

COMMISSION DE LA SANTE ET  
DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID  
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 8 DECEMBRE 2020

DINSDAG 8 DECEMBER 2020

Après-midi

Namiddag

Le développement des questions commence à 14 h 45. La réunion est présidée par M. Hervé Rigot.  
De behandeling van de vragen vangt aan om 14.45 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hervé Rigot.

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

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

**[01] Griepvaccinatie: actualiteitsdebat en toegevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Griepvaccins voor gedetineerden" (55010406C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Griepvaccinatie" (55010640C)
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot de griepvaccins" (55010682C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het griepvaccinatieplan" (55010719C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan griepvaccins" (55010770C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan griepvaccins" (55010771C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het griepvaccin" (55010803C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De griepvaccins" (55010964C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het griepvaccin" (55011388C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot de griepvaccinatie" (55011458C)

**[01] Vaccination contre la grippe: débat d'actualité et questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins contre la grippe pour les détenus" (55010406C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre la grippe" (55010640C)
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation en ce qui concerne les vaccins contre la grippe" (55010682C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan de vaccination contre la grippe" (55010719C)
- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de vaccins contre la grippe" (55010770C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de vaccins contre la grippe" (55010771C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin contre la grippe" (55010803C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins

**contre la grippe" (55010964C)**

**- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin contre la grippe" (55011388C)**

**- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation en ce qui concerne la vaccination contre la grippe" (55011458C)**

Le **président**: Chaque collègue ayant déposé une question disposera de deux minutes pour la poser. Au terme de l'ensemble des questions, le ministre disposera de cinq minutes pour les réponses. Les parlementaires disposent ensuite d'une minute pour la réplique. Il sera également permis à chaque groupe qui n'aurait pas déposé de question d'intervenir dans le débat après que chacun ayant déposé une question a pu le faire.

**01.01 Kathleen Depoorter (N-VA)**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, we hebben het thema van de griepvaccins al verschillende keren besproken. Ik heb een aantal factuele vragen en ook nog een aantal aanvullingen daarop.

Ten eerste, wat de griepvaccinatie van gedetineerden betreft, heb ik een aantal mails ontvangen van mijn collega's die, op het moment dat er een enorme schaarste aan griepvaccins was, de vaccins voor gedetineerden in de apotheek hebben ontvangen, zonder enige uitleg. Zij vroegen zich af of ook bij de gedetineerden enkel de risicogroep A werd gevaccineerd of niet. Dat was net in de periode dat die groepen werden opgesplitst.

Ten tweede, u heeft aangegeven dat het FAGG een rondvraag heeft gedaan inzake de stock bij de apothekers en – neem ik aan – bij de bedrijfsgeneeskundige diensten. Kunt u dat bevestigen? Is er nog een stock bij de bedrijfsgeneeskundige diensten? Heeft u die op een bepaald moment ook opgevraagd om ze aan onze patiënten met risico A te geven?

Ik vermoed dat alle vaccins op dit moment in ons land zijn geleverd. Zullen er nog meer komen? Hebt u nog onderhandelingen gehad met de producenten of eventueel met Europese collega's om nog extra vaccins naar ons land te halen?

Hebt u ook een zicht op de wachtlijsten op dit moment? Zijn er nog heel wat mensen uit de risicogroep A om gevaccineerd te worden?

Ik zou ook graag terugkomen op het debat van vorige week in de plenaire vergadering, waar u het beleid van uw voorganger rond de griepvaccinatie vurig hebt verdedigd. U hebt gezegd dat we meer vaccins hebben besteld dan in andere jaren. Dat klopt, maar dat is toch slechts 10 % meer dan in andere jaren, terwijl andere Europese lidstaten gemakkelijk tot 30 % meer hebben besteld. Is de overdracht van gegevens tussen de vorige kabinetten en uw kabinet optimaal verlopen? Heeft u de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad ontvangen? Heeft u ze allemaal ontvangen? Heeft u de tijdslijn ontvangen? Ik wil daarbij nog even vermelden dat een eerste advies in april is uitgevaardigd, dat er met de producenten kon worden onderhandeld tot respectievelijk eind april, eind mei en eind juni en dat we toch maar aan die 10 % extra vaccins zijn geraakt.

Ik heb ook mails van collega's ontvangen die mij vroegen of ze nu hun bescherming tegen covid moeten vervangen door kogelvrij glas, aangezien ze belaagd worden door patiënten die een griepvaccin willen. De situatie op het veld was echt wel erg.

Hoe verklaart u dat er niet voldoende stappen zijn ondernomen, waardoor we in zo'n ernstige situatie zijn terechtgekomen waarin onze doelgroep niet voldoende gevaccineerd zal zijn?

**01.02 Barbara Creemers (Ecolo-Groen)**: Mijnheer de voorzitter, ik heb een algemene vraag naar de stand van zaken over de griepvaccins. Ik heb mijn vraag al een tijdje geleden ingediend. Daarom zijn mijn destijds ingediende vragen niet meer zo relevant. Ik vroeg u of we vanaf 15 november ook niet-risicogroepen zouden vaccineren. Die datum is al een tijdje gepasseerd. Mevrouw Depoorter heeft al mijn vragen gesteld; ik zal ze dus niet herhalen.

Graag krijg ik een algemene stand van zaken.

**01.03 Nawal Farih (CD&V)**: Mijnheer de voorzitter, onze eerste collega heeft haar vragen zeer ruim

gesteld, waarvoor dank. Ik wou wel op één punt aansluiten. Mevrouw Depoorter zei te vermoeden dat alle vaccins al in ons land zijn, maar ik krijg signalen vanuit de sector dat dit vermoedelijk nog niet het geval zou zijn. Mijnheer de minister, kunt u bevestigen dat de 1 miljoen vaccins die nog naar ons land zouden moeten komen, effectief zijn aangekomen? Kunnen wij daardoor de wachtlijsten voor de A-groep wegwerken?

**01.04 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, à l'instar de plusieurs de mes collègues, j'ai eu l'occasion d'exprimer mes inquiétudes notamment le 20 octobre dernier à propos du risque de pénurie de ce fameux vaccin antigrippe. Lors de cette séance du 20 octobre, votre réponse se voulait rassurante, je cite: "Même avec une augmentation raisonnable de la couverture vaccinale parmi les groupes à risque, rien n'indique actuellement qu'il n'y aura pas suffisamment de vaccins contre la grippe disponibles pour les groupes à risque, évidemment à condition que tous les acteurs suivent la recommandation sur l'approche séquentielle".

À la suite de ces déclarations, la Conférence interministérielle Santé publique a, en effet, restreint les critères de définition des groupes cibles prioritaires pour le vaccin antigrippe aux personnes suivantes: les 65 ans et plus; les femmes enceintes; les patients présentant une affection chronique; les personnes séjournant en institution; le personnel de la santé.

D'après une enquête menée auprès de toutes les pharmacies, il manquerait 91 416 vaccins. Ce sont, en tout cas, les chiffres qui ressortaient, il y a deux semaines, lorsque je posais cette question. Plus inquiétants sont les témoignages de personnes à risque, y compris dans le secteur de la santé, qui se voient refuser un vaccin sous prétexte de pénurie.

Par conséquent, monsieur le ministre, mes questions sont nombreuses mais je pense qu'il est important de pouvoir objectiver ce dossier. Quels critères ou quelles données ont-ils été utilisés pour estimer les doses à commander afin de répondre à la demande de vaccins contre la grippe en cette saison exceptionnelle? L'approche séquentielle a-t-elle été contrôlée de manière aléatoire comme annoncé? Dans l'affirmative, avec quels résultats? Une sanction est-elle prévue pour les pharmacies et entreprises qui ne l'auraient pas respectée?

S'il n'est pas trop tard, peut-on encore prévoir une réserve stratégique pour le personnel soignant? S'il n'est pas trop tard, peut-on espérer une résorption de la pénurie pour répondre à la demande de personnes qui ne font pas partie des groupes cibles mais qui souhaitent malgré tout se faire vacciner? Dans l'affirmative, comment?

Les disponibilités ont-elles été évaluées comme prévu? Les stocks sont-ils suffisants pour au moins vacciner les deux grandes catégories prioritaires qui ont été rappelées par le Conseil Supérieur de la Santé? Enfin, ne conviendrait-il pas de réévaluer l'élargissement de la possibilité de vaccination étant donné l'ampleur de la deuxième vague et la menace d'une troisième vague éventuelle?

**01.05 Robby De Caluwé (Open Vld):** Mijnheer de voorzitter, ik zal mijn tussenkomst beperkt houden omdat ik gelijkaardige vragen heb als de collega's.

Is er intussen al zicht op of alle vaccins die door de producenten geleverd zijn? Zo ja, waar bevinden die zich momenteel? Als dat niet het geval is, hebt u er dan al zicht op wanneer alle griepvaccins bij de apothekers beschikbaar zullen zijn voor de risicopatiënten?

Weet u of er bij de bedrijfsartsen nog griepvaccins beschikbaar zijn? Zullen die ter beschikking worden gesteld van de apothekers om prioritaire doelgroepen te kunnen belevaren?

Ik vermoed dat de griepvaccins voor volgend jaar nu ongeveer besteld moeten worden. Zullen er ook voor volgend jaar extra dosissen worden besteld? Zo ja, hoeveel? Hoe zult u er volgend jaar op toezien dat de apothekers tijdig beleverd worden en dat de vaccins in eerste instantie terechtkomen bij de prioritaire doelgroepen?

**01.06 Dominiek Snelpe (VB):** Mijnheer de minister, mijn vragen inzake de beschikbaarheid van het griepvaccin dateren van 12 november en kunnen dus enigszins gedateerd zijn. Hoe staat het nu eigenlijk met de beschikbaarheid van de griepvaccins? Worden alle groepen die het vaccin willen nu bevoorrad?

Is er reeds een bestelling geplaatst voor de griepgolf die we traditiegetrouw in het voorjaar krijgen?

**01.07 Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, étant donné le décalage entre les annonces de l'AFMPS et les propos sur le terrain, il importe de savoir s'il y a encore aujourd'hui, oui ou non, des personnes qui sont dans l'attente d'un vaccin, qu'elles appartiennent au groupe A (personnes de plus de 65 ans ou de moins de 65 ans présentant un risque) ou au groupe B (personnes de 50 à 64 ans). Pour rappel, le Conseil Supérieur de la Santé avait été très clair cette année en indiquant que les personnes de 50 à 64 ans devaient aussi être vaccinées, compte tenu du contexte sanitaire lié à l'épidémie par la COVID-19. Des personnes sont-elles encore en attente? Du côté des pharmaciens, y a-t-il encore des listes d'attente pour ces personnes? Nous devons avoir une vue très claire de la situation.

Il faudra tirer des leçons non négligeables notamment au niveau des quantités en termes de commande. Les recommandations précises qui avaient été faites ont-elles été respectées? Cela ne semble pas être le cas. Je pense qu'on a clairement manqué d'anticipation et de prévision. On le voit d'ailleurs à la lumière de la manière avec laquelle d'autres États membres européens ont, eux, procédé dans le cadre de la vaccination contre la grippe.

Je souhaiterais également vous dire combien la situation a parfois été difficile pour les personnes concernées qui ont véritablement dû faire des allers-retours incessants pour obtenir un vaccin. Cela a par ailleurs été une saga - et je pèse mes mots - du côté des pharmaciens qui ont dû tenter de jongler pour pouvoir se procurer les vaccins *ad hoc* pour leurs patients qui en avaient grandement besoin.

Il ne s'agira pas uniquement d'en tirer des leçons pour la prochaine vaccination contre la grippe. Il faut aussi clairement en tirer des leçons en vue de la vaccination à venir contre la COVID-19.

**01.08 Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, comme l'ont dit mes collègues, il fallait se lever tôt cette année pour se faire vacciner contre la grippe. Ce fut un parcours du combattant pour ceux qui ont pu l'obtenir, et nombreux sont ceux qui ne l'ont toujours pas. Ce fut parfois "la roue de la fortune": on pouvait avoir la chance de connaître un pharmacien qui, lui-même, avait eu la chance de recevoir quelques vaccins et dès lors on en disposait. Sinon, il fallait se rendre dans d'autres pharmacies. La manière dont cette campagne s'est déroulée est extrêmement grave.

Aujourd'hui, toutes les livraisons de vaccins contre la grippe ont-elles été faites? Avez-vous une vue précise du nombre de vaccins encore présents dans les entreprises et sont-ils en ce moment transférés vers les pharmacies? Comment procédez-vous pour enregistrer le nombre de personnes en attente? Comment éviter des doublons? Si des gens ne figurent pas sur les listes d'attente, comment le savoir? Combien de personnes du groupe A et du groupe B sont-elles aujourd'hui vaccinées ou, le cas échéant, en attente? Êtes-vous certain qu'au cours de ce processus - on devait d'abord vacciner tout le monde, puis où les 50+ devaient attendre, etc. -, tout le monde a suivi la procédure dans la mesure du possible, et a respecté les priorités? Des contrôles ont-ils été effectués, par exemple au sein des entreprises, pour vérifier si des personnes ne figurant pas dans le groupe prioritaire avaient néanmoins reçu le vaccin?

