van afspraken over geïntegreerde zorg met alle deelstaten echt cruciaal. In dat kader zijn wij nu volop in gesprek met de deelstaten om aan het einde van dit jaar een eerste ontwerp van een gedragen interfederaal plan voor geïntegreerde zorg te kunnen voorleggen.

Voor de implementatie van dat interfederaal plan zal er een transitieperiode zijn voor de pilootprojecten geïntegreerde zorg. Die ging op 1 januari 2023 van start en heeft onder andere als doel de pilootfase van het project geïntegreerde zorg te beëindigen en over te gaan tot een structureel interfederaal kader voor alle rechthebbenden in België. De doelgroep voor de transitieperiode bestaat niet meer enkel uit chronisch zieken, maar uit de hele Belgische populatie. Het verzekeringscomité van het RIZIV beslist

over de goedkeuring van het transitieplan van elk pilootproject geïntegreerde zorg. De pilootprojecten hebben tijdens hun uitvoeringsfase 2018-2022 zowel ingezet op activiteiten met directe participatie van burgers of chronisch zieken, als op activiteiten zonder directe participatie.

De pilootprojecten geïntegreerde zorg worden niet vanuit het Europese herstelplan gefinancierd.

Geïntegreerde zorg evalueren, vereist een methodologie aangepast aan complexe processen eerder dan de evaluatie van de effectiviteit of efficiëntie van losstaande interventies. De berekening van BVAS over de kost per ingesloten chronisch zieke is weinig accuraat, aangezien er bij die berekening geen onderscheid wordt gemaakt tussen uitgaven voor activiteiten met al dan niet directe participatie van burgers en chronisch zieken en er bijvoorbeeld geen rekening wordt gehouden met de ingesloten zorgverleners in de projecten. Het project Boost heeft bijvoorbeeld sterk ingezet op het verbinden van zorg- en hulpverleners en organisaties, eerder dan activiteiten met directe patiëntenparticipatie, waardoor de kost per ingesloten chronisch zieke erg hoog lijkt. Er heerst ook een sterke heterogeniteit tussen die initiatieven van projecten, aangezien het de bedoeling is om in te spelen op de noden in de specifieke regio's.

Wat het personeelsverloop binnen de pilootprojecten geïntegreerde zorg betreft, klopt het dat bijvoorbeeld bij de projectcoördinatoren, die onder andere de verbinding tussen het terrein en de overheid garanderen, al personeelsverloop plaatsvond. Deze projecten situeren zich in een experimentele context, gekenmerkt door continue innovatie, onzekerheid en verandering, die ook soms spanning of weerstand creëerde op de weg naar meer geïntegreerde zorg. De sterkte van de projecten ligt echter bij consortia met partners van op het terrein die wel zeer stabiel blijven en vaak zelfs nog groeien.

Het geografische gebied bij pilootprojecten voor geïntegreerde zorg werd bij de kandidaatstelling bottom-up en naar keuze bepaald, met minimum 75.000 en maximum 250.000 inwoners in de gedekte regio. Ondertussen is aan de pilootprojecten gevraagd om hun regio af te stemmen op zones of netwerken, die ook in het kader van geïntegreerde zorg doorheen de uitvoeringsfase zijn ontstaan. De grenzen van alle Vlaamse pilootprojecten en het Brusselse pilootproject komen ondertussen overeen met een of meerdere eerstelijnszones. Van de Waalse projecten wordt verwacht dat ze nauw samenwerken met de vorming van de eerstelijnszones en zo nodig hun eigen grenzen daarop afstemmen tijdens de transitieperiode.

12.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. U hebt het antwoord enigszins afgeramd, waardoor ik een aantal zaken heb gemist.

Wat mij bijblijft, is dat het moeilijk is om de verschillende pilootprojecten te vergelijken. Ik kan mij echter niet inbeelden dat het ene pilootproject 42 keer goedkoper is dan het andere. U wijt dat aan een sterkere heterogeniteit, omdat het inspeelt op de verschillen per regio. Ik vind het moeilijk om te geloven dat de verschillen in de regio's zo groot zijn. Dat is opnieuw een bewijs dat het in Vlaanderen zuiniger kan en het in Brussel en Wallonië toch weer de spuigaten uitloopt. Dat is een zoveelste transfer.

Uiteraard moet er overleg met de regio's zijn zolang er een federaal niveau is, maar het is duidelijk dat het federaal niveau niets bijbrengt aan de efficiëntie van ons zorgsysteem.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence de microplastiques dans les aliments" (55032953C)

13 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Microplastics in voedingsmiddelen" (55032953C)

13.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, les fêtes de fin d'année ont été ternies par un constat inquiétant rapporté par les chercheurs de l'Université de Portsmouth: il n'existerait presque aucun aliment qui ne contiendrait pas de microplastiques, tant notre environnement en est envahi.

Si des traces de microplastiques se retrouvent déjà dans des repas non emballés – je pense à la viande, au lait et aux produits laitiers –, il n'y en aurait pas moins de sept fois plus dans les repas emballés dans du plastique. Ainsi, si le même plat emballé est consommé tous les jours, cela représente une quantité de dix grammes de plastique ingéré sur un an, soit l'équivalent de deux sacs en plastique.

Le problème est que ces microplastiques ne se retrouvent pas uniquement dans les aliments mais également dans tout notre environnement, soit dans les sols et dans l'air, et que nous ne mesurons pas encore l'impact réel qu'ils auront à long terme sur notre organisme. Je pense en particulier à des produits cultivés dans cet environnement.

La semaine dernière, j'ai interrogé le ministre Clarinval, en charge de la sécurité alimentaire. Il estimait que ces microplastiques ne représentaient pas un problème de santé significatif, tout en ajoutant ensuite que nos connaissances en la matière sont très lacunaires. J'ai trouvé ses propos assez contradictoires, pour ne pas dire qu'ils n'étaient pas rassurants du tout. Cela me pousse à vous interroger à votre tour.

*Voorzitter: Gitta Vanpeborgh.
Présidente: Gitta Vanpeborgh.*

En conséquence, monsieur le ministre, aviez-vous connaissance de ce constat mis en avant par les chercheurs de l'Université de Portsmouth? Dans l'affirmative, des discussions ont-elles déjà débuté au sein du gouvernement concernant cette problématique? Si oui, avec qui? Dans la négative, qu'en pensez-vous? Des initiatives ont-elles déjà été mises en place ou le seront-elles prochainement pour contrer le phénomène en Belgique? Lesquelles? Disposez-vous déjà d'études ou de chiffres concernant le possible impact à long terme sur notre santé que pourrait avoir cette présence prédominante de plastique dans notre environnement ainsi que dans nos aliments? Dans la négative, quelles sont vos ambitions à cet égard?

13.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Rohonyi, vous avez adressé une question identique à mon collègue David Clarinval, qui est notamment ministre en charge de l'Agriculture. Pour le reste, d'autres questions relèvent de la compétence de Mme Khattabi. Je me permets, par conséquent, de vous renvoyer à la réponse de M. Clarinval et de vous suggérer peut-être d'interroger Mme Khattabi.

13.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie. Toutefois, si je vous ai posé cette question aujourd'hui, c'est précisément parce que j'avais déjà interrogé ces deux ministres...

13.04 Frank Vandebroucke, ministre: Oui, et donc ma réponse est identique.

13.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Leurs réponses ne sont pas du tout satisfaisantes, parce qu'elles se contredisent. On nous dit que ces microplastiques n'auraient pas d'incidence significativement néfaste sur notre santé et, dans le même temps, on nous indique que des études se poursuivent à ce sujet et qu'on ne peut pas écarter un plus grand danger. Devant ces contradictions, si quelqu'un doit pouvoir objectiver l'incidence nocive de ces microplastiques sur notre santé, c'est bien le ministre fédéral de la Santé. Il ne s'agit pas de se retrancher derrière des compétences ayant trait à la sécurité alimentaire ou au climat, d'autant que l'éclatement de certaines prérogatives ne nous aide pas à y voir clair.

Par conséquent, j'attends beaucoup plus, monsieur le ministre, que des réponses qui ont déjà été apportées par ces mêmes ministres.

De **voorzitter**: Ik denk dat het antwoord van de minister duidelijk was, mevrouw Rohonyi.

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

14 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bestemming van de winsten van het federale testplatform" (55032967C)

14 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La destination des bénéfices de la plateforme fédérale de testing" (55032967C)

14.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil u een zoveelste vraag stellen over het federaal testplatform. Zolang een en ander niet kristalhelder is, zal ik daar vragen over blijven stellen.

Het is me immers nog altijd niet duidelijk waarvoor de winsten van het federale testplatform zijn gebruikt. Ik heb de verschillende sites van het testplatform daarover ondertussen bevroegd, maar niet van iedereen een antwoord gekregen. Daarom leg ik u de vragen nog eens voor.

Kunt u een overzicht geven van het aantal voltijdsequivalenten (VTE) per maand, de verloning, de financiering die werd verkregen voor de werking, de aangekochte toestellen en verbruiksmaterialen die op de sites aanwezig zullen blijven?

De belangrijkste vraag is natuurlijk hoeveel winsten er per laboratorium geboekt zijn.

Welke bestemming hebben die middelen gekregen? Op welke rekeningen werden ze geboekt?

Ik heb van een aantal laboratoria wel een antwoord gekregen. Sommige hebben geantwoord dat de winsten naar de ziekenhuizen zijn gegaan, zoals uzelf altijd hebt aangegeven. Dat blijkt evenwel niet altijd het geval. Van één laboratorium heb ik immers een totaal ander antwoord gekregen. De winsten zouden namelijk helemaal niet naar het ziekenhuis zijn gegaan. Nog een ander laboratorium heeft geantwoord dat ik de vraag aan de minister moet stellen. Daarom leg ik u die vraag nog eens voor.