Le **président**: Chers collègues, comme je vous l'ai indiqué tout à l'heure, il vous est possible, puisqu'il s'agit d'un débat d'actualité, de questionner également le ministre. Y a-t-il des demandes d'intervention? La parole est à Mme Zanchetta.

**01.09 Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je vais à mon tour revenir sur cette campagne de vaccination, d'autant plus essentielle en raison des risques liés au COVID-19, comme on le sait. Avec une approche séquentielle prévue au départ pour prévenir une surcharge du système des soins de santé en cette période de crise sanitaire, la priorité était donnée au départ aux groupes à risque définis par le Conseil Supérieur de la Santé. Puis le manque de vaccins se faisant de plus en plus sentir, une restriction de ces groupes à risques a dû être effectuée début novembre. Ainsi, les personnes du groupe B, c'est-à-dire les personnes de 50 à 65 ans qui ne sont pas à risque ont dû attendre pour obtenir leur vaccin, tout comme le reste de la population, puisque la deuxième phase de vaccination a été tout simplement supprimée. Une réévaluation de la situation devrait être effectuée à la mi-décembre, c'est-à-dire demain.

Monsieur le ministre, quand cette réévaluation est-elle prévue? Quelles sont aujourd'hui les perspectives dans le cadre de cette campagne de vaccination? Dispose-t-on de vaccins antigrippaux en nombre suffisant, à tout le moins pour vacciner les groupes prioritaires de la catégorie A, à savoir notamment les plus de 65 ans, les personnes à risque en termes de complications et le personnel de santé? Pourrions-nous disposer, dans les semaines à venir, de vaccins supplémentaires en suffisance pour les personnes relevant

de la catégorie B? Qu'en sera-t-il pour le reste de la population?

Enfin, il me revient que si certaines pharmacies sont aujourd'hui à court de vaccins, d'autres disposent de trop de vaccins. Comment expliquez-vous cette situation? Comment éviter qu'une telle situation ne se reproduise?

Le **président**: Monsieur le ministre, avant de vous donner la parole, je vous rappelle que vous disposez d'environ cinq minutes pour répondre à ce nombre important de questions.

**01.10** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, j'espère que le temps qui m'est imparti sera suffisant.

Chers collègues, afin d'éviter tout malentendu, sachez que le gouvernement fédéral joue un rôle important en matière de coordination des commandes de vaccins, mais ce n'est pas lui qui passe ces commandes.

Cela dit, compte tenu des circonstances exceptionnelles, mon prédécesseur a contacté, en avril dernier, les sociétés concernées afin de leur demander de fournir des vaccins antigrippaux supplémentaires à destination du marché belge. Toutefois, à l'époque, la quantité maximum de vaccins ayant pu être obtenue s'élevait à 2 969 000 vaccins.

Depuis lors, mes services ont été en contact avec les entreprises dont question à plusieurs reprises en vue d'obtenir des vaccins antigrippaux supplémentaires. Mais malheureusement, ils n'ont, jusqu'à présent, pas pu obtenir satisfaction car la pénurie ne se limite pas à la Belgique. Au niveau européen, quelque 21 États membres connaissent ou prévoient une pénurie de vaccins antigrippaux. L'importation de vaccins par les firmes n'est donc pas possible – hélas.

Ma priorité a donc été de réserver les vaccins disponibles pour la vaccination des groupes cibles, y compris le personnel soignant.

Op 30 november 2020 waren alle 2.973.728 vaccins, om heel precies te zijn, toegekomen bij de farmaceutische firma's, waarvan er 2.964.650 zijn verdeeld aan de groothandelaars-verdelers en de apothekers. Zo goed als alle griepvaccins werden inmiddels dus verdeeld door de farmaceutische firma's.

Volgens gegevens van de organisaties van officina-uitbaters APB en Ofaco waren er op 30 november 2020 reeds 1.915.200 griepvaccins afgeleverd door officina-apothekers voor individuele patiënten. Vaccins die worden afgeleverd in het kader van voorschriften voor een groep patiënten, worden niet op naam geregistreerd en zijn dus niet terug te vinden in de data van APB en Ofaco.

Op 16 november 2020 waren ongeveer 360.000 vaccins in het kader van groepsvoorschriften afgeleverd door de apothekers. Het gaat onder meer om vaccins die worden afgeleverd voor het personeel in de zorginstellingen en de arbeidsgeneeskundige diensten.

De voorbije week werd nog een belangrijke hoeveelheid vaccins verdeeld naar groothandelaars-verdelers en apotheken. Zij zijn mogelijk nog niet allemaal afgeleverd aan patiënten of bij de apothekers aangekomen.

Het FAGG heeft midden november een nieuwe bevraging uitgestuurd naar alle apotheken. Het doel is het totaal aantal griepvaccins nodig voor de prioritaire doelgroepen per categorie exact te bepalen en te toetsen aan de aantallen die bij de verschillende actoren nog in voorraad zijn.

Het aantal van de nog aan de vergunninghouders te leveren vaccins en de stocks bij de vergunninghouders, de groothandelaars, de openbare apotheken en de ziekenhuisapotheken bedroeg op 16 november 2020 in totaal 473.800 vaccins.

De hoeveelheid vaccins die op diezelfde datum volgens de gegevens van de apothekers nog nodig waren voor de vaccinatie van personen uit de doelgroepen, bedroeg ongeveer 420.400 vaccins voor categorie A en 149.600 vaccins voor categorie B.

Dat wil zeggen dat er volgens de gegevens van het FAGG globaal gezien voldoende vaccins beschikbaar zouden moeten zijn voor categorie A. Ik zeg dat wel met de nodige omzichtigheid, gelet op het feit dat het over globale gegevens gaat en dus niet om gegevens per apotheek, alsook om gegevens op één bepaald

tijdstip, dat ondertussen ook al drie weken geleden is, namelijk 16 november 2020.

Op basis van die gegevens heeft de Interministeriële Conferentie op 2 december 2020 besloten de absolute prioriteit voor de vaccinatie van die prioritaire risicodoelelgroep nog verder aan te houden.

In de tweede helft van december 2020 zal de vaccinatiegraad voor de prioritaire risicodoelelgroep categorie A opnieuw worden geëvalueerd. Op dat moment wordt de beschikbaarheid van de vaccins bekeken voor de personen uit categorie B, die bestaat uit mensen met de leeftijd van 50 tot 65 jaar die geen chronische ziekte hebben, die niet werkzaam zijn in de gezondheidssector en die ook niet samenwonen met iemand met een chronische ziekte of iemand vanaf 65 jaar oud.

Tot deze herevaluatie worden door de apothekers geen vaccins afgeleverd aan personen uit doelelgroep B. Vaccins die eerder reeds werden afgeleverd aan personen uit doelelgroep B, kunnen wel worden toegediend door de arts. Vaccinatie van personen die niet tot de doelelgroep behoren, is nog steeds uitgesloten.

Dan was er een vraag naar het herbestemmen van de voorraden. Dat is natuurlijk een moeilijke vraag. Voorraden bestemd voor vaccinatie van personen die niet tot de doelelgroep behoren, worden op dit ogenblik herbestemd, door tussenkomst van het FAGG waar nodig. Eind oktober heeft het FAGG instructies gegeven aan de bedrijfsgeneeskundige diensten om voorraden te melden van vaccins die bestemd zijn voor de vaccinatie van personen die niet tot categorie A behoren. Het FAGG heeft parallel ook de externe preventiediensten zelf gecontacteerd, om na te gaan of uit deze sector nog bestellingen kunnen vrijgegeven worden ten gunste van de patiënten in de apotheken. Zo konden meer dan 50.000 vaccins via de firma's en groothandelaars-verdelers ter beschikking worden gesteld van de apotheken.

Samen met mijn collega bevoegd voor Ambtenarenzaken, heb ik een gelijkaardige maatregel genomen via de omzendbrief van 13 november 2020 aan de federale overheden, waarbij ook de opdracht is gegeven om de vaccins uitsluitend voor te behouden voor personeelsleden van categorie A en om de overige ter beschikking te houden.

Het FAGG heeft ook alle apotheken met een overstock van tien vaccins of meer gecontacteerd, die volgens de gegevens van de bevraging voorraden hebben die niet nodig zijn voor de kwetsbaarste doelelgroepen, en hun de instructie gegeven om deze vaccins ter beschikking te stellen van collega's-apothekers.

Onbestemde voorraden van griepvaccins in de ziekenhuisapotheken, die door Vaccinnet aangeleverd werden, worden herbestemd naar patiënten in door Vlaanderen erkende zorginstellingen en worden gratis aangeboden. De arts die dit vaccin toedient, dient dit te registreren in Vaccinnet. Het FAGG informeert het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid over de nodige gegevens betreffende deze herbestemde vaccins.

En ce qui concerne le contrôle et la sanction, l'AFMPS a pris l'initiative d'enquêter sur les pharmacies qui fournissent un grand nombre de vaccins aux services de prévention. L'AFMPS a également reçu une vingtaine de plaintes concernant l'administration de vaccins à des groupes non prioritaires par des services de prévention externes et internes, des services publics, des services communaux (écoles, etc.) et des services privés (supermarchés, fabricants, etc.), ainsi que des plaintes contre des pharmaciens.

Si les enquêtes montrent que les recommandations concernant la délivrance par le pharmacien ou la prescription par le médecin n'ont pas été suivies, cela sera signalé respectivement à l'Ordre des pharmaciens ou à l'Ordre des médecins.

Si des infractions à la législation pharmaceutique en vigueur, pour laquelle l'AFMPS est compétente, sont constatées auprès des grossistes-répartiteurs ou des pharmaciens, des amendes administratives peuvent être infligées ou un procès-verbal peut être transmis au parquet.

Je veux quand même souligner que malgré les nombreuses plaintes, aucune irrégularité n'a pu être identifiée dans tous les cas déjà étudiés.

De werkwijze in de gevangenissen verschilt niet van die van andere instellingen en bedrijven. De apotheker mag op basis van een voorschrift voor een groep patiënten, in dit geval dus gedetineerden, griepvaccins afleveren. Let wel, de apotheker mag enkel griepvaccins afleveren voor de gedetineerden die behoren tot de door de Hoge Gezondheidsraad gedefinieerde doelelgroepen, dus categorie A, voor zover de aflevering gebeurde na 30 oktober.

De huidige campagne heeft aangetoond dat een volledige monitoring van de voorraden en leveringen belangrijk is, alsook een verplichte registratie van de aflevering en de toediening. De ontwikkeling van een elektronisch systeem voor de opvolging van de beschikbare voorraden van de vaccins bij de firma's, groothandelaars-verdelers en apothekers is dan ook een prioriteit, die u in mijn beleidsnota vindt. Ook het heel duidelijk definiëren van de prioritaire doelgroepen en de volgorde van prioritering is een belangrijk element voor het welslagen van de vaccinatiecampagne. Dat element wordt ook meegenomen in de COVID-19-vaccinatiecampagne.

Wat de griepvaccinatiecampagne voor volgend seizoen betreft, onderzoekt mijn administratie op dit moment de verschillende mogelijkheden. Daarbij wordt natuurlijk rekening gehouden met de ervaringen uit de huidige campagne. De vraag of het opportuun is om apothekers vaccins te laten zetten, houdt geen verband met de beschikbaarheid van de vaccins.

De vaccinatiestrategie inzake COVID-19 is een heel ander verhaal, aangezien het hier om een collectieve actie gaat vanuit de bevoegde overheden in dit land, en om vaccins die toch wel specifieke eisen stellen.

**01.11 Kathleen Depoorter (N-VA):** Wat de verplichte registratie betreft, ben ik het volmondig met u eens dat zowel in de apotheek als bij de huisarts en de bedrijfsgeneeskundige diensten geregistreerd zou moeten worden wie wanneer een griepvaccin heeft gekregen. Wat evenwel de situatie van dit jaar betreft, zou ik u graag nog even meenemen naar 20 april. Op die dag bracht de Hoge Gezondheidsraad een advies uit. Op 19 mei stelde ik in deze commissie de eerste vraag over de griepvaccinatie. Op die dag gaf uw voorgangster niet aan dat ze al een advies ontvangen zou hebben. De eerste keer dat er over een advies werd gesproken, was in juni. Op dat moment was de deadline voor mogelijke bijbestellingen al verstreken.

Er werd heel duidelijk gezegd dat meer dan 5 miljoen mensen zouden moeten worden gevaccineerd en dat in het kader van de covidpandemie meer op die vaccinatie moest worden aangedrongen.

U zegt dat het niet de overheid is die de bestellingen moeten doen, maar de apothekers. Dat klopt, maar weet u wanneer de bestelling binnen moest zijn? Dat moest voor eind februari, voor COVID-19, gebeuren. De apothekers hebben dus hun bestelling gedaan op basis van de gegevens van het jaar ervoor.

Als ik hier in mei heb gezegd dat we in de problemen zouden geraken, was dat net omdat ik wist dat er hogere noden waren, omdat ik wist dat de Hoge Gezondheidsraad een ander advies had gegeven en omdat ik wist dat de enige die op dat moment nog iets kon doen uw voorgangster, de toenmalige minister van Volksgezondheid, was.

Herhaaldelijk hebben wij vanuit de apothekersbond ook aangedrongen op de fasering, mits ondersteunende maatregelen. Het kan immers niet dat een apotheker als een Romeinse keizer zegt: "Jij krijgt wel een vaccin, jij krijgt geen vaccin." Dat is niet de bedoeling.