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, om te beginnen vraagt u een overzicht van het aantal VTE's per maand en de verschillende aangeworven profielen. De overeenkomst voorziet niet in een verplichting om het aantal VTE's of de aangeworven profielen door te geven. Op dit moment beschikken we dus niet over die informatie.

Daarnaast vraagt u een overzicht van de verloning. De overeenkomst bepaalt dat de personeelskosten als een onderdeel werden beschouwd van de vaste vergoeding voor de werkingskosten van de laboratoria van het federale testplatform. Naast de personeelskosten omvat dat bedrag ook andere vaste werkingskosten, zoals de supervisie door biologen, en vaste directe en indirecte kosten, zoals het gebruik van lokalen, overhead, personeelsbeheer. Ook de garantie om in een minimale testcapaciteit te voorzien, was verbonden aan dat bedrag.

Bij de start van de overeenkomst was dit vast bedrag vastgelegd op 720.000 euro per maand per site, wat ook de vergoeding vervatte voor de eerste 2.000 uitgevoerde testen. Op basis van het aantal effectief uitgevoerde testen, de ontwikkelingen in de teststrategie en de evolutie in de testcapaciteit werd vanaf 1 oktober 2021 het vast bedrag aangepast naar 270.000 euro per maand per site, wat ook de vergoeding omvatte voor de eerste 750 uitgevoerde testen. Vanaf 1 april 2022 is dat bedrag aangepast naar 72.000 euro per dag per site, waarbij de eerste 200 uitgevoerde testen vervat waren in dat bedrag.

De vaste vergoeding was ook verbonden aan de minimale verwerkingscapaciteit, die gevraagd werd per dag per site.

De vaste vergoeding voor de werkingskosten per site, die ook de vergoeding voor het gemiddelde dagelijks aantal stalen omvat, wordt samengevat in een tabel, die ik u kan geven.

Ik heb nog een andere tabel, die een volledig overzicht geeft van de verrichte uitgaven, in euro, over de gehele periode, die ik u ook zal bezorgen.

U had het over het materiaal. De labo's die samenwerken met het federale platform konden, indien nodig, gebruikmaken van toestellen die door de FOD Volksgezondheid aangeboden worden in bruikleen. Voor enkele labo's, namelijk die van het UZA, het UZ Leuven, de ULIège, de UMons, de ULB

en de UCL, werden toestellen ter beschikking gesteld door de FOD Volksgezondheid. Het UZ Gent en de UNamur maakten geen gebruik van het aangeboden materiaal. De FOD Volksgezondheid werkt nu aan een geactualiseerd overzicht van de gemaakte investeringen voor de toestellen en het verbruiksmateriaal.

U vroeg welke toestellen en verbruiksmaterialen aanwezig zullen blijven en onder welke voorwaarden. De labo's die gebruikmaken van de ter beschikking gestelde toestellen, zijn hiervoor een engagement aangegaan van vijf jaar, met als einddatum 30 november 2025. De toestellen mogen tevens voor andere doeleinden gebruikt worden, zolang het gebeurt in lijn met goedehuisvaderpraktijken en het primaire gebruik, namelijk het detecteren van SARS-coV-2, niet verhindert. De toestellen blijven echter eigendom van de FOD Volksgezondheid. Zij worden gedekt door de verzekeringspolissen van de uitleners, in dit geval de labo's.

De labo's staan in voor het correct en tijdig onderhouden van de ontvangen toestellen. Indien bij afloop van het contract de FOD Volksgezondheid en de labo's geen overeenkomst bereiken over het overdragen van de eigendomsrechten, moeten de toestellen naar een door de FOD Volksgezondheid aangeduide plaats gebracht worden. Er zullen geen verbruiksmaterialen aanwezig blijven bij de labo's. De ophaling bij de labo's, met uitzondering van enkele producten die later worden opgehaald, is ondertussen gebeurd.

Over de winsten herhaal ik wat ik hier in een presentatie al op 17 januari heb gezegd. Wat mij betreft, komt dat thema aan bod in de hele discussie over *preparedness* en de manier waarop we naar het verleden kijken. Met uitvoering van artikel 13 paragraaf 1 van de overeenkomst tussen het RIZIV en de laboratoria van het federale platform is de vraag gesteld aan de laboratoria of aan de partners hoe de toegewezen budgettaire middelen binnen elk consortium verdeeld werden en welke concrete afspraken er tussen de partners binnen het consortium daarover gemaakt werden. Daarnaast is ook de vraag gesteld welke bestemming de middelen die niet rechtstreeks en onmiddellijk werden aangewend voor het uitvoeren van laboratoriumanalyses, uiteindelijk hebben gekregen. Dat is wat u voor ogen hebt en waarop u insisteert, denk ik. Ik heb dat laten onderzoeken door het RIZIV en heb er nu nog geen antwoord op, maar hoop dat relatief spoedig te krijgen.

14.03 Frieda Gijbels (N-VA): Het wordt tijd dat duidelijk wordt waar de winsten precies voor zijn gebruikt. Op zich kan men de laboratoria dat misschien niet kwalijk nemen, het is gewoon de manier waarop de overeenkomsten zijn opgemaakt. Ik vind het ongelooflijk dat er geen verantwoording van de uitgaven nodig was en men die middelen kon besteden naar believen. Dat is blijkbaar ook gebeurd, begrijp ik uit de antwoorden van sommige laboratoria. Of ze nu zijn gebruikt voor ziekenhuizen of voor onderzoeksprojecten zoals blijkt, maakt niet uit. Het gaat om crisismiddelen die oneigenlijk werden aangewend. Er werd 65 miljoen euro te veel uitgekeerd, dus ik ben heel benieuwd naar de juiste bestemming daarvan.

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

15 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Tandheelkundige behandelingen onder lachgas-zuurstofsedatie en onder algemene narcose" (55033004C)

15 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les traitements dentaires sous sédation par oxygène-protoxyde d'azote et sous anesthésie générale" (55033004C)

15.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, bij verschillende universitaire instellingen en de Belgian Academy of Pediatric Dentistry heerst ongerustheid over het ontbreken van een reglementair kader voor tandheelkundige behandelingen onder zuurstof-lachgassedatie en onder algemene narcose. Voor de zuurstof-lachgassedatie zijn ze vooral bezorgd over de toestellen die werken met een zuurstof-lachgasconcentratie van 70 % en die vrij op de markt te koop blijken te zijn. Ook blijkt een bepaalde dental depot een eendaagse cursus te organiseren, terwijl de officiële interuniversitaire opleiding drie dagen duurt en conform de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en de Raad

van de Tandheelkunde is. De Hoge Gezondheidsraad, de Koninklijke Academie voor Geneeskunde en de Raad van de Tandheelkunde zijn het erover eens dat er een reglementair kader nodig is voor die sedatie, waarbij ook een maximale concentratie van 50 % zuurstof-lachgas toegelaten zou mogen worden.

Een andere problematiek betreft de tandheelkundige behandelingen onder algemene anesthesie. Ook op dat gebied ontbreekt een reglementair kader voor duidelijke indicaties. Bovendien haalt men aan dat een specifieke opleiding en een goede reglementering noodzakelijk zijn. Door de lage verloning worden er bovendien supplementen gevraagd, waardoor er een ongelijke toegang ontstaat. Daarnaast zouden er ook mobiele units bestaan om patiënten in de tandartspraktijk te verzorgen onder algemene anesthesie, wat toch wel zorgwekkend is.

Welke zijn de evoluties met betrekking tot de reglementering van de zuurstof-lachgassedatie? Bent u in overleg met de sector? Welke maatregelen zullen er worden genomen en wanneer?

Zult u de kwestie van de tandheelkundige behandelingen onder narcose onder de loep nemen? Wat is uw houding met betrekking tot die problematiek? Denkt u dat een goed reglementair kader nodig is, zowel wat betreft de opleiding en de reglementering als de verloning, zodat personen die nood hebben aan een tandheelkundige behandeling onder narcose op een correcte manier geholpen kunnen worden?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik begin met enkele elementen die u natuurlijk beter kent dan eender wie hier. De adviezen van de verschillende raadgevende organen, zoals de Raad van de Tandheelkunde, de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en de Hoge Gezondheidsraad bevatten een aantal gedetailleerde aanbevelingen om de risico's die verbonden zijn aan het gebruik van de bewuste sedatietechnieken door middel van inhalatie van een mengsel van zuurstof en lachgas te vermijden. Die risico's zijn evenredig met de toegediende concentraties.

De aanbevelingen hebben betrekking op de maximale concentratie van de bewuste sedatie via het mengen van zuurstof en lachgas die niet hoger mag zijn dan 50 %, maar ook op de vereiste opleiding en kwalificaties voor zorgverleners, artsen, tandartsen en verpleegkundigen. Het verdient aanbeveling dat sedatie door inhalatie van een mengsel van lachgas en zuurstof alleen wordt toegediend door een gezondheidswerker die een specifieke en gecertificeerde opleiding heeft gevolgd, georganiseerd door instellingen die door de bevoegde autoriteiten zijn erkend. In dit verband worden in het advies van de Raad van de Tandheelkunde van 22 november 2013 de inhoud en de duur van de opleiding beschreven. Momenteel wordt die opleiding door enkele universitaire instellingen georganiseerd.

Voor de regelgeving zijn er al initiatieven genomen om een kwaliteitsvolle zorg en de veiligheid van de patiënten te garanderen. Meer bepaald bouwt de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg kwaliteitsgaranties in die de beoefenaars moeten naleven bij verstrekkingen die gepaard gaan met anxiolyse, waaronder lachgas en anesthesie. Zo moet de gezondheidszorgbeoefenaar over een procedure beschikken die hij naleeft indien er een probleem optreedt bij het gebruik van lachgas. We hebben daarover trouwens al gediscussieerd. U had daar opmerkingen bij.

Die procedure wordt op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en desgevallend aangepast. De bedoeling is dat de gezondheidszorgbeoefenaar op voorhand de mogelijke scenario's heeft overdacht en dus niet moet improviseren in geval van een probleem.

Dat geldt ook voor het verstrekken van gezondheidszorg met toepassing van lokale anesthesie, locoregionale anesthesie en/of algemene anesthesie. Bij toepassing van algemene anesthesie legt de kwaliteitswet bovendien nog bijkomende kwaliteitsvereisten op. In dat geval moet de tandarts, overeenkomstig artikel 16 van de kwaliteitswet, zich er onder andere van verzekeren dat er een arts-specialist in de anesthesiologie en reanimatie aanwezig is die verantwoordelijk is voor de verstrekkingen inzake anesthesie en dat hij bij complicaties een beroep kan doen op een ziekenhuis. Daarover ging ons debat.

Voor verstrekkingen door een tandarts met locoregionale anesthesie heeft de wetgever in een afwijking

voorzien op de toepassing van die bijkomende kwaliteitsvereisten bepaald in artikel 16 van de kwaliteitswet. Dat is dus niet het geval voor verstrekkingen door een tandarts met algemene anesthesie.

Op basis van andere wetgeving kan men stellen dat algemene anesthesie trouwens uitdrukkelijk voorbehouden is aan artsen. In artikel 6 van het KB van 1 juli 1934 houdende reglement op de beoefening der tandheelkunde staat: "Alleen de dokters in de geneeskunde mogen de algehele verdoving toedienen voor de tandheekkundige operaties." De aflevering van lachgas is dan ook voorbehouden aan de ziekenhuisapotheek. Bovendien zijn er nog andere kwaliteitsvereisten die van toepassing zijn en gecontroleerd zullen worden. De gezondheidszorgbeoefenaar moet steeds zijn bekwaamheid en ervaring ter zake evalueren vooraleer hij overgaat tot het stellen van de verstrekking. Ook moet hij zich ervan vergewissen dat de nodige omkadering aanwezig is opdat hij kwaliteitsvolle zorg kan verstrekken, zoals bijvoorbeeld het beschikken over apparatuur die kwaliteit levert in de huidige stand van zaken. De naleving van die kwaliteitsvereiste kan worden gecontroleerd door de toezichtcommissie die recent werd opgericht.

Er is inzake anxiolyse en anesthesie toch al een zeker kader om de veiligheid van de patiënten te verzekeren. Nochtans onderzoeken we op dit moment dit vraagstuk in al zijn aspecten, met natuurlijk de bedoeling de veiligheid van de patiënten te maximaliseren. Ik denk dat dit voor een deel een antwoord biedt op uw vragen, maar ik ben zeker bereid om daarover verder in gesprek te gaan met u, aangezien we dit zelf nog bekijken.

15.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het is belangrijk om hier even bij stil te staan. U haalde de bestaande regelgeving rond lokale anesthesie aan. We hebben daarover inderdaad al van gedachten gewisseld, maar het gaat hier echt over iets anders. Sedatie is toch echt nog iets anders. Er zijn eigenlijk producten vrij verkrijgbaar op de markt die niet voldoen aan wat wordt geadviseerd door de experts ter zake. Er moet heel goed op worden toegezien dat er eerst en vooral een heel duidelijk kader wordt gemaakt om dat in de beste omstandigheden te kunnen toepassen als het nodig is. We moeten behandeling onder sedatie natuurlijk zoveel mogelijk vermijden, maar in sommige gevallen kunnen we ze niet vermijden. Dan moet dit wel op een juiste en verantwoorde manier gebeuren.

U haalde de toezichtcommissie aan die erop moet toezien dat er op een correcte manier gewerkt wordt. Er is wel wat vrees bij de beroepsgroep of er voldoende mankracht zal zijn om dit allemaal in het oog te houden. Hopelijk zal hierin voorzien worden. Bij de volgende vraag zullen we het daar ook nog even over hebben. Er moeten voldoende mensen zijn om daarop te controleren.

Narcose zou in principe moeten worden uitgevoerd door artsen met de juiste opleiding. Er bestaan ook mobiele units om dat te kunnen toepassen in de praktijk. Dat moet goed in de gaten worden gehouden en goed worden opgevolgd. Dit zou immers niet mogen kunnen.

Ik had ook nog een vraag over de betaalbaarheid van behandelingen onder narcose. Sommige mensen met een bepaalde handicap kunnen niet op een gewone manier behandeld worden. We moeten er ook oog voor hebben dat de betaalbaarheid soms een probleem is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het ronselen van patiënten voor tandheekkundige behandelingen in het buitenland" (55033062C)

16 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recrutement de patients pour des soins dentaires à l'étranger" (55033062C)

16.01 Frieda Gijbels (N-VA): De laatste tijd ziet men wel vaker mensen naar het buitenland trekken om hun tanden te laten behandelen. Er wordt daarbij nogal eens agressieve reclame gevoerd door de buitenlandse tandartsen. Blijkbaar komen ze ook af en toe naar België om patiënten te ronselen. Zo was er eind vorige maand een ronselactiviteit in een hotel in Edegem. Er wordt reclame gemaakt voor esthetische behandelingen, voor gratis consultaties en radiologische onderzoeken. Dat lijkt toch duidelijk in te gaan tegen onze wetgeving en deontologie.

Worden dergelijke praktijken in kaart gebracht? Welke instantie is daarvoor bevoegd? Zijn dergelijke praktijken toegelaten? Indien niet, wie kan hiertegen optreden en op welke manier? Hoe vaak is er desgevallend in het verleden al opgetreden? Wat onderneemt de overheid in het algemeen tegen deze initiatieven?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor de FOD Volksgezondheid zijn de artseninspecteurs, verbonden aan de federale toezichtscommissie, bevoegd om vaststellingen te doen. Mijn administratie is alert voor dit soort misstanden, en de inspecteurs zijn al verschillende keren opgeroepen om bij dergelijke gebeurtenissen in te grijpen. Zij rapporteren systematisch elk vastgesteld element aan de bevoegde autoriteiten: de Orde der geneesheren, het openbaar ministerie, het RIZIV, het FAGG of eventueel nog andere organisaties.

De kwaliteitswet bepaalt dat de gezondheidszorgbeoefenaar beroepsinformatie onder de aandacht van het publiek mag brengen, mits de beroepsinformatie feitelijk, objectief, relevant, verifieerbaar en wetenschappelijk onderbouwd is. Voorts mag professionele informatie niet aanzetten tot onnodige onderzoeken of behandelingen, en niet tot doel hebben patiënten af te schrikken. Anderzijds bepaalt de wet op de esthetische geneeskunde dat professionele informatie op het gebied van esthetische geneeskunde feitelijk, objectief, relevant, controleerbaar, discreet en duidelijk moet zijn, en niet vergelijkend mag zijn, of financiële argumenten mag gebruiken.

Tijdens de uitgevoerde inspecties werden al die elementen door de organisatoren van de door u beschreven evenementen naar de letter nageleefd. Bovendien is tijdens de inspecties tot dusver geen enkel element van fraude vastgesteld. Mijn diensten controleren ook of er geen illegale uitoefening van de geneeskunde of tandheelkunde plaatsvindt, bijvoorbeeld een diagnose gesteld door iemand die niet bevoegd is om de praktijk uit te oefenen. Bij mijn weten is in dat verband slechts een keer aangifte gedaan bij het openbaar ministerie.

De nationale wetgeving en de Europese regels staan toe dat niet-gezondheidswerkers zich bezighouden met professionele communicatie. Die communicatie is bijzonder gereguleerd in vergelijking met andere sectoren. Wel staat het de patiënt vrij zich te laten behandelen door de beroepsoefenaar en in het land van zijn keuze. Naar mijn mening moet de patiënt beter worden geïnformeerd over de risico's van dat soort praktijken, met name wat betreft de verantwoordelijkheid van de artsen en de continuïteit van de zorg.

Zoals u weet, zal de toezichtscommissie op basis van haar vaststellingen ook beleidsaanbevelingen kunnen formuleren. Mogelijk is dat een onderwerp waaromtrent men aanbevelingen kan uitwerken indien uit de praktijk zou blijken dat er zich in toenemende mate problemen voordoen.

16.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Uiteraard is de patiënt vrij in zijn keuze van arts om zich te laten behandelen, maar volgens mij gaat het hier om een agressieve manier van ronselen van patiënten. Ze gebruiken effectief argumenten als gratis behandelingen. Ik vind dat dit niet door de beugel kan. Het is een kwestie van verantwoordelijkheid en continuïteit van zorg, die niet altijd gegarandeerd wordt omdat die behandelende tandartsen zich in het buitenland bevinden. Ik vind dat een vreemde gang van zaken, die volgens mij in strijd is met de deontologie.

U geeft aan dat de toezichtscommissie bevoegd is en alert zal reageren op dergelijke praktijken. Er bestaat echter geen orde der tandartsen en dat vind ik een gemis. We hebben zelf een wetsvoorstel hierover ingediend dat al enige tijd hangende is. We bekijken of we dit inderdaad niet op tafel zouden moeten leggen. Er is immers toch wat ongerustheid in hoeverre die toezichtscommissie voldoende mankracht zal hebben om dat allemaal te controleren. Naast deze problematiek zijn er ook de bleachingsalons die als paddenstoelen uit de grond schieten en die volgens mij ook niet conform de wetgeving en deontologie handelen. Het gaat daarbij trouwens vaak niet om tandartsen. Ik ben benieuwd, maar ik meen dat hier strenger op toegezien moet worden.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55033064C van mevrouw Fonck wordt uitgesteld.

17 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De voorwaarden voor private klinische laboratoria versus ziekenhuislaboratoria" (55033066C)

17 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conditions pour les laboratoires cliniques privés et pour les laboratoires hospitaliers" (55033066C)

17.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik stelde u eerder al de vraag op welke manier de IFIC-meerkosten zullen worden vergoed voor medische laboratoriumtechnologen en radiologische verpleegkundigen. U gaf aan dat de meerkost door het BFM (budget van financiële middelen) wordt gedekt.