Een apotheker is een zorgverstrekker, die al zijn patiënten die tot de risicogroep behoren, wil laten vaccineren. Die moet die mogelijkheden krijgen. Als we aan de alarmbel trekken, vind ik het belangrijk dat we daarin ook gehoord worden.

Mijnheer de minister, we staan aan de vooravond van een nieuwe, heel belangrijke vaccinatie. Ik hoop echt dat het professioneel wordt aangepakt en dat we niet in dezelfde situatie terechtkomen.

**01.12 Barbara Creemers (Ecolo-Groen):** Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

U zegt dat de vaccinatie van wie niet tot doelgroep A behoort uitgesloten is. Het twintigtal klachten bij het FAVV is volgens mij slechts het topje van de ijsberg. Ik hoor ook dat er na onderzoek geen onregelmatigheden worden vastgesteld. Dat is niet wat wij op het terrein horen. Wij horen dat heel wat bedrijven toch aan het vaccineren is.

Apothekers zitten met de handen in het haar. Mevrouw Depoorter zei het ook al. Zij hebben veel wachtenden op hun lijsten die zij niet kunnen helpen. Ik hoop dat we hieruit lessen trekken, die we volgend jaar bij de eerste vaccinatie in januari en bij de griepvaccins kunnen meenemen.

U zegt dat er half december nog een herevaluatie zal volgen. Ik hoop dat we dan kunnen zien dat er meer

dan 50.000 vaccins zijn teruggekomen, mede door de beslissing van minister De Sutter over de federale overheidsbedrijven.

Ik hoop dat we nog heel wat kunnen herverdelen, zodat er toch nog een groter gedeelte van die groep A kan worden ingeënt.

**01.13 Nawal Farih** (CD&V): Ik sluit mij aan bij mevrouw Creemers. Hopelijk zorgt de herevaluatie midden december ervoor dat de doelgroep verder geholpen kan worden. Ik ben zelf jong en gezond en heb vrienden die gevaccineerd zijn in hun bedrijf door werkgeversorganisaties en de bedrijfsartsen. Dat waren perfect gezonde twintigers. Ik vind het wel jammer dat de doelgroep die het echt nodig heeft die vaccins niet krijgt. Ik wacht met heel veel hoop op die herevaluatie en ik hoop dat we heel wat vaccins kunnen terugkrijgen uit het werkveld om ze te bezorgen aan de mensen die ze echt nodig hebben.

Le **président**: Madame Taquin, votre question a bien reçu une réponse de la part du ministre. Si vous souhaitez répliquer maintenant, il vous est possible de le faire.

**01.14 Caroline Taquin** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous remercie. J'entends qu'une réévaluation sera faite mi-décembre. Je tiens, toutefois, à souligner que nombreux sont les pharmaciens qui se tournent vers nous, et ce depuis plusieurs semaines, à propos de la pénurie de vaccins contre la grippe.

Nous vous avons déjà interrogé sur le sujet. Vous nous avez précisé les reports décidés durant le mois de novembre. Néanmoins, malgré le phasage établi, qui devrait permettre de réguler la tension sur le marché et pour notre population, les listes d'attente semblent encore s'allonger dans les officines. Merci d'y rester attentif.

**01.15 Dominiek Sneepe** (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor de stand van zaken. Ik hoop samen met mijn collega's dat uit de evaluatie half december ook lessen worden geleerd, die we kunnen meenemen naar de volgende golf, zodat we volgend jaar niet hetzelfde meemaken. Dit jaar zijn er heel wat mensen die het vaccin niet krijgen, terwijl ze het echt wel nodig hebben. Ze komen op wachtlijsten terecht. Die onzekerheid weegt op hen.

Daarom hoop ik dat u uit de evaluatie een en ander kunt leren, zodat we dat geen tweede keer tegenkomen.

**01.16 Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden.

Ik begrijp dat de herbestemming van voorraden niet zo evident is, maar wel noodzakelijk, omdat we de risicogroepen echt moeten kunnen beschermen. Ik ben blij dat we daarvan als federale overheid ook werk maken en het goede voorbeeld geven, door het ook in onze eigen FOD's te gaan doen.

Ik hoor inderdaad ook nog altijd verhalen van apothekers die niet aan elke kwetsbare patiënt een vaccin kunnen afleveren. Ik hoop dat we daaraan heel snel een oplossing kunnen bieden door het herbestemmen van die voorraden.

**01.17 Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le ministre, permettez-moi d'abord de vous dire que vacciner contre la grippe en décembre, c'est déjà très tard. Aujourd'hui, force est de constater qu'un nombre non négligeable de personnes qui auraient dû être vaccinées - en particulier cette année en raison du COVID-19 - ne le seront donc pas. Je pense que des erreurs ont été commises et qu'il va donc falloir en tirer les leçons.

Les prédictions du Conseil Supérieur de la Santé étaient pourtant très claires. Le manque de prise en compte de la situation de cette année et de l'importance de se faire vacciner contre la grippe dans un contexte d'épidémie est interpellant. Je constate que d'autres pays ont procédé d'une tout autre manière, notamment pour ce qui concerne les quantités excessives commandées par rapport aux années précédentes.

De même, d'autres pays ont travaillé sur la base de modèles de stocks d'État, afin de s'assurer que les vaccins seraient destinés aux personnes reprises dans les listes prioritaires, lesquelles en avaient donc cruellement besoin. C'est donc ce volet qui devra être corrigé pour l'avenir, non seulement pour la grippe



mais aussi pour le coronavirus.

En ce qui concerne la traçabilité du vaccin, je suis étonnée que le dossier pharmaceutique informatisé ne permette pas d'obtenir davantage de précisions. Je pense que cela doit être possible compte tenu des données enregistrées au fur et à mesure. Nous n'allons peut-être pas réinventer la lune, mais travaillons avec ce dont nous disposons aujourd'hui afin de générer un maximum de données et de gérer la situation au mieux.

**01.18** **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, dit is duidelijk een schoolvoorbeeld van hoe het eigenlijk niet moet. Het is ook duidelijk dat er te weinig vaccins zullen zijn, want ik tel toch bijna 570.000 personen die zich op een wachtlijst hebben laten zetten. Het is duidelijk dat er slechts ongeveer 520.000 vaccins nog in de running zijn. Dat is echt een probleem voor de volksgezondheid.

Ondertussen zitten we nog altijd in een corona-epidemie en kunnen we enkel hopen dat het griepseizoen mild zal zijn, maar dat is geen echte preventiepolitiek.

Het verbaast mij ook dat u echt geen grip hebt op die distributieketen. De aantallen zijn altijd heel vaag. Het is ook duidelijk voor mij dat sommige mensen het spel niet volgens de regels hebben gespeeld, als men ziet hoeveel risicopatiënten er nog op de wachtlijsten staan. Er zijn ook getuigenissen, ook van parlementsleden, dat ze jonge mensen kennen die zijn gevaccineerd. Ook van de 320.000 vaccins die zijn besteld door bedrijfsgeneeskundige diensten, zullen er slechts ongeveer 50.000 kunnen worden herverdeeld. Alleszins voor die resterende 50.000 vaccins moeten er serieuze controles gebeuren. Men moet ook gaan kijken in de bedrijven wie er is gevaccineerd, want het is toch wel erg om te constateren dat we de distributieketen niet controleren. Bovendien komen ze er ook nog eens vanaf zonder enige serieuze controle of sanctie. Dat is echt niet ernstig.

Met het oog op de coronavaccinatie was deze episode zeer frustrerend voor huisartsen en apothekers. Huisartsen hadden patiënten aangeschreven die geen vaccins konden krijgen enzovoort. Om te weten wie effectief tot een risicogroep behoort, hebt u de huisartsen en apothekers nodig. U zult hen ook nodig hebben voor de coronavaccinatie. Het is echt belangrijk om daarop in te zetten en een systeem in te richten dat op een unieke manier bepaalt wie nood heeft aan een bepaald vaccin en registreert of het al dan niet is toegediend.

Het is toch zeer dramatisch om te constateren dat België, een van de rijkste landen van de wereld, niet in staat is om bij griep – ook een epidemie – te verzekeren dat onze risicopatiënten zijn gevaccineerd. De cijfers zijn allemaal heel vaag. Dat kan echt niet.

Le **président**: Madame Merckx, je vous remercie. Je vous ai laissé plus de temps. Je me suis laissé déborder par mon enthousiasme et vous aussi, je pense. Je cède maintenant la parole à Mme Zanchetta.

**01.19** **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, beaucoup de choses ont été dites. Je vous remercie pour cet état de la situation du stock. Cela fait beaucoup de chiffres à enregistrer. Même si on sait que la gestion de cette vaccination et le phasage dans la distribution auprès des pharmacies ont posé un réel problème, j'espère que les personnes des groupes à risque pourront se faire vacciner car c'est réellement important pour elles, en particulier en cette période de crise sanitaire.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**02** **Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surconsommation d'antidouleurs" (55009426C)**

**02** **Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het overmatige pijnstillergebruik" (55009426C)**

**02.01** **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, selon une enquête du Service externe pour la prévention et la protection au travail IDEWE, menée auprès de plus de 200 000 Belges, un travailleur sur dix prendrait des médicaments contre la douleur ou des anti-inflammatoires.

Depuis dix ans, la consommation d'antidouleurs ne cesse de croître. En effet, entre 2010 et 2018, l'INAMI a estimé que la consommation d'antidouleurs opioïdes, proches de la morphine, a augmenté de près de 35 %.

En 2018, l'INAMI estimait également qu'un Belge sur dix consommait régulièrement des anti-inflammatoires, malgré les effets secondaires de ces médicaments et le danger lié à l'addiction.

Monsieur le ministre, que pensez-vous des chiffres donnés par le Service externe pour la prévention et la protection au travail IDEWE? Sont-ils comparables aux derniers chiffres dont dispose l'INAMI? Comment expliquez-vous une si forte consommation d'antidouleurs auprès de la population active? Estimez-vous devoir prendre des mesures à l'avenir afin de tenter de faire diminuer cette surconsommation d'antidouleurs auprès de la population belge?

Je vous remercie d'avance pour vos réponses.

**02.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Cher collègue, l'étude du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI a examiné la consommation de cinq opioïdes en Belgique. Il s'agit du tramadol, de l'oxycodone, du piritramide, de la tilidine et du fentanyl. En 2019, 1 129 000 consommateurs uniques ont reçu au moins une boîte de l'un de ces médicaments auprès d'une pharmacie ouverte au public en Belgique.

Un médicament à base de tramadol a été délivré à la majorité de ces personnes assurées, ce qui fait presque 92 %. Environ la moitié des assurés qui ont acheté du tramadol n'en ont eu qu'une seule délivrance en 2019. Il ne faut donc pas confondre ces données avec des données portant sur un usage chronique.

Première conclusion du Service d'évaluation et de contrôle médicaux: la consommation nationale annuelle pour la période 2006-2019 est élevée et croissante pour ces cinq opioïdes pris ensemble, tant en nombre de DDD (*defined daily dose*) qu'en nombre d'assurés. En 2019, la consommation générale d'oxycodone, de fentanyl, de piritramide et de tilidine a diminué par rapport aux années précédentes. La consommation de tramadol a continué à augmenter en 2019 par rapport aux années précédentes.

Deuxième conclusion du service: en 2019, il y avait 33 293 grands utilisateurs de ces médicaments. Il s'agit des assurés ayant consommé plus de 365 DDD de ces opioïdes en 2019. Une part importante (21 %) de ces gros consommateurs a moins de 50 ans. Ce groupe de jeunes consommateurs requiert donc une attention particulière. Sans ajustement de leur traitement médicamenteux, leur consommation ne fera qu'augmenter au fil des années, compte tenu de l'accoutumance.

Troisième conclusion du service: il existe une consommation extrêmement élevée de ces opioïdes parmi ceux qui en consomment le plus, les "top consommateurs", jusqu'à 10 000 DDD en 2019.

Quatrième point: le shopping médical signifie que l'assuré reçoit des médicaments prescrits par différents médecins et délivrés dans différentes pharmacies, sans que le médecin ou la pharmacie en ait connaissance. Avec ces médicaments, et compte tenu de la présence d'une dépendance physique ou psychologique, il est impératif que les deux prestataires de soins soient conscients de la consommation totale de chaque assuré.

Actuellement, nous manquons d'études scientifiques pour comprendre les causes de cette augmentation en Belgique, mais également dans nos pays voisins. Toutefois, plusieurs facteurs peuvent expliquer cette surconsommation. Les analgésiques opioïdes sont prescrits plus rapidement et de plus en plus prescrits pour de mauvaises indications. Cela semble en tout cas s'imposer sur la base de ce que le service constate.

Le patient n'est pas suffisamment suivi par le médecin, qui n'envisage pas toujours la déprescription. La perception de la douleur a également changé au sein de la population et chez les médecins, de sorte que les opioïdes sont prescrits plus rapidement, même lorsque la perception de la douleur est plus faible. Les alternatives non opioïdes ne sont pas suffisamment envisagées en consultation avec le patient. Les patients manquent d'informations sur les conséquences du traitement et ne sont pas suffisamment sensibilisés sur la tolérance, la dépendance, les effets sur l'humeur, le sevrage, etc. Le facteur socioéconomique joue également un rôle. Bien souvent, il semble plus facile de traiter la douleur que ses causes sous-jacentes.