Hoe zit het voor dezelfde kwestie bij de privélaboratoria? Worden de ADV-dagen (arbeidsduurvermindering) voor technische verpleegkundigen en laboratoriumtechnologen gedekt door het BFM? Hoe zit dat voor de ziekenhuislaboratoria en hoe voor de privélaboratoria?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, de privélaboratoria maken geen deel uit van de instellingen die onder toepassing vallen van de sociale akkoorden die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren. Ze vallen niet onder de toepassing van de collectieve arbeidsovereenkomsten inzake de invoering van een nieuw loonmodel IFIC voor de federale gezondheidsdiensten.

Met betrekking tot de arbeidsduurverminderingdagen dekt het budget financiële middelen de financiering van de eindeloopbaanmaatregelen voor personeel dat op de loonlijst van een ziekenhuis staat en voor personeel dat door een OCMW ter beschikking is gesteld.

17.03 Frieda Gijbels (N-VA): Bedankt voor uw antwoord.

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

18 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Nepapothekers" (55033101C)

18 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "De faux pharmaciens" (55033101C)

18.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, we ontvangen berichten via diverse media dat nepapothekers proberen om huisartsen te misleiden. Limburgse huisartsen en kranten meldden telefoontjes van fraudeurs die zich uitgeven als apotheker. De werkwijze van de oplichters bestaat erin om met allerlei excuses codes van voorschriften te verkrijgen van artsen. Een elektronisch voorschrift verstuurt de arts per e-mail. De patiënt kan het medicijn krijgen door zijn identiteitskaart te laten inlezen bij de apotheker of door een papieren voorschrift met de code, een soort barcode, af te printen. Die wordt dan ingelezen door de apotheker. Het is die code, waarin de fraudeurs interesse hebben.

Op dit moment wordt vermoed dat men in het huisvuil van patiënten op zoek gaat naar de code en dan zonder identificatie het product probeert te krijgen. Meestal gaat het daarbij om slaapmedicatie. Het is ook niet geweten wat de oplichters met de producten willen doen. Vermoedelijk wil men personen bedienen die verslaafd zijn aan bepaalde geneesmiddelen, of worden die middelen op de zwarte markt gebracht.

Hebt u weet van vergelijkbare praktijken buiten de provincie Limburg? Welke producten worden door de fraudeurs het meest gevraagd? Denkt u aan nog andere maatregelen behalve het strenger controleren op het bij zich hebben van de identiteitskaart?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het FAGG heeft de voorvallen in Limburg, waarbij nepapothekers huisartsen misleiden, ook enkel via de media vernomen. Een tweetal jaar geleden werd

het FAGG wel geïnformeerd over een geval in West-Vlaanderen, waarbij een patiënt die helemaal onbekend was bij de huisarts, zich uitgaf voor een andere patiënt die in behandeling was bij de betrokken arts. Een alerte apotheker heeft de betrokken arts daarover bevestigd, zodat die feiten aan het licht zijn gekomen.

Sinds 1 januari 2020 is het elektronisch voorschrijven een verplichting geworden. Tot op vandaag is het aantal meldingen van fraude met elektronische voorschriften van die aard te beperkt om een onbetwistbaar en volledig antwoord te hebben op de vraag welke geneesmiddelen daarin betrokken zijn, maar op basis van gegevens van misbruik van geneesmiddelen via *medical shopping*, waarbij de patiënt meerdere artsen bezoekt om voorschriften te verkrijgen, en in het verleden via valse schriftelijke voorschriften, blijken slaapmiddelen zoals benzodiazepines, zware pijnstillers en andere verdovende middelen, het meest het onderwerp uit te maken van fraude. Dat spreekt ook een beetje voor zich, natuurlijk.

Het bewijs van elektronisch voorschrift kan door de arts uitgeprint worden voor de patiënt, maar dat is geen verplichting. De apotheker kan op basis van de identiteitskaart van de patiënt het elektronisch voorschrift uitvoeren op basis van de RID-code, (Recip-e-ID). Met het uitgeprinte bewijs van elektronisch voorschrift kan de apotheker ook het voorschrift uitvoeren. In beide gevallen moet de apotheker de gegevens van het voorschrift bij Recip-e, het platform voor elektronische voorschriften, afhalen alvorens over te gaan tot de aflevering van de voorgeschreven geneesmiddelen.

Het is niet de bedoeling dat de apotheker het uitgeprinte bewijs van elektronisch voorschrift als een papieren voorschrift beschouwt en dat uitvoert. Papieren voorschriften mogen nog slechts in uitzonderlijke gevallen gebruikt worden, namelijk tijdens huisbezoeken door artsen ouder dan 65 jaar en in uitzonderlijke omstandigheden wanneer de patiënt nog niet over een rijksregisternummer beschikt.

Ook moet de patiënt één keer per jaar zijn of haar identiteitskaart doen inlezen, voor een apotheker een voorschrift kan uitvoeren. Ik zie u een beetje meewarig kijken, maar dat zijn de regels.

Ik zal mijn bevoegde administraties, het FAGG en het RIZIV, samen met de organisaties van de apothekers, doen bekijken of bepaalde maatregelen nuttig of noodzakelijk zijn. Er zijn mij mogelijkheden gesuggereerd. Ik kan die aanhalen, maar ik doe dat met veel voorbehoud. Ik meen dat wij de haalbaarheid ervan moeten onderzoeken en dat wij er overleg over moeten plegen. We zouden de apothekers sensibiliseren om bij voorschriften van bepaalde geneesmiddelen waarvoor dat soort fraude een risico vormt, de identiteit van de patiënt en het gedeelde farmaceutische dossier te controleren, ook al vereist dat laatste de toestemming van de patiënt.

Voor de geprinte versie van het bewijs van elektronisch voorschrift moet bekeken worden of alle elementen die erop vermeld staan, echt nodig zijn. Moet men bijvoorbeeld de RID-code of de naam van de arts vermelden op die print? Dat zogenaamde bewijs kan in dat geval enkel gebruikt worden als geheugensteuntje voor de patiënt. De apotheker heeft immers het bewijs van het elektronisch voorschrift niet nodig om een voorschrift, rechtmatig verkregen tijdens een artsenbezoek, uit te voeren.

Overeenkomstig de informatie waarover de bevoegde administraties beschikken, is het net uit de bewijzen van elektronisch voorschrift waarop fraudeurs de hand kunnen leggen, dat zij de noodzakelijke gegevens halen om op illegale wijze geneesmiddelen te verkrijgen. Dat is een mogelijke piste. Ik denk dat we de haalbaarheid en de wenselijkheid van dergelijke aanpassingen moeten bekijken.

18.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, valse voorschriften zijn jammer genoeg van alle tijden. Vroeger waren het de papieren versies. Nu kan het ook via de RID-code.

Sowieso zal het probleem vooral tijdens de wachtdienst rijzen, wanneer patiënten die men niet kent, met een code naar de apotheker komen. De suggestie om te kijken naar het gedeeld farmaceutisch dossier (GFD) van de patiënt, lijkt mij haalbaar, zeker wanneer er twijfel is. Ik denk dat heel wat collega's ondertussen ook voelsprietten hebben ontwikkeld om bepaalde situaties in te schatten.

U haalt terecht ook de werklast aan. Elke patiënt controleren op identiteit en GFD is al wat moeilijker. De RID-code niet vermelden op de papieren versie lijkt mij een waardevolle suggestie, maar ook daar

kan het probleem tijdens de wachtdienst optreden, want dan moet de persoon die de medicatie komt halen, de identiteitskaart van de patiënt meebrengen. Als dat niet het geval is, zal de RID-code soms soelaas brengen, zeker in landelijke gebieden waar de apotheek van wacht verder weg ligt.

Ik denk dat de haalbaarheid versus de veiligheid van de mogelijke maatregelen in goed overleg moeten worden afgewogen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het optrekken van het aantal diensten voor crisispsychiatrie (HIC)" (55033103C)**

19 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation du nombre de services de psychiatrie de crise (HIC)" (55033103C)**

19.01 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, op 13 januari hebt u in *De Morgen* gecommuniceerd dat u 15 miljoen euro zou vrijmaken voor de high and intensive care-afdelingen (HIC) voor crisispsychiatrie waar patiënten acute psychiatrische zorg zouden kunnen krijgen. Het gaat dan om uiteenlopende en vaak gecombineerde diagnoses, vaak heel ingewikkelde zaken, zoals psychoses, depressies en/of suïcidaliteit of een bipolaire stoornis, maar ook ter observatie en diagnostiek. Ik ben het absoluut met u eens dat er nood is aan dergelijke afdelingen. Dat hebben we in vorige commissies trouwens ook al aangegeven.

Ik krijg graag wat meer uitleg van u. Vanaf wanneer worden de HIC's ingericht? Het zouden er 28 zijn. Is dat voldoende? Op basis van welke studies hebt u die beslissing genomen? Waar wilt u die diensten lokaliseren? Op basis van welke criteria? Welke doelgroepen worden er precies gedefinieerd?

Hoe wilt u personeel vinden? Ik denk immers dat dit de bottleneck zal zijn. De middelen uittrekken levert waarschijnlijk minder problemen op dan het vinden van goed opgeleid personeel dat bereid is om op die crisisafdelingen te komen werken in een beurtsysteem. Welke concrete doelstellingen wilt u halen? Wanneer beschouwt u de uitrol als een succes? Op basis van welke parameters zal een evaluatie plaatsvinden? Hoe gebeurt een bijsturing van het beleid, indien dat nodig zou blijken? Ten slotte, in ons land bestaat er geen opleiding tot verslavingsarts en is het zorgberoep ook niet erkend. In hoeverre acht u het noodzakelijk dat een dergelijke discipline in ons land zou worden erkend, zoals dat bijvoorbeeld in Nederland het geval is?

19.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, dit zijn heel pertinente vragen.

Op 18 mei 2022 heb ik een projectoproep gelanceerd voor de creatie van meer high and intensive care-afdelingen, die een betere en een meer menselijke zorg aanbieden aan mensen die in crisis worden opgenomen, met als doelstelling om in elk netwerk binnen een crisiszorgtraject minstens één HIC-dienst te ontwikkelen.

De respons op de oproep vanuit de netwerken was succesvol. Zo worden na de formele en vervolgens inhoudelijke evaluatie de bestaande 9 HIC-projecten uitgebreid naar 28. Eind vorig jaar werd alles op alles gezet om de projecten die opstartten in 2022 op basis van de actieve vacatures en aanwervingen van het personeel in het kader van deze derde oproep proportioneel te financieren in het budget financiële middelen van januari 2023.

Een groot deel van de goedgekeurde projecten zijn al opgestart in het laatste trimester van 2022. De overige zullen operationeel zijn in de loop van 2023.

De criteria van een HIC-model zijn vastgesteld door de werkgroep Intensifiëring binnen het overlegorgaan Volwassenen en samengesteld door experts uit de sector, die een bottom-upwerkmodel hebben voorgesteld aan de beleidsmakers, dus aan de overheden.

Zoals ik al heb gesteld, is het de bedoeling om in elk netwerk GGZ voor volwassenen binnen een

crisiszorgtraject minstens één HIC-dienst te realiseren. In de netwerken waar al een dergelijke dienst operationeel is, wordt de samenwerking vanuit het ambulante zorgnetwerk via een versterking van het mobiel crisisteam, de HIC en de spoedgevallendienst van het algemeen ziekenhuis versterkt. We kunnen dus voortbouwen op wat er al bestaat en dat nog verbeteren.

De doelgroep zijn personen met een ernstige, complexe psychische stoornis. De behandeling is zo intensief en zo lang als nodig, en zo intensief en zo kort als mogelijk. De cliënt staat voorop. Het aanbod dient daarbij vraaggestuurd te zijn en niet aanbodgestuurd.

Het doel van de opnamen in dergelijke afdelingen is het acute crisismoment zo snel mogelijk te overwinnen zodat opnieuw een beroep kan worden gedaan op zorg buiten de HIC-afdeling, op een vervolgafdeling in volledige dag- of nachtopname, met behulp van een mobiel team of via de ambulante raadpleging. In dat kader worden de patiënt, de naasten van de patiënt en extern betrokken hulpverleners actief betrokken bij zorgafstemmingsgesprekken die regelmatig worden georganiseerd.

U raakt een belangrijk punt aan. We weten dat het tekort aan personeel verder is toegenomen. Aan sommige beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen, is een enorme behoefte. Ook staat de aantrekkelijkheid ervan onder druk. Naast de vergoeding van de zorgverleners moeten de functieprofielen en de verdeling van de activiteiten tussen de professionals onderling ook herbekeken worden.

De herziening van de wetgeving op de gezondheidszorgberoepen wordt voortgezet. Die wetgeving moet effectief verder worden gemoderniseerd.

Bovendien worden in afwachting van meer structurele oplossingen ook wel tijdelijke noodmaatregelen getroffen. Dat weet u. Ik heb ze ook tot eind maart 2023 verlengd, met alle relativiteit die daarbij hoort.

Tegelijkertijd wordt met de sectorpartners en met de beroepsorganisaties nagedacht over wat een toekomstagenda voor de zorg zou kunnen betekenen. Er wordt ook gewerkt aan het actualiseren van de wetgeving op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Ik verwijs onder meer naar de introductie van de bekwame helper en de zorgladder in de verpleegkunde.

Aanpassingen worden ook bekeken inzake geestelijke gezondheidszorg en paramedische beroepen.

Er is de werkgroep Taakdifferentiatie, Taakdelegatie en Taakverschuiving, waarbij we kunnen kijken op welke manier we binnen een kwaliteitskader de taakverdeling in de verpleegkundige zorg kunnen aanpassen aan de noden van vandaag.

De uiteindelijke doelstelling van de intensifiëring van de residentiële zorg is om in heel België een crisiszorgtraject uit te rollen. Het netwerk moet bekijken wat het bestaande crisiszorgaanbod is en moet vervolgens een crisiszorgtraject volgens het principe van *stepped care* binnen het netwerk uitrollen.

Stepped care betekent samenwerking van de verschillende spelers in het netwerk: de HIC-diensten, de ID-diensten, voor zover aanwezig in het netwerk en het ambulante netwerk, waaronder het mobiele crisisteam en de spoedgevallendienst of -diensten.

Ik heb net meegegeven dat we, waar we al een HIC-dienst hebben, de samenwerking willen versterken. De derde oproep, zoals we dat noemen, is dus een onderdeel van een systematisch opbouwscenario.

Het beleid in de geestelijke gezondheidszorg staat, gelukkig maar, niet ter plaatse te trappelen. Er is al heel wat opgebouwd, maar er zijn natuurlijk nog heel belangrijke noden. We kunnen niet alles meteen realiseren, maar we zetten ter zake stappen in de goede richting.

De patiënt staat centraal, een sterkere en meer humane aanpak en samenwerking rond de patiënt zijn de sleutelbegrippen. We willen enerzijds vroeg detecteren en tijdig optreden, vooraleer de problemen te groot worden. Wanneer er anderzijds een echte crisissituatie is, moet er evenwel worden opgetreden om agressie en suïcidaliteit te verminderen. Daarbij wordt geprobeerd dwang en vrijheidsbeperking, met name isolatie en fixatie, terug te dringen.

U vraagt wanneer er sprake is van succes. Men kan zeker niet spreken van een succes vooraleer er

binnen de netwerken een succesvol crisiszorgtraject is uitgewerkt en de verbindingen zijn gemaakt tussen de mobiele crisisteams, de HIC-diensten en de ID-diensten voor zover aanwezig en de spoedgevallendienst of -diensten binnen het netwerk, alsook met de ambulante zorgsector en met andere partners van de geestelijke gezondheidszorg. Wat ik nu zeg, volstaat niet, maar dat soort samenwerking moet op zijn minst tot stand worden gebracht. Anders kunnen we zelfs niet over een succesvolle uitrol beginnen spreken. Dat is natuurlijk een belangrijke taak.

Vermits de wetenschappelijke evidentie voor dit soort innovatie eigenlijk nog beperkt is – we geloven er echter in – en er een nood aan data is, werd voor de bestaande negen HIC's in België door de onderzoeksgroep Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg van de KULeuven onderzoek gevoerd naar de werking van die afdelingen met de bedoeling om de zorg verder te optimaliseren, agressie en suïcidaliteit te verminderen en dwang en vrijheidsbeperking terug te dringen.

De derde oproep bouwt voort op het model van de vorige oproepen. De projecten die worden goedgekeurd, engageren zich om deel te nemen aan de opvolging door de huidige wetenschappelijke equipe. We willen het evaluatieonderzoek door de wetenschappers dus naadloos laten verder lopen.

Op 10 januari 2023 is een kick-offmoment georganiseerd met alle geselecteerde projecten. Dat was een eerste ontmoetingsmoment met de medewerkers van alle 28 HIC-diensten en participatie van patiënten en familiecontext- en familie-ervaringsdeskundigen. Het was ook het moment waarop het nieuwe kwaliteitsconcept van het lerend netwerk dat de implementatie van de HIC-diensten ondersteunt en begeleidt, werd opgestart. Dat lerend netwerk bestaat uit verschillende HIC-diensten en wordt geleid door de wetenschappelijke equipe van de KULeuven. Via maandelijkse bijeenkomsten van de HIC-diensten kan men ervaringen en goede praktijken uitwisselen en inzichten krijgen op basis van wetenschappelijk geanalyseerde data en opleidingen organiseren.

Ten slotte is het zorgberoep van verslavingsarts niet opgenomen in mijn beleidsprioriteiten. In het ontwerp van federale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2025 wordt wel een actie voorgesteld om de erkenning van de titel van alcohololoog op juridisch toegankelijk en economisch vlak te evalueren naar analogie met de titel van tabacoloog. Dat wordt voorgesteld om de toegang en de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

De federaties en koepelorganisaties werden daarover geraadpleegd tussen december vorig jaar en januari. De ad-hocwerkgroep zal de aanbevelingen van die raadpleging verder evalueren. Deze interfederale ontwerpstrategie zal in maart ter politieke validering worden voorgelegd aan de thematische bijeenkomst inzake drugs van de IMC Volksgezondheid. Als deze actie wordt gevalideerd, zal de federale regering overgaan tot de uitvoering van deze evaluatie.

19.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Ik ben het absoluut met u eens over het crisiszorgtraject en geestelijke gezondheidszorg is echt nodig. Als huisarts is het ontzettend moeilijk om een patiënt die zich in een acute situatie bevindt verder te kunnen helpen en om een plaats te vinden waar die patiënt geholpen kan worden met zo weinig mogelijk fixaties, die ook weer een traumatische ervaring kunnen veroorzaken.

Ik ben het niet eens met uw visie op de verslavingsarts of alcohololoog. Wetenschappelijke studies wijzen uit dat de verslaving an sich, en niet het middel waaraan men verslaafd is, aangepakt moet worden. Het kan over drugs, alcohol, nicotine, seks, gokken of iets anders gaan, maar het is die specifieke expertise als verslavingsarts die mensen vooruit kan helpen en waarvan er zeer mooie voorbeelden zijn in Nederland.

U hebt de psychiatrisch thuisverpleegkundigen niet aangehaald. Ik heb het al een paar keer gezegd en ik zeg het u nog eens: zij kunnen een zeer mooie aanvulling zijn voor de mobiele teams. Er is een tekort aan psychiatrisch thuisverpleegkundigen en er zijn profielen die interesse hebben om die job uit te voeren. Ik denk dat zij een absolute meerwaarde kunnen zijn in die ketting van geestelijke gezondheidszorg.