"Estimez-vous devoir prendre des mesures?" De nombreuses initiatives ont déjà vu le jour pour remédier aux difficultés et notamment réduire le risque de médication inappropriée. Une série d'initiatives visent à renforcer la concertation entre le corps médical et les pharmaciens. Pensons notamment au développement important de la démarche de pharmacies cliniques dans les hôpitaux mais aussi à la mise en place de concertations médico-pharmaceutiques, notamment dans les maisons de repos. Dans les projets visant le développement de soins intégrés également, une attention particulière est portée à des pratiques de travail

visant à renforcer le rôle du pharmacien au sein de l'équipe de soins multidisciplinaire.

Enfin, dans le cadre du développement de l'e-santé, de nombreuses initiatives ont été prises au cours des dernières années en vue de partager les schémas de médication entre les professionnels qui prennent part au traitement d'un patient.

Le projet VIDIS (*Virtual Integrated Drug Information System*) aujourd'hui vise aussi à soutenir le flux d'informations électroniques en reliant prescription de médicaments, délivrance par la pharmacie, administration au patient et schéma de médication.

Le 6 décembre 2018, l'INAMI a également organisé une réunion de consensus sur l'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique et, le 5 décembre 2019, sur l'usage rationnel des analgésiques non opioïdes dans le traitement de la douleur chronique.

Par ailleurs, à la suite de la sensibilisation du service, l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens ont créé un groupe de travail conjoint dans le but de sensibiliser les médecins et les pharmaciens à la forte consommation de médicaments conduisant à l'addiction. Le Service d'évaluation et de contrôles médicaux participe à ce groupe de travail conjoint.

Sous la précédente législature, un groupe de travail visant à promouvoir la prescription, l'utilisation et la délivrance adéquate d'opioïdes dans le traitement de la douleur a été créé. Il rassemble l'INAMI, l'AFMPS, le SPF Santé publique, Sciensano et les commissions médicales provinciales. Ce groupe de travail doit me remettre un plan d'action avant la fin de cette année. C'est une problématique extrêmement importante. J'attends donc vraiment ce plan d'action.

Le **président**: Monsieur le ministre, je vous remercie pour cette réponse complète et détaillée. J'espère que les réponses suivantes seront tout aussi complètes et détaillées mais que nous pourrions avancer de façon un peu plus condensée.

**02.03 Patrick Prévot (PS)**: Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse et pour avoir remis en perspective les chiffres que j'évoquais dans ma question. Vous avez dit que nous manquions d'études scientifiques. À la fin de votre réponse, vous avez entrouvert une porte avec ce fameux plan d'action que nous attendons et pour lequel je ne manquerai pas de revenir vers vous.

Quant à la surconsommation d'analgésiques et d'opioïdes, vous avez pointé un élément: ils sont parfois prescrits à mauvais escient et, parfois, certains médecins ne pratiquent pas la déprescription. Je pense qu'il serait intéressant, même si l'on sait que les médecins généralistes sont très compétents, de les sensibiliser à cette nécessité de pratiquer la déprescription ou, en tout cas, de ne pas prescrire systématiquement ces opioïdes et autres analgésiques.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

### **03 Questions jointes de**

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le don de sang" (55009495C)

- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le don de sang des personnes homosexuelles" (55009781C)

- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le don de sang des personnes homosexuelles" (55009921C)

### **03 Samengevoegde vragen van**

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bloeddonatie" (55009495C)

- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bloeddonatie door homoseksuelen" (55009781C)

- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bloeddonatie door homoseksuelen" (55009921C)

**03.01 Catherine Fonck (cdH)**: Monsieur le président, monsieur le ministre, pour rappeler le cadre légal, la loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé a modifié la loi du 5 juillet 1994

relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine.

Désormais, l'article 13 de la loi du 5 juillet 1994 prévoit que le Roi peut modifier les critères de qualification des donneurs de sang en tenant compte des nouvelles connaissances scientifiques, et que "les critères d'exclusion temporaire et les périodes d'exclusion connexes pour les donneurs visés à l'annexe 2, b), de la loi, à la suite de l'exposition au risque d'une infection transmissible par transfusion à cause du comportement sexuel du candidat au don ou du comportement du partenaire sexuel du candidat au don sont évalués au moins tous les deux ans".

Cet article précise aussi que "le Roi désigne la ou les instances qui effectuent l'évaluation visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> ou reçoivent ou fournissent des données dans ce cadre, et il fixe la nature de ces données. Il détermine également les modalités en vertu desquelles cette évaluation est effectuée".

Il me semble qu'il est temps de faire un état des lieux de cette évaluation. Monsieur le ministre, comptez-vous modifier les critères de qualification des donneurs de sang? Dans l'affirmative, sur quelles nouvelles connaissances scientifiques vous basez-vous? L'évaluation des critères d'exclusion temporaire et des périodes d'exclusion connexes a-t-elle été réalisée? Dans l'affirmative, par qui, selon quelles modalités et quelles en sont les conclusions? Quelles suites comptez-vous donner à cette évaluation?

**03.02 Caroline Taquin (MR):** Monsieur le président, monsieur le ministre, donner son sang est un geste citoyen qui nécessite de respecter certaines conditions. En 2017, une avancée majeure en termes de non-discrimination et d'égalité a été accomplie en faveur des personnes homosexuelles. En effet, le don de sang a été autorisé à certaines conditions. Fréquemment, des débats ont eu lieu sur ces conditions, notamment celles visant les relations sexuelles des donneurs. Certains pays, comme la France, ont d'ailleurs passé le pas.

Sur le site de la Croix-Rouge, il est stipulé que cette mesure n'est pas discriminatoire, mais vise la protection de la santé publique. Les lesbiennes ayant des relations avec une seule partenaire sont, par exemple, autorisées à donner leur sang, car elles ne sont pas exposées à un risque accru de contamination au VIH. Cela semble démontrer dès lors une exclusion manifeste du don de sang par des hommes homosexuels durant un an et ce, à cause de comportements reconnus comme étant à risques. La même période s'appliquerait à toute personne ayant eu des comportements pouvant aboutir à des maladies infectieuses graves, transmissibles par le sang, y compris par des personnes hétérosexuelles.

Rappelons que, lors des dons de sang, chaque poche est soumise à des tests très précis, notamment à la détection du VIH. Aujourd'hui, les tests seraient encore plus fiables. Il existe néanmoins une période – qui serait comprise entre 11 et 22 jours – au cours de laquelle le VIH est indétectable.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous indiquer le nombre de dons de sang pratiqués en Belgique pour les cinq dernières années? Pourriez-vous nous détailler – éventuellement par écrit, si c'est plus simple – ces données chiffrées par Région et par province? Pourriez-vous également nous faire l'état de la situation de pénurie sur notre territoire?

Considérant les avancées en ce domaine ainsi que les délais de diagnostic pour les infections du VIH, quels sont les critères justifiant la période d'un an d'exclusion? Une analyse des risques a-t-elle récemment été effectuée? De nouvelles études scientifiques sont-elles disponibles en la matière?

Bien évidemment, nul n'est à l'abri de fausses déclarations de personnes – hétérosexuelles ou non – ayant eu des comportements risqués ni d'une méconnaissance de ceux-ci. Dès lors, quelles sont les modalités prévues pour prévenir ce risque?

Enfin, compte tenu des informations actuelles, jugez-vous nécessaire de revoir le délai imposé aux personnes homosexuelles?

**03.03 Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, mes collègues ont déjà rappelé le contexte. Aujourd'hui, les hommes qui entretiennent un rapport sexuel avec un autre homme ne sont plus exclus définitivement du don de sang, mais le sont encore pour une durée de douze mois. Certes, cela constitue une avancée, quoique toujours discriminatoire. Il n'en reste pas moins que cette disposition va à l'encontre d'une communauté en raison de son appartenance sexuelle.

La Cour constitutionnelle a annulé très partiellement l'article 8 de la loi d'août 2017, en ce qui concerne le don de plasma frais congelé. Au vu des connaissances scientifiques actuelles, envisagez-vous aujourd'hui des modifications législatives consécutivement à cet arrêt important, mais trop parcellaire?

La Cour mettait également en avant la nécessaire évaluation biennale. Que comptez-vous mettre en place à cette fin?

**03.04** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, je commencerai par répondre aux questions précises sur les critères et les éventuelles modifications de ceux-ci pour ce qui est de la qualification de donneur de sang. Je répondrai ensuite aux questions de Mme Taquin.

Les dispositions de l'article 13 de la loi du 5 juillet 1994 qui ont été citées ont été introduites par la loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé. Elles ont également fait l'objet d'un arrêté royal d'exécution daté du 25 octobre 2018, qui définit les instances impliquées dans l'évaluation des critères d'exclusion temporaire au don de sang liés au comportement sexuel des donneurs, ainsi que les informations à collecter pour réaliser cette évaluation.

Une première réunion de concertation s'est tenue le 10 décembre 2019 sur la base d'une analyse des données de 2018. La direction générale Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement est chargée de réaliser l'évaluation sur la base d'informations collectées auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), de Sciensano, des établissements de transfusion sanguine et du Conseil Supérieur de la Santé.

L'arrêté royal précité décrit les informations que ces différentes instances doivent échanger. Les rapports de leur concertation peuvent être consultés sur le site internet du SPF Santé publique. Un lien intitulé "Rapports, critères d'exclusion temporaire, don de sang" contient toutes les informations pertinentes à cet égard.

L'évaluation des critères doit être effectuée au moins tous les deux ans. L'arrêté d'exécution de la loi prévoit, en outre, une concertation annuelle entre les différentes instances précitées dans le courant du mois de décembre. Cette première évaluation a surtout permis de formuler des recommandations méthodologiques relatives à la collecte et à l'analyse de données. En effet, le nombre de donneurs supplémentaires autorisés à donner du sang à la suite de la modification de la loi de 2017 est encore trop restreint pour tirer des conclusions scientifiquement valides de l'incidence de la loi.

La seconde réunion de concertation devra se tenir en décembre 2020. Le rapport de cette seconde concertation pourra inclure des propositions de modification des critères et périodes d'exclusion qui, le cas échéant, seront soumises au ministre de la Santé publique.

Mme Taquin m'a demandé des chiffres. Il existe un éventail de chiffres que je peux communiquer, mais ils ne concernent que le niveau national. Par exemple, en 2015, on comptait 282 465 donneurs; en 2016, 285 005 donneurs; en 2017, 278 099 donneurs; en 2018, 282 642 donneurs; en 2019, 297 868 donneurs. Il y a des désaggrégations en catégories, mais il n'est pas possible de vous citer tous les chiffres ici. Je ne dispose cependant pas de chiffres propres aux régions ou aux provinces.

Pour ce qui concerne la pénurie, le stock de concentrés érythrocytaires présent dans les établissements de transfusion sanguine pour la période de 2019-2020 est mis à jour hebdomadairement sur le site web de l'AFMPS. Suivant les données relatives au nombre de concentrés érythrocytaires distribué mensuellement pour la période 2018-2020, il n'y a pas eu de pénurie.

Mme Taquin m'a également demandé quels étaient les critères justifiant la période d'un an d'exclusion, et s'il y avait eu une analyse de risques. L'avis n° 9291 du Conseil Supérieur de la Santé recommande de tenir compte de l'évolution de la situation épidémiologique et d'évaluer systématiquement ces critères d'exclusion temporaire et, si nécessaire, d'adapter la législation.

Le SPF organise une concertation annuelle, en décembre, avec les établissements de transfusion sanguine, l'AFMPS, Sciensano et le Conseil Supérieur de la Santé. Comme je l'ai dit, le rapport sur l'évaluation de décembre 2019 a été publié.

D'après cette évaluation, l'impact du report de douze mois chez ces catégories à risque spécifiques en

raison du comportement sexuel du candidat au don ne peut pas encore être étayé sur le plan scientifique. Le nombre de donneurs qui sont autorisés à donner du sang après douze mois était encore trop restreint pour tirer des conclusions définitives.

Par ailleurs, l'examen et le suivi de l'impact du report du don chez les catégories à risque spécifiques nécessitent également de prendre des mesures pour améliorer la fiabilité des données. Les établissements de transfusion sanguine doivent s'harmoniser en vue de parvenir à des définitions univoques pour les concepts de "nouveau donneur", "donneur refusé" et "donneur connu", et doivent convenir d'une méthode de travail pour calculer le nombre de donneurs et de dons.

L'AFMPS a prévu de convoquer une plate-forme du sang pour mettre au point ces définitions et les uniformiser. La crise COVID-19 n'a pas permis de réaliser cet objectif. L'évaluation annuelle prévue en décembre 2020 permettra de tenir compte des avancées et des données récentes. Elle prendra aussi les mesures nécessaires en vue d'harmoniser les données transmises par les établissements de transfusion à l'AFMPS.

Des questions ont été posées sur les fausses déclarations des personnes hétérosexuelles par exemple. La loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé, publiée le 28 août 2017, a modifié la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine. Cette nouvelle loi spécifie les modalités prévues pour contrer les risques d'une infection transmissible par transfusion en raison du comportement sexuel du candidat au don. Par ailleurs, l'arrêté royal relatif au prélèvement, à la préparation, à la conservation et à la délivrance du sang et des dérivés du sang d'origine humaine prévoit une obligation de notification.