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

20 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ontbrekende vergunningen van onze logistieke partner" (55033104C)
20 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les autorisations manquantes de notre partenaire logistique" (55033104C)

20.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag betreft de nieuwe logistieke partner voor de opslag of stockage van de strategische stock. In deze commissie heb ik u al eerder gevraagd of die partner over alle nodige vergunningen beschikte, destijds in het kader van de opslagfaciliteiten voor gekoelde middelen van -80°C. Ik verneem dat de partner van het FAGG het bericht kreeg dat ze vandaag niet over de juiste en nodige vergunning beschikken voor de opslag van verdovende middelen, zoals morfine.

Ook haal ik even de discussie aan waarin u aangaf dat u als FOD Volksgezondheid niet over een WDA-vergunning beschikt. De partner zou geen activiteitenvergunning hebben voor verdovende middelen, waaronder bijvoorbeeld midazolam. Uzelf hebt ook geen WDA-vergunning om eventuele API's te verdelen.

Hoe reageert u op de informatie waaruit blijkt dat verdovende of psychotrope stoffen op onwettige manier gestockeerd worden bij één van uw partners? Wat acties zal u dienaangaande ondernemen? Is dit ondertussen al in orde gebracht?

Dit is eigenlijk een heel zware overtreding van de farmaceutische wetgeving. Welke procedure wordt er normaliter gevolgd bij vaststelling van een dergelijke overtreding?

Wordt er door de partner een verdovingsregister bijgehouden?

Het betreft hier ook niet het eerste probleem met vergunningen. Hoe komt het dat er van tijd tot tijd problemen worden vastgesteld met vergunningen bij de FOD Volksgezondheid?

Het FAGG bracht de problematiek aan het licht. Voor andere instanties, zoals een ziekenhuis, een apotheek of een groothandelaar, zou het stockeren van verdovende middelen zonder vergunning onmiddellijk tot sancties leiden. Hoe werd de partner gesanctioneerd?

Mijns inziens neemt de FOD Volksgezondheid het niet zo nauw met de van kracht zijnde wetgeving. Hoe zal u dat probleem aanpakken? Hoe wil u dat in de toekomst voorkomen, ook wat de WDA zelf betreft?

U stelde dat de problemen eind januari geregeld zouden zijn. Is dat intussen zo?

Ten slotte was het lastenboek dat werd uitgeschreven voor het nieuwe contract met de logistieke partner heel duidelijk: de kandidaat moest over de nodige vergunningen beschikken. Dat was een exclusiecriteria. Als de partner niet over de nodige vergunningen beschikt, moet er dan een nieuwe overeenkomst worden gesloten? Moet er een nieuwe aanbesteding komen? Is de huidige overeenkomst nog geldig?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, Movianto beschikt wel degelijk over een activiteitenvergunning. De activiteitenvergunning voor verdovende middelen wordt toegekend na een grondige evaluatie van onder andere de lokalen en de procedures die de firma uitgewerkt heeft voor een veilige behandeling van verdovende middelen. Zo'n activiteitenvergunning verwijst ook naar de lijst van producten die eraan verbonden is. Het is inderdaad correct dat er twee substanties toegevoegd dienden te worden aan die lijst.

Op vrijdag 13 januari 2023 heeft Movianto de aanvraag tot toevoeging van morfine en midazolam ingediend bij het FAGG en die werd ondertussen goedgekeurd. Het toevoegen van substanties aan de lijst is zeker niet ongewoon voor houders van een activiteitenvergunning en is een veel eenvoudigere procedure dan de initiële toekenning van de activiteitenvergunning. In casu had Movianto die producten trouwens ontvangen van een andere groothandel, die eigenlijk ook had moeten nagaan of Movianto vergund was voor die twee substanties. De firma moet een aanvraag indienen voor de wijziging van de vergunning. Dit is ondertussen gebeurd en de vergunning is aangepast.

Het gaat hier niet om een zware overtreding. De firma's hebben wettelijk vijftien dagen om wijzigingen van hun vergunningen door te geven. Wat hier gebeurd is, is dus niet ongewoon.

Er wordt door Movianto een wettelijk register voor verdovende middelen per product bijgehouden, met alle in- en uitgaande bewegingen van producten die in de betrokken *controlled drugs zone* worden opgeslagen. Het beheer van het register wordt duidelijk gedocumenteerd in de organisatieprocedure.

Movianto beschikte over de nodige vergunningen voor de selectie in het kader van de aanbesteding. Na de gunning moest het bedrijf eerst een extensie van de WDA verkrijgen door een vergunning aan te vragen bij het FAGG voor activiteiten met betrekking tot geneesmiddelen die bij -80 °C moeten worden opgeslagen en verdeeld, hetgeen in orde is. In een tweede fase moest Movianto een uitbreiding van de vergunning voor verdovende middelen aanvragen door toevoeging van twee stoffen, wat nu ook in orde is.

Voor de zesde vraag verwijs ik naar mijn antwoord op uw derde vraag. Een sanctie is niet vereist.

Voor de zevende vraag verwijs ik naar mijn antwoord op uw vijfde vraag.

U zegt in uw achtste vraag dat dit een exclusie criterium is en vraagt of dat klopt. Dat klopt. In het lastenboek staat beschreven dat een vergunning voor activiteiten met betrekking tot verdovende middelen en psychotrope stoffen, zoals bedoeld in artikel 6 van het KB van 6 september 2017 houdende regeling van verdovende middelen en psychotrope stoffen, noodzakelijk is. Movianto is in het bezit van een dergelijke vergunning.

Het is wettelijk bepaald dat die vergunning dient te worden aangepast, afhankelijk van welke actieve bestanddelen aan verdovende en psychotrope middelen er aanwezig zijn in de stock. Ieder actief bestanddeel van verdovende en psychotrope middelen moet specifiek aangegeven worden op de vergunning. Welke geneesmiddelen specifiek op de vergunning moesten verschijnen, werd niet gespecificeerd in het lastenboek.

De partner beschikte wel degelijk over de vereiste activiteitenvergunning op het moment van de toewijzing van de opdracht. Het is normaal dat vergunningen evolueren in de tijd, gezien het evolutief karakter van de strategische stock en omdat er, zoals hier, extra substanties behandeld worden. Het is ook normaal dat niet van in het begin een vergunning wordt gegeven voor alle mogelijke substanties, maar dat in het kader van risicobeperking alleen de effectief gebruikte substanties op de lijst staan.

Aangezien Movianto in het bezit is van een vergunning voor activiteiten met betrekking tot verdovende middelen en psychotrope stoffen, blijft de overeenkomst geldig en moet er geen nieuwe aanbesteding komen.

20.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, in het lastenboek stond dat de partner in orde moest zijn met de vergunningen. Hij was dat niet, hij heeft het te laat geregulariseerd want 13 januari is een half jaar na het afsluiten van het contract.

Mijnheer de minister, wij hebben het hier over verdovende middelen, over morfine. Heroïne is diacetylmorfine. Dat is dus eigenlijk morfine met twee acetylgroepen op. Als men het inspuit, gaan die acetylgroepen, eens ze door de bloed-hersenbarrière heen zijn, ervan af. Dan is morfine het actief bestanddeel.

Van een dergelijk zwaar verdovend middel staat u toe dat het wordt gestockeerd bij één van de partners waarmee u samenwerkt. Dat is zeer zwaar. U zegt dat het geen zware overtreding van de farmaceutische wetgeving is. Noem mij echter één hospitaal, één apotheek, één groothandelaar die voor een dergelijke overtreding niet zou worden gesanctioneerd. U past de regels op een andere manier toe wanneer het over uw eigen organisatie gaat dan wanneer u met externen werkt, mijnheer de minister.

Ik betwist ten zeerste dat het FAGG hier niet zwaar aan zou tillen. Ik geloof uw antwoord niet, dit is een zeer zware overtreding. Eigenlijk is dat een exclusie criterium voor het contract en werkt u buiten het contract.

Het is echter nog veel erger dat u de gezondheid van individuen in gevaar hebt gebracht. Als een activiteit niet aangekondigd en niet vergund is, dan kunt u ook geen garantie hebben dat dergelijke producten goed gestockeerd en correct gemanipuleerd worden. Met andere woorden, u kunt niet weten of een personeelslid onterecht toegang heeft gekregen tot verdovende middelen en op een malafide manier zou kunnen handelen. U hebt hier een ontzettend zwaar risico genomen, maar – nog veel erger – u hebt de wet met voeten getreden.

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

21 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De facturen en dadingen tussen de Belgische Staat en de logistieke partners" (55033106C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onderhandelingen met de partner voor de opslag van de antigeentesten" (55033609C)**

21 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les factures et transactions entre l'État belge et ses partenaires logistiques" (55033106C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les négociations avec le partenaire chargé du stockage des tests antigéniques" (55033609C)**

21.01 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik heb die vraag al gesteld, maar uw antwoord week volgens mij af van de realiteit. In het kader van de juridische verschillen tussen de Belgische Staat en de vorige logistieke partner had ik u gevraagd of er dadingen afgesloten waren in het kader van de covidcrisis. U zei toen dat er geen dadingen werden afgesloten. Bij mijn weten werden er echter wel dadingen afgesloten met de firma's ZenTech en DiaSorin.

Ten tweede had ik u een vraag gesteld over perceel 2, waarover u een akkoord heeft met de firma Raes voor de stockage en het beheer van de in-vitrodiagnostics. U antwoordde dat er gesprekken liepen over die dading. Ik heb eigenlijk vernomen dat die dading wel al rond zou zijn, maar dat zal u mij meteen wel toelichten.

Hoe werd er door de Belgische Staat en de nieuwe logistieke partner omgegaan met de sluiting van de federale testlabo's gegeven dat er nog maar weinig stock is? Werden er hieromtrent facturen uitgeschreven? Is het over die facturen dat u vandaag gesprekken voert?

U verklaarde dat er geen dadingen afgesloten zijn. Nochtans werd in de commissie aangegeven dat er dadingen met de firma ZenTech en de firma DiaSorin zijn gesloten. Hoe verklaart u die tegenstrijdigheden?

Ik begrijp niet dat u een contract ter waarde van 8,2 miljoen euro hebt afgesloten deze zomer, terwijl u al wist dat de federale testlabs een eindig verhaal waren. Hoe komt het dat daar niet vooruitziend werd gehandeld? Vandaag zit u vast aan een contract en moet u gesprekken voeren met de firma Raes. Of zijn die intussen al gevoerd? U zult een dading moeten betalen voor een aantal investeringen in IT die door de firma Raes werden uitgevoerd, zoals u aangaf. Hoe verklaart u dat? Dat is toch wel een beetje geld weggooien, heb ik de indruk. Tegen wanneer denkt u te kunnen communiceren over de dading met de firma Raes? Zal dit openbaar worden gemaakt? Zult u aan het Parlement verantwoording afleggen over hoeveel middelen er eigenlijk nodeloos werden uitgetrokken voor een eindig verhaal? U wist immers al langer dat de federale testlabs veel minder uitvoerden dan initieel was voorzien en dat dat verhaal sowieso tot een einde zou komen.

21.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw de voorzitter, het betreft twee vragen?

De **voorzitter:** Het betreft inderdaad twee vragen van mevrouw Depoorter.

21.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal beide vragen na elkaar beantwoorden. De vragen overlappen elkaar naar mijn mening. Ze zijn immers enigszins gelijkaardig. Ik zal ze gewoon na elkaar beantwoorden, ook al levert dat enige herhaling op.

Mevrouw Depoorter, ik antwoord eerst op uw vraag nr. 55033106C.

Ten eerste, hoe werd door de Belgische Staat en de nieuwe logistieke partner omgegaan met de sluiting van de federale testlabo's? Werden facturen uitgeschreven? Het antwoord luidt als volgt. Gesprekken daaromtrent met Raes zijn nog lopende. Slechts één factuur betreffende de verhuizing van de vorige logistieke partner Medista naar de huidige logistieke partner Raes werd door Raes uitgeschreven.

Ten tweede, de minister verklaarde in de commissie dat geen dadingen werden gesloten in het geschil met de vorige logistieke partner. Wij vernemen echter dat zulks wel het geval zou zijn voor die onderneming. Klopt onze informatie? Het antwoord luidt als volgt. Er is geen dading gesloten met Raes.

Ten derde, klopt het dat wel dadingen werden gesloten met de firma's ZenTech en DiaSorin? Waren er behalve die firma's en de firma Raes nog andere? Op die vraag moet ik antwoorden dat de verantwoordelijke van mijn diensten inderdaad initieel had aangegeven dat de aanpassing van ZenTech geen dading betrof, maar louter een contractuele aanpassing van de overheidsopdracht. Er was echter wel een dading. Ik geef uitleg daarover. Er werd een dading gesloten met ZenTech, waarbij de onderhandelingen zijn begonnen tijdens de vorige legislatuur. Het bedrag van de dading betrof 6.500.000 euro.

Voor DiaSorin werd geen dading gesloten, maar werd een aanpassing van de contractvoorwaarden van de serologische testen gesloten met een wijziging van de bestelde hoeveelheid binnen een eenheidsprijs voor Abbott, DiaSorin en OCD. OCD had een financiële vergoeding van 400.000 euro bedongen.

Ik beantwoord nu uw volgende vraag, nr. 55033609C.

Ten eerste vroeg u of er gesprekken lopende zijn met Raes over een dading? Er is geen dading afgesloten met Raes. Na de gunning voor perceel 2 van de aanbesteding aan Raes werd de teststrategie gewijzigd. Bijgevolg werd de beslissing genomen de operationele activiteiten van het federale platform stop te zetten. Die beslissingen impacteren de omvang van de opdracht. Gesprekken over de opdracht zijn met Raes nog lopend.

Ten tweede vroeg u of er geanticipeerd werd? De beslissing om de operationele activiteiten van het federale platform stop te zetten, werd genomen na de gunning voor perceel 2 van de aanbesteding aan Raes.

Ten derde, hoe zit het met de dadingen? Opnieuw, er werd een dading afgesloten met ZenTech. Er werd geen dading afgesloten voor DiaSorin.

21.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is echt niet de eerste keer dat u foute informatie aan het Parlement geeft of zelf fout geïnformeerd wordt. Ik heb u al heel vaak opgeroepen tot een doorlichting van uw overheidsdiensten, de FOD Volksgezondheid en het FAGG. Dit antwoord bewijst opnieuw dat wij van N-VA gelijk hebben dat die doorlichting nodig is.

Als ik u vraag of er een dading is afgesloten met de firma ZenTech dan wel of er een dading is afgesloten in verband met de covidcrisis, dan ken ik meestal het antwoord al. Ik wist dus dat er 6,5 miljoen op uw conto staat. 6,5 miljoen euro belastinggeld, waar u eigenlijk niet van weet, want u antwoordde mij op een parlementaire vraag dat er geen dadingen werden afgesloten. Enkele weken later moet u dan op uw antwoord terugkomen, en zeggen dat er toch een dading was voor 6,5 miljoen, die de belastingbetaler betaald heeft, die de Staat afgesloten heeft.

Er zit dus iets grondig fout in uw informatiesysteem. Het is niet de eerste keer, maar de honderdste keer dat ik u dat zeg. U vindt dat allemaal vermoeiend, maar er moet toch een belletje gaan rinkelen, als u op een dergelijke manier het Parlement fout informeert.

Op de vraag over de federale testlabs antwoordt u dat de beslissing na de gunning is genomen.

Mevrouw Gijbels heeft de problematiek van de testlabs aan het licht gebracht. Daarna hebt u beseft dat ze veel geld kosten, maar hebt u niet de reflex gehad om een gunning van 8,2 miljoen euro te voorkomen. Het is opnieuw een dure namiddag, mijnheer de minister. 6,5 miljoen euro en 8,2 miljoen euro is samen 14,7 miljoen euro, dat is heel veel geld.

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

22 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het wegvallen van de temperatuurvermelding bij vaccintransporten" (55033107C)**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het vaccintransport" (55033376C)**

22 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disparition de la mention de la température lors du transport de vaccins" (55033107C)**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le transport des vaccins" (55033376C)**

22.01 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik heb u al meerdere keren vragen gesteld over eventuele problemen met de levering van vaccins. Als apotheker ben ik ook vaccinator en ik heb aan den lijve problemen ondervonden.

Er zijn niet alleen problemen. Ik verneem ook dat de controle op de organisatie van de koude keten op een toch wel bijzondere manier gebeurt. Volgens berichten van de FOD Volksgezondheid is de vermelding van de temperatuur van een zending op het ticket niet meer nodig. Als dat zo toegepast wordt, kan de apotheek de ontvangende loten en de omstandigheden of condities waarin het transport is gebeurd, eigenlijk niet meer controleren. De controle van de koude keten is zodoende haast volledig weggevallen voor die producten.

Toen ik in het vaccinatiecentrum werkte, vermeldde het ticket heel duidelijk, waardoor de controle op de koude keten gegarandeerd werd.

Mijnheer de minister, waarom werd beslist om de temperatuur niet meer vermelden? Kunt u desgevallend nog wel spreken van good practices? Kunt u de juiste transportomstandigheden garanderen voor de apotheeker, die instaat voor de kwaliteit van het product dat wordt ingespoten?

22.02 **Dominiek Sneppe (VB):** Mijnheer de minister, in de commissievergadering van 10 januari jongstleden antwoordde u op mijn vraag over akkefietjes in de vaccinatiecentra dat er met het transport van de covidvaccins helemaal geen problemen waren en dat alles volgens de opgelegde normen functioneert. In die vraag kaartte ik een probleem in de koude keten aan. De vaccins moeten op een bepaalde temperatuur worden bewaard en getransporteerd. Daarbij horen ook de nodige certificaten. Nu communiceert de FOD Volksgezondheid kennelijk dat dergelijke certificaten niet meer nodig zijn.

Mijnheer de minister, indien dat bericht klopt, vanwaar die plotse ommekeer? Als er geen certificaat nodig is, hoe kan dan gecontroleerd worden of de koude keten intact bleef gedurende de bewaring en het transport?

Wat zijn de gevolgen voor wie een vaccin toegediend krijgt uit een lot waarvan de koude keten verbroken werd?

22.03 **Minister Frank Vandenbroucke:** De kwaliteitscontrole valt helemaal niet weg voor het transport van de vaccins. De procedure is als volgt. Wanneer zich een temperatuurdeviatie voordoet in een van de voertuigen van Movianto, dan zal er geen levering plaatsvinden. De chauffeur zal de rit onderbreken en terugkeren naar Movianto. De apothekers moeten dus een controle minder uitvoeren. De temperatuur is gegarandeerd, als de vaccins worden geleverd.

Volgens het FAGG is dat proces GDP-conform en worden de GDP-richtlijnen gevolgd. Ik voeg hieraan toe dat, als een klant aan wie wordt geleverd om de temperatuurregistraties vraagt, die ook dienen geleverd worden. De gegevens kunnen direct door de chauffeur van Movianto worden aangeleverd of binnen een korte tijdspanne na de levering.

22.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de apotheker die verantwoordelijk is voor de kwaliteit en het respecteren van de koude keten, krijgt geen informatie. Hij moet berusten op het vertrouwen in de firma die bij hem levert. Hij draagt echter wel de verantwoordelijkheid. Als hij dat wil, kan hij extra informatie vragen en dan zal hij de gegevens op korte termijn krijgen, als het vaccin misschien al bij de patiënt is ingespoten. Ik vind dat wel bijzonder.

De apotheker die het vaccin bereidt, draagt een grote verantwoordelijkheid. Ik denk niet dat die werkwijze conform is.

22.05 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, er kan controle zijn, maar dan komt de controle eigenlijk te laat. De controle zal er pas zijn als er problemen rijzen. We weten ook dat die controle zeer miniem zal zijn. Er is dus eigenlijk totaal geen controle op het al dan niet doorbreken van de koude keten.