**L'AFMPS publie à ce sujet un rapport annuel avec l'analyse des réactions et des incidents indésirables. Faut-il revoir les délais imposés aux personnes homosexuelles? L'arrêté royal du 25 octobre 2018 concernant l'évaluation des critères d'exclusion temporaire et les périodes d'exclusion connexes pour des donneurs concernant le comportement sexuel précise les modalités de cette évaluation. En décembre 2019, la direction générale Soins de santé a organisé une concertation avec les instances concernées. Un rapport a été rédigé et publié. Comme le stipule la législation, ces critères peuvent être modifiés tous les deux ans sur la base d'une évaluation réalisée par les instances citées; la prochaine concertation est donc prévue en décembre.**

Une prochaine campagne de sensibilisation est-elle envisagée? Les organismes de don de sang organisent régulièrement des campagnes pour encourager le don. Ces campagnes visent également à rassurer les donneurs. Durant cette période de pandémie, le stock a pu être maintenu. La nécessité d'une prochaine campagne sera discutée après avis du groupe d'évaluation qui se tiendra en décembre 2020. L'évolution de la situation liée à la crise sanitaire et à ses conséquences sera également considérée.

**03.05 Catherine Fonck (cdH):** Monsieur le ministre, je serai franche avec vous: je ne savais pas que ce rapport était disponible sur le site web du SPF Santé publique. J'irai le consulter avec attention.

Vous avez parlé d'une première réunion en 2019 et d'une deuxième réunion d'évaluation en décembre 2020. On y est!

Je me permettrai de vous dire ceci: la Belgique est un tout petit pays. Pour avoir une évaluation scientifique correcte, il faut un nombre suffisant de personnes qui soient prises en compte au niveau de l'analyse. Votre réaction sur la base du rapport 2019 est de dire que le groupe est encore trop restreint pour tirer des conclusions définitives. Je suggère que l'on prenne en compte les données des pays limitrophes, voire pourquoi pas, de l'Europe.

En France, l'étude Complidon portant sur 110 000 donneurs (avec la taille de la France, le groupe de donneurs est plus grand pour l'évaluation) a permis de conclure que le risque n'était pas augmenté, ce qui a mené à diminuer la période d'abstinence à respecter par les homosexuels pour pouvoir donner leur sang. Elle a été réduite de 12 à 4 mois.

Nous devons tenir compte de notre réalité en Belgique et nous devons analyser les données scientifiques car elles sont les seules à pouvoir imposer toute décision en la matière. Mais compte tenu de la taille du pays, je suggère que nous l'intégrions dans une démarche plus large, avec d'autres pays au niveau européen. Cela nous offrira une vue scientifique plus claire et des données dont l'interprétation sera plus

facile.

**03.06 Caroline Taquin (MR):** Monsieur le ministre, cette crise met en lumière le manque d'humanité. Les citoyens sont confrontés à divers problèmes dans plusieurs domaines. En dépit des actes civiques, des actes sanitaires ou des actes de générosité, il y a malgré tout une discrimination.

Je rejoins ma collègue sur les données scientifiques. En cette période de crise sanitaire, je compte sur vous pour engager des discussions, des études et des analyses avec les pays qui nous entourent et qui sont plus avancés que la Belgique dans ce domaine.

**03.07 Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, je rejoins mes collègues. Bien sûr, nous avons le devoir de garantir la sécurité des transfusions sanguines et, dès lors, de contrôler celles-ci. Cela nous oblige probablement à nous tourner vers l'expertise de nos voisins.

Nous avons également le devoir de clarifier les choses. En effet, ce sont les comportements sexuels qu'il faut analyser, et non l'orientation sexuelle des donneurs. Aujourd'hui, dans notre armada légistique, nous stigmatisons toujours une catégorie de personnes et faisons amalgame entre séropositivité, comportement à risque et homosexualité.

Il faut légiférer pour que, demain, seuls les comportements à risque soient écartés des dons de sang, et en aucun cas les orientations sexuelles. Nous sommes un État de liberté, un État qui doit garantir la liberté d'être, de choisir qui nous sommes et qui nous aimons. Je compte sur vous, monsieur le ministre, pour avancer dans ce sens.

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

**04 Vraag van Sander Loones aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mug-heli van West-Vlaanderen" (55009527C)**

**04 Question de Sander Loones à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'hélicoptère médicalisé "MUG-heli" de Flandre occidentale" (55009527C)**

**04.01 Sander Loones (N-VA):** Mijnheer de minister, de mug-helikopter vervult in West-Vlaanderen een bijzondere medische rol. Men kan ook rekenen op heel wat steun via giften en schenkingen van mensen, organisaties en overheden. Dat bewijst dat er een groot draagvlak voor die mug-heli is.

Er is echter nog altijd geen structurele financiering. Het is ook een kwestie van bevoegdheden. Ik heb lang gezocht naar wie nu precies verantwoordelijk was om de structurele financiering ter harte te nemen. Dat blijkt de federale overheid te zijn.

Uw voorgangster, mevrouw De Block, weigerde die financiering onder ogen te zien, ook al was ze wel bevoegd.

Mijnheer de minister, zult u die bevoegdheid wel opnemen en wel zorgen voor een federale structurele financiering?

**04.02 Minister Frank Vandenbroucke:** In het regeerakkoord engageert de regering er zich toe om de wet en de regelgeving inzake de dringende geneeskundige hulpverlening te hervormen, zodat een patiënt met het oog van zijn gezondheidstoestand dringend en meteen naar het meest geschikte ziekenhuis en niet langer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis wordt vervoerd. Dat is het uitgangspunt van de zorg in het regeerakkoord.

In het proces van de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening heeft de Nationale Raad voor de Dringende Geneeskundige Hulpverlening onlangs nog een advies afgeleverd. In dat advies lees ik dat er een mogelijke plaats is voor een Helicopter Emergency Medical Service, maar dat het model wel afwijkt van de huidige pilootprojecten zoals die er nu zijn.

We moeten dat advies en de gevolgen ervan goed bekijken.

Een antwoord op de vraag of een dergelijke Helicopter Emergency Medical Service in de dringende

geneeskundige hulpverlening zal worden ingezet, zal deel uitmaken van de in het regeerakkoord in het vooruitzicht gestelde werkzaamheden.

Ik hoop dat u mij dit niet kwalijk neemt, maar dat betekent dat ik vandaag niet definitief ja of neen zal zeggen, maar wel dat dat verder zal worden bekeken.

**04.03 Sander Loones (N-VA):** Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

Ik begrijp dat de deur op een kier staat. Dat verwelkom ik zeer duidelijk. Dat is meer dan wat uw voorganger, Maggie De Block, op uw bevoegdheid deed. U erkent dat het een bevoegdheid van de federale overheid is en dat de kwestie verder zal worden opgevolgd. Ik zal dat ook doen. Ik wens u daarbij bijzonder veel succes.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**05 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès à la contraception" (55009570C)**

**05 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang tot anticonceptiva" (55009570C)**

**05.01 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, je voulais aborder avec vous la loi du 22 avril 2019 qui permet aux femmes n'ayant pas atteint l'âge de 25 ans de se voir rembourser leurs contraceptifs. Cette loi a été adoptée juste avant les dernières élections fédérales. Cette loi est encore trop méconnue par les jeunes filles et jeunes femmes, qui ne connaissent pas l'étendue de leurs droits sexuels et reproductifs.

C'est la raison pour laquelle les associations de terrain plaident pour une évaluation de cette loi, notamment pour aider les entités fédérées dans leur travail de sensibilisation. Cette évaluation porterait sur le nombre de demandes de remboursement de contraceptifs et pilules du lendemain depuis l'entrée en vigueur de cette loi, ou depuis toute autre date pertinente, et ce, de manière mensuelle. Une ventilation par âge et type de contraceptif pourrait être envisagée; elle permettrait d'améliorer l'information contraceptive mais aussi de réduire le nombre d'interruptions volontaires de grossesse.

Monsieur le ministre, êtes-vous favorable à la mise en place d'une telle évaluation de la loi du 22 avril 2019? Dans la négative, quelle autre solution préconisez-vous afin d'améliorer l'information contraceptive? Je vous remercie.

**05.02 Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame la députée, je suis favorable à la mise en place d'une évaluation. Je vais demander à l'INAMI de me fournir, dès que possible, les données relatives à la facturation des pilules contraceptives et de la pilule du lendemain chez les femmes de moins de 25 ans, ventilées par mois, depuis l'entrée en vigueur de cette loi du 22 avril 2019.

En outre, je tiens à vous informer que la loi du 31 juillet 2020 a élargi le droit à l'intervention supplémentaire de l'assurance soins de santé dans le coût des contraceptifs et de la pilule du lendemain aux femmes bénéficiant de l'intervention majorée, quel que soit leur âge.

**05.03 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour cette réponse positive et extrêmement satisfaisante. Vous êtes favorable à une évaluation. Mais j'aurais quand même voulu avoir plus de détails quant à une date, quant aux acteurs que vous allez intégrer dans le cadre de cette évaluation.

Je pense qu'il est essentiel de pouvoir procéder à cette évaluation pour voir si, justement, ces deux récentes lois auxquelles vous faites référence ont permis de répondre aux problèmes qui sont rencontrés aujourd'hui par ces jeunes filles et par ces jeunes femmes, alors qu'elles sont en âge de procréer bien plus tard que les fameux 25 ans.

Je vous invite aussi à creuser la question du financement des recherches liées à la contraception masculine, parce que, aujourd'hui, un gros problème réside dans le fait que la contraception pèse essentiellement sur les femmes. Je vous invite également à investir davantage dans l'information, tant auprès des hommes qu'auprès des femmes.

Je pense que c'est un rôle qui doit incomber à la Conférence interministérielle, dans laquelle le fédéral et les



entités fédérées doivent jouer leur rôle. Je vous remercie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**06** Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le salaire des assistants médecins en cas de maladie" (55009611C)

**06** Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het loon van artsen-specialisten in opleiding in geval van ziekte" (55009611C)

**06.01** Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le Ministre, la presse a fait état début octobre d'un cas inadmissible dans la province de Liège concernant des futurs médecins qui n'avaient pas de salaire garanti en cas de maladie.

*Et pour cause, ces médecins spécialistes en formation, n'ont ni un statut de salariés ni un statut d'indépendants mais un statut dit « sui generis », traduisez « de son propre genre ». En pratique, cela signifie que les hôpitaux qui les emploient sont soumis au respect d'un cadre légal mais bénéficient d'une marge de manœuvre pour décider d'offrir ou non un revenu garanti à leurs assistants en cas de maladie.*

*Dans ces conditions, un assistant malade va donc, tout de même, se rendre au travail en prenant le risque de contaminer ses patients. Cette situation est encore plus problématique en période de coronavirus car ce sont justement ces jeunes médecins qui sont en première ligne aujourd'hui !*

*Monsieur le Ministre, fort heureusement un accord vient d'être obtenu pour débloquer 100 millions d'euros pour indemniser ces jeunes médecins tombés malades. Cependant, ce n'est qu'une solution provisoire. Le fond du problème reste le statut de ces assistants médecins.*

*Dans le cadre, Monsieur le Ministre, quelles les mesures comptez-vous prendre pour réguler ce statut ?*

**06.02** Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik heb nog een aanverwante vraag van mevrouw Gijbels over dit onderwerp, of over artsen in opleiding. Wordt die ook nog gesteld?

**06.03** Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, si vous voulez, je peux la transformer en question écrite.

**06.04** Frank Vandenbroucke, ministre: Oui, peut-être, parce qu'à vrai dire, j'ai une réponse à une question de Mme Gijbels qui est bien développée par mon administration. Je ne sais pas si j'ai vraiment une réponse précise à votre question. Je peux uniquement répéter qu'il y a, au sein de la Commission paritaire médecins et institutions hospitalières, une concertation sur cette situation, et des demandes d'avis. Concernant toute la problématique du statut, il y a un processus en cours, mais je ne sais pas exactement ce que vous voulez comme réponse.

**06.05** Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Je vais la reposer par écrit. Ce sera plus simple.

**06.06** Frank Vandenbroucke, ministre: C'est gentil, sinon je vais improviser de façon peu intéressante.

**06.07** Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Merci.

Le président: Merci à Mme Hennuy et à M. le ministre pour avoir trouvé une solution qui agréée chacun.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

De voorzitter: Mevrouw Nawal Farih heeft het woord voor haar vraag nr. 55009632C over "De telefonische consultaties".

**06.08** Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, die vraag is ingetrokken omdat ze niet meer actueel is. Dat werd het commissiesecretariaat per mail meegedeeld.

Le président: Effectivement, il apparaît que vous aviez sollicité le retrait de cette question. Elle est donc retirée.

**07** Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur

**"Le traitement des pathologies hors COVID-19 au sein de nos hôpitaux" (55009777C)**

**07** Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-COVID-19-gerelateerde zorg in de ziekenhuizen" (55009777C)

**07.01** **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, compte tenu des données actuelles, notamment l'augmentation du nombre de contaminations et d'hospitalisations, de nombreux rendez-vous médicaux et chirurgicaux sont reportés. Il y a quelques jours, les experts indiquaient que la situation actuelle différerait du pic épidémique observé en mars et avril, en ce sens que les hôpitaux auraient en leur sein davantage de patients non-COVID qu'ils maintiendraient hospitalisés.

Par ailleurs, vous savez que le danger d'un non-suivi de pathologies lourdes avérées ou potentiellement avérées est très élevé et engendre de graves conséquences. Les professionnels de la santé avaient déjà attiré notre attention sur ce point il y a six mois. Quelle est la situation actuelle de l'accueil des patients non-COVID dans nos hôpitaux?

Quelle évaluation est-elle faite des consultations, examens et soins prodigués en hôpital hors COVID? Sur la base de quel type de surveillance? Quelles sont les autres solutions mises en place afin d'assurer le suivi de ces examens et traitements au sein d'autres infrastructures médicales pour la protection des patients, et ce, notamment face à des pathologies chroniques ou lourdes et naissantes?

Enfin, le plan de répartition entre hôpitaux concerne-t-il également les patients non-COVID?

**07.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Taquin, votre question est importante – tout comme les autres – et est particulièrement d'actualité. Malheureusement, en ce qui concerne la surveillance, je dois vous dire que, pour l'instant, nous n'avons aucune idée des activités qui se déroulent dans les hôpitaux en temps réel. Nous disposons de statistiques sur la capacité utilisée ou sur le nombre de lits en soins intensifs, mais nous ne sommes pas en mesure d'assurer un suivi des activités en temps réel. Ces données nous parviennent via le résumé hospitalier minimal, en fonction des délais légaux que les hôpitaux doivent respecter.

En raison de l'évolution épidémiologique et du nombre croissant de patients COVID nécessitant une hospitalisation, il est en effet devenu nécessaire de reporter les soins réguliers, afin de s'assurer que la capacité des hôpitaux n'est pas dépassée. Le Comité Hospital & Transport Surge Capacity du SPF Santé publique, qui est composé de représentants de toutes les autorités, du ministère de la Défense, des organisations coupoles des hôpitaux, ainsi que d'experts, suit la situation au quotidien et a élaboré un plan de capacité pour les hôpitaux qui comprend différentes phases en fonction de l'évolution de l'épidémie.

Le 28 octobre, le Comité a envoyé une lettre aux hôpitaux avec la demande de passer à la phase 2B à partir du 2 novembre avec 60 % de la capacité en ICU agréés et réservés aux patients COVID-19 et six fois ce nombre pour les patients COVID-19 sur les lits banalisés, non-ICU et l'ouverture supplémentaire d'un nombre de lits ICU égal à 40 % des lits ICU agréés, donc une capacité supplémentaire.

De plus, un plan de répartition avec des transferts de patients entre hôpitaux devrait garantir la qualité des soins aux patients COVID et non-COVID et que la charge des soins et la pression sur le personnel et les institutions soient réparties. Il est inhérent à l'extension de la capacité jusqu'à cette phase qui a un impact sérieux sur tous les soins réguliers non urgents. Cela signifie que les hôpitaux éliminent progressivement le programme électif en assurant les soins urgents et nécessaires selon un classement qui est le suivant:

1. les activités qui font appel aux soins intensifs;
2. les hospitalisations classiques qui ne font pas appel aux soins intensifs;
3. les activités chirurgicales en hôpital de jour ne faisant pas appel aux soins intensifs;
4. les activités non chirurgicales en hôpital de jour;
5. les consultations et activités d'hospitalisation à domicile et équipes mobiles.

Il doit être clair que toutes les consultations, examens et interventions d'urgence et nécessaires doivent se poursuivre. Toutes les thérapies nécessaires en cours ou les réadaptations nécessaires seront également poursuivies.

Les circuits COVID et non-COVID dans les hôpitaux sont donc strictement séparés. Les patients doivent être convaincus de leur sécurité et ne pas reporter leur propre traitement ou une consultation privée. Le médecin traitant joue un rôle majeur dans ce domaine. Pour la poursuite des consultations, on peut également avoir

recours à des téléconsultations lorsque cela est possible, afin que le patient ne soit pas obligé de se rendre à l'hôpital.

L'impact du report des soins non urgents ne pourra être évalué qu'au fil du temps en fonction des données disponibles. L'objectif reste de ne pas se retrouver dans une situation où les soins doivent être reportés et cela ne peut être atteint que par une large application, dans la population, des mesures préventives prises dans le cadre de la pandémie. Je crois qu'on convient que c'est une situation vraiment préoccupante tant pour les patients qui attendent que pour les médecins qui attendent. La seule solution évidemment, c'est d'améliorer la situation au niveau de l'épidémie.

Nous suivrons cela de près mais nous ne disposons pas de données en temps réel.

**07.03 Caroline Taquin (MR):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour les réponses que vous avez apportées. J'entends qu'on n'a pas de monitoring en temps réel. Je peux le comprendre. Je suis rassurée de vous entendre dire - vous l'aviez déjà déclaré - que vous êtes très attentif à cette problématique. L'enjeu est énorme. À l'heure où on annonce qu'on veut à tout prix éviter cette troisième vague, il ne faudrait pas que la quatrième, la cinquième ou la sixième vague touche des patients qui sont non-COVID mais qui n'ont pas eu de soins. Je vous fais dès lors confiance pour le suivi et l'attention à donner à cette problématique.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: La question n° 55009846C de Mme Merckx est transformée en question écrite.

**08 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réglementation de la profession de tatoueur" (55009906C)**

**08 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De reglementering van het beroep van tatoeëerder" (55009906C)**

**08.01 Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, en Belgique, la profession de tatoueur semble très peu réglementée. En effet, les seules conditions d'accès à ce métier sont d'avoir suivi une formation de vingt heures sur les mesures d'hygiène, conformément à l'arrêté du 25 novembre 2005, et de détenir un numéro de TVA. Contrairement au métier de pédicure ou même celui de coiffeur, il n'existe pas de formation professionnelle reconnue et certifiante pour le métier de tatoueur. Une personne ayant pour projet de devenir tatoueur doit donc apprendre son métier sur le tas auprès d'un autre tatoueur. Le métier de tatoueur consiste à injecter de l'encre dans la deuxième couche de peau, sous le derme, à l'aide d'outils divers comme des aiguilles. Il ne s'agit donc pas d'un acte à prendre à la légère. Si l'on ne prend pas en compte les antécédents médicaux du futur tatoué, certaines réactions allergiques peuvent avoir des effets néfastes et irréversibles sur la peau de ce dernier. De ce fait, certains tatoueurs reconnus pour leur bon travail sont quotidiennement confrontés à des clients qui viennent chez eux afin de réparer l'erreur de certains collègues inexpérimentés. Cependant, ce genre d'erreur ne se répare pas comme si l'on gommait un dessin sur une feuille de papier et laisse souvent des traces indélébiles.

Monsieur le ministre, vu les conséquences potentielles que de tels actes peuvent avoir sur la santé, n'y aurait-il pas lieu de renforcer la réglementation relative à cette profession? Des discussions ont-elles déjà eu lieu dans ce cadre avec les entités fédérées? En ce qui me concerne, j'ai eu plusieurs échanges avec des tatoueurs pleinement conscients de la difficulté de la problématique. Ils en sont tellement conscients qu'ils ont l'impression que ces quelques tatoueurs inexpérimentés, en minorité, il est vrai, risquent de jeter l'opprobre sur l'ensemble de la profession et sur toutes celles et ceux qui travaillent de manière irréprochable chaque jour. Ils seraient donc demandeurs d'un réajustement ou d'un renforcement de la réglementation en vigueur. Je vous remercie pour vos réponses.

**08.02 Frank Vandenbroucke, ministre:** Comme vous le savez sans doute, la Belgique a été un des premiers pays à introduire une réglementation spécifique sur les tatouages et piercings. L'arrêté royal du 25 novembre 2005 contient déjà des critères de formation, d'hygiène, d'infrastructures. Des obligations d'information et de consentement du client sont prévues. Vous savez que la formation concerne l'hygiène, le matériel à utiliser, les procédures de stérilisation, les procédures de travail, l'entretien des locaux et enfin, les produits et les encres à utiliser.

L'arrêté royal datant de 2005 mérite certainement une actualisation. L'étendue des tatouages a changé

entre-temps ainsi que les risques de produits et encres peu fiables. Le temps de réflexion pour un tatouage devait être plus strictement réglementé. Le Conseil Supérieur de la Santé est l'organe d'avis compétent et a déjà publié plusieurs documents en la matière. Il me semble utile de demander un avis global actualisé afin de préparer les modifications nécessaires de l'arrêté royal du 25 novembre 2005.

**08.03 Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, en effet, cet arrêté royal du 25 novembre 2005, reprend toute une série de balises et d'éléments mais une actualisation me semble indispensable. J'entends votre volonté d'avancer dans ce sens et je ne manquerai pas suivre cette affaire de près, quitte à revenir vers vous si j'estime que cela n'avance pas suffisamment vite. Je resterai en tout cas informé afin de répondre à une demande qui provient du secteur, comme je vous l'ai dit. En effet, ces femmes et hommes qui travaillent de manière irréprochable ont l'impression que certaines personnes jettent le discrédit et l'opprobre sur l'ensemble de la profession. Ces personnes sont demandeuses d'une réglementation plus stricte. Il faut pouvoir entendre cet appel de ces vrais professionnels et leur apporter une réponse concrète.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**09 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé quant à l'utilisation responsable de l'hypnose" (55009930C)**

**09 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad inzake het verantwoorde gebruik van hypnose" (55009930C)**

**09.01 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le président, monsieur le ministre, l'hypnose prend une part grandissante dans nos soins de santé.

Le Conseil Supérieur de la Santé a d'ailleurs rappelé, dans un avis d'août 2020, que l'utilisation de l'hypnose peut faciliter ou renforcer l'effet de nombreuses formes d'interventions thérapeutiques. Elle est, en outre, efficace dans la gestion de la douleur aiguë et chronique, de même qu'elle peut avoir une incidence sur la réduction de l'anxiété dans les traitements médicaux.

Dans cet avis, le Conseil Supérieur de la Santé estime également que l'hypnose doit être confiée uniquement aux professionnels de la santé et recommande donc de mettre en œuvre un cadre légal et réglementaire basé sur "*le Livre Blanc sur l'utilisation de l'hypnose en France*" (2019) portant, entre autres, sur le titre, l'annuaire de professionnels, sur les publicités, un organisme de contrôle efficace, sur l'introduction de l'hypnose dans le *curriculum* des professions de la santé.

En outre, en matière de recherche, le Conseil Supérieur de la Santé demande de renforcer la recherche scientifique pour valider la valeur thérapeutique de l'hypnose et ainsi pallier les difficultés méthodologiques dans le cadre de l'observation de l'hypnose.

Monsieur le ministre, vos services ont-ils pris connaissance de cet avis du Conseil Supérieur de la Santé? Dans l'affirmative, un cadre juridique sera-t-il établi sous cette législature en la matière, en prenant en considération les recommandations émises par le Conseil Supérieur de la Santé? Comment comptez-vous encourager la recherche scientifique en matière d'hypnose?

**09.02 Frank Vandenbroucke, ministre:** Nous avons, en effet, pris connaissance du rapport du Conseil Supérieur de la Santé sur l'utilisation de l'hypnose. Ce rapport est fondé et honnête. Ainsi, les difficultés méthodologiques pour prouver l'efficacité sont soulignées, mais des expériences positives sont également rapportées, entre autres dans la gestion de la douleur aiguë et chronique et pour la réduction de l'anxiété.

Le Conseil souligne les risques comme, en psychothérapie par exemple, l'exposition du patient à ses vulnérabilités. L'hypnose ne pourra être utilisée que dans le domaine de compétences du thérapeute, afin de poser un bon diagnostic et d'envisager les possibilités d'une approche hypnotique afin de garantir un suivi de qualité. Tout risque de retard dans l'accès à des soins adaptés doit être évité. Le consentement éclairé du patient est évidemment primordial.

L'utilisation de l'hypnose doit donc être limitée à des professionnels de santé dans le domaine d'expertise de chacun, ce qui est d'ailleurs déjà légalement prévu sous la définition de l'exercice illégal de la médecine.

L'approche en équipes multidisciplinaires offre des garanties de qualité supplémentaires et permet de continuer la recherche. La recherche et l'évolution du terrain indiqueront si d'autres initiatives législatives plus détaillées sont nécessaires. L'interdiction de l'hypnose en spectacle, prévue par une loi de 1892, doit évidemment être maintenue et la modernisation de cette ancienne législation est envisageable.