Op mijn derde vraag hebt u niet geantwoord. Wat zijn de gevolgen voor wie een vaccin toegediend krijgt uit een lot waarvan de koude keten werd verbroken? Ik hoop dat u gelijk hebt dat de koude keten kan worden gecontroleerd, maar ik betwijfel dat.

Ik vind dat u daar zeer gemakkelijk overgaat. Het gaat hier toch over de gezondheid van mensen. Ik denk dat die een extra controle en een meer directe controle waard is.

22.06 Minister Frank Vandenbroucke: Ik herhaal het. Als er een probleem is met de temperatuur, moet de chauffeur terugkeren. Het bewaken van de temperatuur moet door Movianto en de chauffeur van Movianto gegarandeerd worden bij de levering van de vaccins.

22.07 Dominiek Sneppe (VB): Maar wat als die dat niet doet?

22.08 Minister Frank Vandenbroucke: Hij is daartoe verplicht. Indien de apotheker twijfelt, kan hij de temperatuurregistratie opvragen en dan krijgt hij die onmiddellijk of snel. Dat is een controle minder voor de apotheker. Het FAGG gaat ervan uit dat dat conform de GDP is.

22.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u verkoopt het alsof het een controle minder is voor de apotheker, maar het is niet in overeenstemming met het akkoord dat gesloten werd tussen de FOD Volksgezondheid en de logistieke partner. U volgt uw eigen regels opnieuw niet en u schuift de verantwoordelijkheid in de schoenen van de apotheker. Dat is geen good practice. Ik ben ervan overtuigd dat ook het FAGG daarover al opmerkingen heeft gemaakt, tenzij u mij dat ten stelligste kan ontkennen. Het document, de afsprakennota, stelt zeer duidelijk dat er een ticket met de temperatuurregistratie afgeleverd moet worden en dat was ook zo in de vaccinatiecentra. Het is geen vereenvoudiging, maar een uitbreiding van de verantwoordelijkheid van een zorgberoepsbeoefenaar, die een zeer belangrijke rol in die vaccinatiecampagne uitvoert. Mijn ervaring met het vragen van dergelijke tickets is dat het wel een week kan duren, vooraleer men die krijgt.

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

23 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afwijzing van het verzoek om toegang tot bestuursdocumenten betreffende het RescEU-project" (55033117C)

23 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rejet de la demande d'accès à des documents administratifs concernant le projet RescEU" (55033117C)

23.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Op 21 oktober 2022 diende ik een aanvraag in om toegang te krijgen tot documenten die betrekking hadden op het afwickelen van het RescEU-project in het kader van openbaarheid van bestuur. Uw diensten hebben die aanvraag geweigerd. Ik kreeg op 21 november 2022 een half antwoord. Ik vroeg vervolgens om een heroverweging en won dienaangaande advies in bij de Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten, afdeling openbaarheid van bestuur. Bij schrijven van 22 december 2022 meldde de commissie mij in een advies over de weigering om informatie te verlenen over het RescEU-project, dat de FOD Volksgezondheid het principe van gedeeltelijke openbaarheid in acht dient te nemen en herinnert zij aan het bestaan van de motiveringsplicht.

Het komt erop neer dat inzage in die documenten enkel geweigerd kan worden als er ook een duidelijke uitzonderingsgrond bestaat. In voorkomend geval kan de toegang tot een deel van de betrokken informatie bovendien slechts geweigerd worden, wanneer dit ook afdoende gemotiveerd kan worden. De andere informatie moet alsnog openbaar worden gemaakt. Tegen de wettelijke voorschriften in mocht ik echter geen antwoord ontvangen, laat staan een afdoende motivering ontvangen van de FOD Volksgezondheid, terwijl mij de toegang tot de gevraagde informatie alsnog wordt ontzegd.

Graag verneem ik van u op welke exacte juridische motivering en concrete uitzonderingsgronden uw diensten zich beroepen om de toegang tot de gevraagde informatie te weigeren.

Graag verneem ik de exacte juridische motivatie die gehanteerd wordt voor alle hierna vermelde vragen. Wie nam er binnen de FOD Volksgezondheid het sollicitatiegesprek af? Welke achtergrond hadden de kandidaten? Wie was de vorige/huidige werkgever van die kandidaten op het tijdstip van de sollicitatieprocedure?

De volgende vragen betreffen het geselecteerde profiel. Wie was de vorige werkgever? Welk profiel heeft die kandidaat? Welke competenties heeft die kandidaat?

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Op 21 oktober 2022 hebt u inderdaad een aanvraag ingediend in het kader van de wet betreffende de openbaarheid van bestuur (WOB), waarbij u zich ten onrechte beriep op uw parlementaire controlefunctie als federaal volksvertegenwoordiger om toegang te krijgen tot informatie, zoals ook aangehaald door de Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten (CTB) in punt 3.1 van haar advies nr. 2022/96 en waarbij u geen toegang tot documenten vroeg, maar vooral informatie trachtte te bekomen, zoals terecht opgemerkt door de FOD Volksgezondheid in zijn antwoord van 21 november en nadien ook gedeeltelijk bevestigd door de CTB in punt 3.2 van haar advies nr. 2022/96.

De FOD Volksgezondheid heeft in zijn antwoord van 21 november 2022 wel degelijk een aantal van uw vragen beantwoord en u het document bezorgd waarin de verschillende kenmerken en eigenschappen van het gezochte profiel waren opgenomen. Voor de volledigheid herneem ik het antwoord van de FOD van 21 november: "Ondanks uw verwijzing naar de WOB kan uw aanvraag niet gekwalificeerd worden als een aanvraag in het kader van de WOB. U verzoekt namelijk niet om toegang tot bestuursdocumenten, maar vraagt louter om inlichtingen. Desalniettemin zal de FOD Volksgezondheid, rekening houdend met de privacy van alle betrokken personen, enkele van uw vragen beantwoorden. Ten eerste, het sollicitatiegesprek werd afgenomen door een van de leidende ambtenaren die betrokken is bij het RescEU-project. Ten tweede, er was slechts een kandidaat en deze werd aangeworven. Ten derde, als bijlage bij deze brief vindt u het op voorhand opgestelde gezochte profiel."

Verder wil ik u erop wijzen dat conform artikel 8, § 2, derde lid, laatste zin WOB een ontstentenis van een kennisgeving binnen de voorgeschreven termijn moet worden aanzien als een weigering tot inzage. De FOD heeft dan ook geen enkel wettelijk voorschrift overtreden, maar is gewoon bij zijn besluit van 21 november 2022 gebleven. Aangezien de FOD al een aantal van uw vragen heeft beantwoord en het

duidelijk is dat een gedeelte van uw vragen louter gericht is op het verkrijgen van informatie, zal ik dan ook niet per vraag de exacte juridische motivering en concrete uitzonderingsgronden geven, maar wel het volgende.

Na navraag blijkt op welke concrete uitzonderingsgronden de FOD zijn weigering steunde. Het gaat ten eerste om artikel 6, paragraaf 2, 1 van de wet op de openbaarheid van bestuur. Ik citeer: "Een federale of niet-federale administratieve overheid wijst de vraag om inzage, uitleg of mededeling in afschrift van een bestuursdocument, die met toepassing van deze wet is gedaan, af, wanneer de openbaarmaking van het bestuursdocument afbreuk doet aan de persoonlijke levenssfeer, tenzij de betrokken persoon met de inzage, de uitleg of de mededeling in afschrift heeft ingestemd." Verder gaat het om artikel 1, 2, tweede lid, ten derde van de wet op de openbaarheid van bestuur, en artikel 4, tweede lid van de wet op de openbaarheid van bestuur. Ik citeer: "Document van persoonlijke aard: bestuursdocument dat een beoordeling of een waardeoordeel bevat van een met naam genoemd of gemakkelijk identificeerbaar natuurlijk persoon of de beschrijving van een gedrag waarvan het ruchtbaar maken aan die persoon kennelijk nadeel kan berokkenen. Voor documenten van persoonlijke aard is vereist dat de verzoeker van een belang doet blijken."

De antwoorden op de door u gestelde vragen bevinden zich grotendeels in documenten van persoonlijke aard, zoals een cv, een beoordeling van de kandidaat enzovoort. Er werd door u geen afdoend belang aangetoond en, zoals de CTB bevestigt, uw statuut als federaal volksvertegenwoordiger verleent u geen bijkomende rechten om bestuursdocumenten te verkrijgen. Bovendien raakt de vrijgave van die documenten aan de persoonlijke levenssfeer van de aangeworven kandidaat, in die zin dat de vrijgave kan worden misbruikt om de verdere carrière van de aangeworven kandidaat te snuffen. Het kan niet de bedoeling zijn dat een individu het slachtoffer wordt van een politiek punt dat u wil maken.

23.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het politieke punt dat u maakt, kan ook wel tellen. De Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten verleent een advies en u legt dat volledig naast zich neer. U trekt het zich niet aan. U zegt dat zij het fout hebben en niet u. U zegt dat het gaat over persoonlijke levenssfeer. Neen, daarover gaan het niet. Het gaat over een anonieme bevraging wie de werkgever was van de verschillende kandidaten, mijnheer de minister. Dat heeft niets te maken met persoonlijke gegevens.

U kunt hier niet hard maken waarom u mij die informatie niet geeft. De enige reden waarom die informatie niet bekomen wordt, is effectief een politieke reden. Die hele procedure voor het aanstellen van een consultant voor de FOD Volksgezondheid via Movianto is namelijk een procedure die met haken en ogen aan elkaar hangt.

Ik ga niet in op de juridische antwoorden die u mij gaf, ik zal die laten onderzoeken door onze juristen. Het is echter niet de eerste keer dat de FOD en uzelf adviezen van de Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten naast zich neerleggen. Transparantie is voor u blijkbaar niet erg belangrijk, mijnheer de minister. Nochtans kan een parlement zijn werk alleen correct uitvoeren wanneer het toegang krijgt tot documenten. Dit is echt wel problematisch.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.22 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18 h 22.*