**09.03 Sophie Rohonyi (DéFI):** Merci monsieur le ministre pour vos réponses, qui vont finalement dans le sens des recommandations émises par le Conseil Supérieur de la Santé. Je suis heureuse de vous entendre être soucieux de protéger les patients de pratiques qui peuvent être extrêmement positives dans le cas de certains traitements, mais qui peuvent être également dangereuses. Je suis heureuse de vous avoir entendu sur la nécessité d'informer les patients quant aux tenants et aboutissants de cette pratique, aux effets secondaires et aux risques. Par conséquent, il est nécessaire de vraiment encadrer cette pratique au mieux. J'entends aussi que vous laissez l'opportunité au Parlement de suivre ce dossier et d'éventuellement trouver la meilleure manière de faire le suivi de ces recommandations. C'est ce que nous ferons. Je vous remercie, en tout cas, pour vos réponses plutôt rassurantes.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**10 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement par protonthérapie" (55010052C)**

**10 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Protonentherapie" (55010052C)**

**10.01 Hervé Rigot (PS):** *Monsieur le Ministre, pionnière dans le développement de cette radiothérapie sophistiquée, la Belgique dispose de deux projets de centre de protonthérapie, l'un à Louvain et l'autre à Charleroi. Un premier patient y a été traité cet été. Les chercheurs, eux, y poursuivent leurs recherches.*

*Aujourd'hui, moins de 50 Belges sont traités chaque année par protonthérapie, selon le KCE. Ce sont principalement des enfants, atteints de cancers rares, et envoyés dans des centres spécialisés à l'étranger, voyage et traitement étant pris en charge par l'Inami.*

*Il faut savoir que, d'après le KCE, la protonthérapie coûte trois à quatre fois plus cher qu'un traitement par radiothérapie conventionnel.*

*Monsieur le Ministre, Karin Rondia, porte-parole du KCE, informe qu'il n'y a pas encore d'essais cliniques de suffisamment bonne qualité, avec suffisamment de patients et un recul suffisant, pour dire que la protonthérapie marche mieux ou moins bien que la radiothérapie conventionnelle.*

*"En l'absence de preuves fiables", le KCE ne peut pas formuler "des recommandations en faveur de l'élargissement des indications actuellement remboursées par l'INAMI et recommande de conserver la procédure actuelle de remboursement au cas par cas". Pourriez-vous nous détailler la procédure de prise en charge en matière de remboursement? Quelles sont les conditions actuelles?*

*Qu'en sera-t-il dès lors à l'avenir pour les deux projets de centres de protonthérapie existant dans notre pays?*

*Je vous remercie pour vos réponses.*

**10.02 Frank Vandenbroucke, ministre:** Monsieur le président, l'hadronthérapie est une technique de radiothérapie qui permet d'irradier des cellules cancéreuses de façon très précise et ainsi de limiter l'impact sur les tissus sains environnants. Cette irradiation peut se faire soit avec des protons (protonthérapie), soit avec d'autres particules chargées comme des ions carbone (carbonethérapie).

L'assurance obligatoire soins de santé intervient financièrement dans le coût du traitement par hadronthérapie pour les patients qui répondent à des critères d'inclusion strictement définis. Il s'agit d'une liste limitée de tumeurs éligibles ainsi que de certaines conditions préétablies. Seuls les traitements curatifs sont pris en compte. Le patient doit conserver un bon état général, selon la classification de l'OMS. Il ne doit pas présenter d'autres comorbidités limitant son espérance de vie. Il doit s'agir d'une première tentative d'irradiation, etc.

Suite à une consultation oncologique multidisciplinaire et après vérification que le patient rentre bien dans les conditions de remboursement, le centre de radiothérapie référent envoie un dossier des demandes complet à l'INAMI. Si ce dernier rend une décision positive pour intervenir dans les frais du traitement, le centre de radiothérapie référent coordonne l'envoi du patient vers le centre d'hadronthérapie où le traitement aura lieu, soit en Belgique, soit à l'étranger.

L'INAMI paie directement le centre d'hadronthérapie. Dans le cas où le traitement a lieu à l'étranger, le bénéficiaire peut être remboursé des frais de déplacement et d'hébergement éventuels. Le centre de radiothérapie référent reçoit, pour sa part, une indemnité pour la coordination du dossier.

En Belgique, il n'existe actuellement qu'un seul centre d'hadronthérapie. Ce dernier est opérationnel depuis juillet 2020. Il s'agit du centre de protons ParTICLe à l'UZ Leuven. Actuellement, aucun feu vert n'a été donné pour la construction d'un deuxième centre d'hadronthérapie en Belgique.

Plus d'informations peuvent être trouvées sur le site web de l'INAMI. En parcourant ce site, vous pourrez lire que l'accord avec les centres d'hadronthérapie, conformément à l'arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions pour l'intervention dans le coût d'un traitement avec hadronthérapie, a, en principe, cessé d'être en vigueur le 30 septembre 2020. Une procédure est donc actuellement en cours pour publier un nouvel arrêté royal qui prolongera ledit accord, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2020.

**10.03 Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, vous avez évoqué les avantages de la protonthérapie dont, sans aucun doute, les moindres dommages collatéraux; elle limite en effet l'exposition aux radiations des tissus sains. C'est fondamental pour les plus jeunes patients.

Si aujourd'hui, nous avons cette possibilité d'être remboursés pour ces traitements à l'étranger, nous devons tout mettre en œuvre pour que ces traitements puissent, dès l'instant où ils seront reconnus, être prodigués à proximité du domicile du patient afin de ne pas lui compliquer davantage ces moments douloureux moralement et physiquement, et pour soutenir ces projets novateurs qu'ils soient à Leuven aujourd'hui et, demain, je l'espère, à Charleroi.

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

**11 Vraag van Bert Moyaers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verbod op het gebruik van SBR-rubbergranulaat op sportvelden" (55010064C)**

**11 Question de Bert Moyaers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction d'utilisation de granulats de caoutchouc SBR sur les terrains de sport" (55010064C)**

**11.01 Bert Moyaers (sp.a):** Mijnheer de minister, in normale omstandigheden sporten overal in België duizenden volwassenen en kinderen wekelijks op kunstgrasvelden die ingestrooid zijn met rubberkorrels, ondanks het bewijs dat ze een resem giftige stoffen bevatten die mogelijk kankerverwekkend zijn. Zowel toxicologen als onafhankelijke nationale milieu- en gezondheidsinstanties prediken al geruime tijd het voorzichtigheidsprincipe en vragen expliciet om de rubberkorrels te vervangen omdat er voldoende veilige alternatieven voorhanden zijn. Het RIVM, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in Nederland, vroeg in augustus 2018 aan het ECHA, het Europees Agentschap voor chemische stoffen, om een strengere norm uit te vaardigen voor kankerverwekkende stoffen in rubbergranulaat om voetballers en kinderen beter te beschermen. Het ECHA adviseerde opnieuw aan mensen die op kunstgras met rubbergranulaat spelen om de handen te wassen, wondjes goed schoon te maken en andere kleren aan te trekken voor ze naar huis gaan.

Mijnheer de minister, zou u overwegen om het gebruik van rubbergranulaat definitief te verbieden voor kunstgrasvelden omwille van de gezondheidsredenen?

Bent u van plan om contact op te nemen met de Vlaamse, Waalse en Brusselse ministers van Sport en met uitbreiding ook die van Volksgezondheid en Milieu, om samen naar een oplossing te zoeken?

**11.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, ik moet tot mijn schande erkennen dat ik voor deze vraag geen advies heb gekregen van mijn administratie. Ik heb ze toch willen laten stellen. Ik vind dit een ernstige vraag onder meer omwille van de precedents in het buitenland en de adviezen van het ECHA. Deze stellen dat gebruikers toch voorzichtig moeten zijn. Ik stel voor dat ik onderzoek hoe ik op de beste manier snel een advies kan krijgen daarover. Ik moet waarschijnlijk contact opnemen met mijn collega's, maar ik moet natuurlijk eerst wetenschappelijk advies krijgen. Helaas heb ik hier nog geen verder werk van gemaakt. Ik zal proberen zo snel mogelijk een goed advies daarover te krijgen en vervolgens de nodige contacten te leggen. Kunt u mij deze vraag nog eens voorleggen binnen afzienbare tijd? Het zou misschien

goed zijn dat u eerst verifieert of er een relevant advies op komst is.

**11.03 Bert Moyaers** (sp.a): Mijnheer de minister, uw antwoord zegt op zich nog niet veel, maar geeft toch veel hoop. Vroeger ben ik ook Vlaams volksvertegenwoordiger geweest en heb ik heel lange tijd gepleit om die kunstgrasvelden die ingestrooid zijn met SBR-rubbergranulaat te verbieden. Dit was enerzijds omwille van de gezondheidseffecten, maar ook omwille van het milieuaspect dat erbij komt kijken.

Het blijft mij verbazen dat versleten autobanden, die als zwaar toxisch afval beschouwd worden, plots gerecycleerd materiaal worden als men ze versnipperd. Heel veel kinderen mogen daarop sporten en als die rubberkorrels hun veerkracht verloren hebben, dan worden ze meteen weer zwaar toxisch afval. Daar rijzen toch vragen bij.

Advies inwinnen zou zeer goed zijn. Er is vooral nood aan een onafhankelijk onderzoek want er wordt veel te weinig echt onafhankelijk onderzoek gedaan. Kunt u toezeggen dat u meerdere onderzoeken wil? Onafhankelijk advies zou immers een absolute meerwaarde hebben om hier meer duidelijkheid over te krijgen.

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

**12 Vraag van Vanessa Matz aan Annelies Verlinden (Binnenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen) over "De defibrillatoren" (55010066C)**

**12 Question de Vanessa Matz à Annelies Verlinden (Intérieur et Réformes institutionnelles) sur "Les défibrillateurs" (55010066C)**

**12.01 Vanessa Matz** (cdH): *La loi impose l'installation de défibrillateurs dans de nombreux bâtiments. Cependant, les plans d'évacuations prévus dans chaque étage ne renseignent pas leur présence. En outre, il existe une application appelée "Staying Alive" qui recense les appareils en fonction. Mais, visiblement, aucune obligation n'est faite à l'institution qui installe le défibrillateur de mentionner cette installation dans un fichier central ou alors, ce fichier central n'est pas à jour.*

*Madame la ministre,*

*- N'estimez-vous pas utile et nécessaire de faire en sorte que les plans d'évacuation renseignent également la présence de défibrillateurs par étage de chaque bâtiment? Comment comptez-vous rendre cette indication obligatoire ?*

*- Existe-t-il un registre/fichier central recensant tous les défibrillateurs existants? Dans l'affirmative, est-il à jour? Dans la négative, ne faudrait-il pas le mettre à jour?*

*Cette question est loin d'être anodine car la Belgique a un taux de mortalité très élevé comparé aux Pays-Bas et à la Suède notamment par manque de formation de la population aux techniques de "premiers secours".*

**12.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Matz, l'arrêté royal du 21 avril 2007, fixant les normes de sécurité et les autres normes applicables aux défibrillateurs externes automatiques utilisés dans le cadre d'une réanimation, n'impose pas l'installation de défibrillateurs dans des bâtiments.

L'obligation des plans d'évacuation se retrouve dans plusieurs réglementations: le RGPT, l'arrêté royal du 7 juillet 1994 fixant les normes de base en matière de prévention contre l'incendie et l'explosion auxquelles les bâtiments doivent satisfaire, les règlements de police locaux et les décrets sur les logements. Bien que je pense que le marquage des défibrillateurs sur les plans soit utile, je ne suis pas compétent pour les réglementations nommées.

Le fichier central recensant tous les défibrillateurs enregistrés en Belgique est disponible sur le site web du SPF Santé publique. Est-il à jour? Le SPF lui-même estime que non. Bien que l'enregistrement des défibrillateurs soit obligatoire, le contrôle et les moyens de contrôle n'ont jamais été prévus. Il en revient donc au bon vouloir des propriétaires de défibrillateurs de tenir le registre à jour.

Mais un défibrillateur seul ne sauve pas de vie. Il faut quelqu'un qui puisse l'utiliser dans l'urgence. On parle du *medical first responder*. Une étude scientifique indépendante concernant ce concept est planifiée en 2021. Cette évaluation scientifique nous permettra de nous positionner en termes de besoins (concept, faisabilité, obstacles éventuels), ce qui nous permettra d'envisager l'adéquation d'un tel concept avec le système de l'aide médicale urgente, tel qu'il est en vigueur aujourd'hui en Belgique, afin de l'intégrer à la loi

du 8 juillet 1964 qui régit l'aide médicale urgente.

**12.03 Vanessa Matz** (cdH): Monsieur le président, je souhaite préciser que j'avais d'abord adressé la question à Mme Verlinden, mais ce sont les services qui ont réorienté la question vers la Commission de la Santé et donc le ministre de la Santé.

Je remercie le ministre pour sa réponse. J'entends qu'il y a des compétences qui sont plutôt d'ordre régional, considérant notamment les logements, etc. Il reste que le cadastre, le registre, le fichier central est, lui, bien fédéral. Même le SPF trouve qu'il y a des lacunes. Bien sûr, le défibrillateur n'est pas auto-utilisable. Il faut quelqu'un qui sache le manipuler mais il semble essentiel de disposer d'un cadastre complet afin que les personnes qui savent manipuler ces appareils puissent les localiser et en disposer. Il faudrait peut-être prendre une initiative à ce niveau afin d'inciter les différents propriétaires à se manifester plus promptement au sujet de la présence de ces défibrillateurs.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

### **13 Questions jointes de**

- **Vanessa Matz** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des médicaments contre la migraine" (55010072C)

- **Hervé Rigot** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des anti-migreneux" (55010836C)

### **13 Samengevoegde vragen van**

- **Vanessa Matz** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van geneesmiddelen tegen migraine" (55010072C)

- **Hervé Rigot** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de antimigrainemiddelen" (55010836C)

**13.01 Vanessa Matz** (cdH): Monsieur le président, vous me permettez de poser cette question, pour des raisons particulières que beaucoup de mes collègues connaissent.

Monsieur le ministre, j'avais interrogé votre prédécesseure, il y a un an, au sujet du non-remboursement de l'Aimovig, un médicament qui traite les migraines particulièrement douloureuses, et dont l'efficacité a été démontrée chez certains patients, et même de nombreux patients, mais dont le coût reste fort élevé – de 500 à 1 000 euros par mois – parce qu'aucun accord n'a pu être trouvé avec la firme pharmaceutique qui fabrique le médicament.

Mme De Block avait alors répondu que pour le premier dossier en 2018 pour l'Aimovig 70 mg: "L'analyse de la CRM a fait apparaître que le rapport entre les coûts et les bénéfices escomptés n'était pas favorable, avec un prix clairement élevé par patient pour l'assurance maladie. Il y avait, en outre, un certain nombre d'incertitudes au sujet de ce médicament, telle que sa plus-value dans la population cible proposée par Novartis".

En 2019, la firme avait introduit un nouveau dossier auprès de la Commission de remboursement des médicaments pour l'Aimovig dosé à 140 mg. La ministre avait précisé que "tant que le dossier est en traitement, je ne peux pas en prendre connaissance. Je comprends tout à fait les migraineux qui ont fondé tous leurs espoirs de guérison sur ce médicament. Toutefois, la seule chose que je puisse faire, c'est attendre un nouvel avis".

Plus globalement, les recherches sur les traitements contre la migraine sont très encourageantes ces dernières années et offrent de l'espoir pour les nombreux patients qui souffrent de cette maladie particulièrement invalidante qui peut avoir un impact très lourd sur la vie familiale et professionnelle.

Des collectifs de patients et l'unité de recherche sur les céphalées de l'Université de Liège vous ont interpellé, par courrier du 14 novembre dernier, sur le même sujet.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous dire où en est le dossier relatif au remboursement de l'Aimovig 140 mg? Des dossiers ont-ils été introduits pour d'autres médicaments similaires à base d'anticorps monoclonaux commercialisés par d'autres firmes? Si oui, où en sont ces dossiers? Des décisions de remboursement ont-elles été prises?



De manière plus globale, avez-vous défini vos intentions quant aux mesures à adopter pour améliorer la vie de ces patients (remboursement des traitements, soutien à l'activité professionnelle, etc.)?

**13.02 Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, ma collègue a brillamment et parfaitement résumé l'état de la situation plus que préoccupante pour tant d'hommes et de femmes, qui souffrent aujourd'hui d'atroces migraines. Le coût sociétal de la migraine est évalué à 985 millions d'euros par an. Par ailleurs, 90 % des personnes souffrant de migraine indiquent ne pas pouvoir travailler ou fonctionner lorsqu'elles sont confrontées à un épisode migraineux. Rien qu'en Belgique, cela représente 1 650 000 jours de travail perdus chaque année.

Aux côtés des analgésiques habituels, il y a malheureusement des traitements qui ne fonctionnent pas, mais aussi d'autres qui permettent de remédier à ces douleurs, tels que l'Aimovig. Comme le disait Mme Matz, il se pose la question de la prise en charge de ce traitement, qui a démontré son efficacité au niveau européen et qui a été reconnu déjà en 2018. Le traitement Aimovig présente peu d'effets secondaires, mais son coût varie entre 500 et 1 000 euros par mois, ce qui en fait un traitement difficilement accessible aux nombreuses personnes qui en auraient réellement besoin.

Une nouvelle demande de remboursement a-t-elle été adressée par la firme à la Commission de remboursement des médicaments (CRM) pour l'Aimovig? Quels sont les autres traitements préventifs actuellement remboursés dans le cadre de la prise en charge de la migraine? Si l'accessibilité de ces traitements préventifs n'est pas garantie pour les personnes souffrant de migraine, quelles sont les mesures spécifiques envisagées pour aider ces personnes à avoir une vie sociale, une vie professionnelle ou, tout simplement, une vie?

**13.03 Frank Vandenbroucke,** ministre: Monsieur le président, madame Matz, je commencerai par récapituler quelques faits. En septembre 2018, Novartis a soumis un dossier à la CRM pour l'admission au remboursement du médicament Aimovig 70 mg. Après évaluation de la demande par la CRM, la possibilité de conclure une convention entre l'INAMI et Novartis pour inscrire temporairement le médicament dans la liste des spécialités pharmaceutiques a été examinée.

À l'issue des négociations, le groupe de travail responsable a émis un avis négatif concernant l'admission au remboursement d'Aimovig 70 mg. Sur la base de l'analyse de la CRM, il est apparu que le coût pour l'assurance maladie par patient était très élevé et qu'il existait plusieurs grandes incertitudes liées à ce médicament, notamment en ce qui concerne l'incidence budgétaire potentielle et la plus-value du médicament auprès de la population cible proposée par la firme. Le groupe de travail a estimé que la compensation budgétaire proposée par la société était insuffisante compte tenu des éléments précités.

En mars 2019, Novartis a soumis un dossier à la CRM pour le remboursement d'Aimovig à la dose de 140 mg. Des négociations ont également été entamées avec la firme pour ce dossier, mais le groupe de travail est parvenu à la même conclusion et a formulé à nouveau un avis négatif. Fin novembre 2019, Novartis a soumis un nouveau dossier à la CRM pour Aimovig tant pour le dosage de 70 mg que pour celui de 140 mg.

Ce dossier étant toujours en cours de traitement, je ne suis pas en mesure de fournir davantage d'informations au sujet de cette procédure. Cela pourrait compromettre le bon déroulement de la procédure de remboursement. Ceci s'applique non seulement à la demande d'admission au remboursement d'Aimovig, mais également à tous les dossiers pour lesquels la procédure de remboursement est en cours.

Fin octobre 2019, Teva Pharma Belgium a déposé, auprès de la CRM, une demande pour la spécialité pharmaceutique Ajovy. Comme Aimovig, cette spécialité appartient à la classe des inhibiteurs du CGRP et peut également être utilisée pour traiter la migraine. Ce dossier étant toujours en cours, je ne suis pas en mesure de fournir davantage d'informations sur la procédure.

Début mars 2020, une troisième firme, Eli Lilly Benelux, a déposé une demande auprès de la CRM pour la spécialité pharmaceutique Emgality. Comme Aimovig et Ajovy, cette spécialité appartient à la classe des inhibiteurs du CGRP. Comme les deux autres dossiers, il est en cours et je ne peux vous fournir davantage de détails.

Toute modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables sera publiée au *Moniteur*

belge et sur le site de l'INAMI.

En dehors des traitements préventifs classiques remboursés depuis au moins dix ans comme le topiramate, l'acide valproïque et le propranolol, le botox est maintenant remboursé pour les patients souffrant de migraines chroniques et ce, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019.

Je comprends que vous et de nombreux patients sont en attente mais il importe que les procédures soient suivies correctement. Elles examinent à la fois la valeur thérapeutique et la place dans l'arsenal thérapeutique ainsi que le coût, l'efficacité et l'impact sur le budget des soins de santé.

En attendant un nouvel avis, je peux vous informer que deux programmes médicaux d'urgence sont en cours auprès de l'AFMPS pour un de ces nouveaux antimigraineux et auquel certains patients belges ont déjà accès.

**13.04 Vanessa Matz** (cdH): Monsieur le ministre, nous informez sûrement, nous contenter, beaucoup moins. Je n'invoque pas souvent cette qualité-là, mais en ma qualité de patiente souffrant, non pas de migraines, mais de *cluster headache*, je me permets d'insister pour que l'on puisse avoir une vision globale de ces pathologies extrêmement invalidantes. J'ai accepté de me faire la porte-parole des collectifs de patients sur cette question. Je leur ai dit que cette douleur devait peut-être servir à quelque chose. J'ai la chance de siéger au Parlement et de pouvoir relayer des préoccupations.

Je comprends bien que vous n'intervenez pas dans des procédures en cours. Je suis toujours étonnée: bien sûr, ces médicaments coûtent de l'argent, mais ils en rapporteraient également beaucoup. Mon collègue a chiffré ce que coûtent les migraines à la société. C'est colossal! Il s'agit, dans ce programme, d'affiner les conditions dans lesquelles on peut bénéficier de l'Aimovig. Il ne s'agit pas d'avoir mal à la tête. Il s'agit d'être migraineux, plusieurs jours par mois, quand plusieurs traitements ont échoué. Je pense que bien sûr, le coût doit être apprécié au regard d'un budget général, mais on doit aussi regarder les coûts occasionnés pour la société. Ceux-là sont colossaux, comme on l'a rappelé. La rupture de la vie familiale et professionnelle est à considérer également. J'insiste afin que vous répondiez aussi à l'interpellation que vous avez reçue le 14 novembre de la part de tous ces groupes de patients qui souffrent de céphalées au sens général du terme. Je vous remercie.

**13.05 Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre je pense que ma collègue, par son intervention, résume véritablement l'important enjeu de cette question. Vous l'évoquiez tout à l'heure: oui, le coût par patient est certainement très élevé, mais il y a un dommage important, un coût sociétal, économique et indirect conséquent qu'on ne peut pas négliger aujourd'hui.

Par ailleurs, il ne s'agit pas ici d'un choix d'accessibilité à un produit de luxe de la part de patients. Non, il s'agit pour beaucoup de l'unique espoir actuellement de se voir quelque peu soulagé d'une douleur chronique invalidante. C'est l'espoir d'avoir une vie normale, agréable et de ne plus être toujours dans la peur de la prochaine migraine et de la lutte contre celle-ci. Puisque ce n'est ni un choix ni un luxe et puisque c'est notre devoir de veiller à l'accès de chacun aux soins de santé, au regard du coût, nous devons convenir que cet accès n'est pas possible pour certains. Je vous enjoins d'avancer dans le sens d'une réponse positive et de mettre tout en oeuvre pour permettre à ceux qui sont aujourd'hui dans l'attente d'avoir demain une réponse à un besoin vraiment pressant.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

#### **14 Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsen-specialisten in opleiding en hun arbeidsomstandigheden" (55010197C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De situatie van de artsen-specialisten in opleiding" (55010657C)

#### **14 Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conditions de travail des médecins spécialistes en formation" (55010197C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation des médecins spécialistes en formation" (55010657C)

**14.01 Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, op het moment genieten de artsen-specialisten in opleiding die als gediplomeerd basisarts in ziekenhuizen aan de slag zijn en daar een vervolgopleiding volgen die vier tot zes jaar duurt, geen wettelijk bepaalde arbeidsvoorwaarden en werken zij niet onder een collectieve overeenkomst. Ziekenhuizen of artsenmaatschappijen kiezen eigenlijk vrij de voorwaarden, hoeveel ze uitbetalen en hoeveel verlof ze toekennen.

Uw voorganger, mevrouw De Block, vroeg aan de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen om een advies te formuleren om te komen tot een centrale opleidingsovereenkomst waarin een aantal voorwaarden vastgelegd wordt. Er zijn signalen dat die commissie geen consensus kan bereiken, hoewel het probleem reeds geruime tijd bekend is.

Zult u de adviesvraag van uw voorgangster herbevestigen en een concrete deadline opleggen aan de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen?

Zult u, indien er geen advies geformuleerd kan worden, zelf het initiatief nemen om minimale arbeidsvoorwaarden te formuleren?

**14.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Voor artsen-specialisten in opleiding is er een budget om hen te vergoeden voor de extra prestaties die zij hebben geleverd tijdens de covidepidemie. Dat budget kadert enerzijds in het kader van de voorschotten die de ziekenhuizen reeds hebben ontvangen om liquiditeitsproblemen te voorkomen, en anderzijds in het kader van de definitieve afgerkende voorschotten in het licht van de extra tegemoetkoming die ziekenhuizen krijgen voor de crisisperiode.

Het koninklijk besluit tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de epidemie werd op 12 november 2020 in *het Belgisch Staatsblad* gepubliceerd. Naast een vergoeding voor de extra prestaties ontvangen de ASO's 250 euro per maand.

Daarnaast heb ik op 3 november een dringende adviesvraag aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen gesteld voor de aanwending van een extra maximaal budget van 105 miljoen euro ter ondersteuning van zorgverleners die hun normale activiteiten moeten staken vanwege de nieuwe taakverdeling in de strijd tegen COVID-19. Ik heb daarbij ook gezegd dat er expliciete aandacht moest zijn voor de ASO's.

In verband met de huisartsen in opleiding verwijs ik naar de vergadering van 12 oktober 2020 van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Daar is iedereen het erover eens dat voor de HAIO's eenzelfde inspanning moet geleverd worden als voor de ASO's. De HAIO's hebben namelijk meer dan hun steentje bijgedragen, door extra shifts, wachten en overuren te doen of zieke collega's te vervangen.

Het RIZIV bekijkt momenteel oplossingen om de HAIO's tegemoet te komen.

U vraagt wat ik nog zal ondernemen. Het is niet de eerste keer dat u dat vraagt. U weet dat een werkgroep binnen de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen daarmee bezig is. Zij heeft de bevoegdheid om collectieve overeenkomsten te sluiten, een beetje vergelijkbaar met de nationale collectieve arbeidsovereenkomsten. De commissie heeft zichzelf tot het einde van het jaar gegeven om de onderhandelingen succesvol af te ronden. Ik zal het dossier van heel nabij opvolgen en het sluiten van een collectieve overeenkomst proberen te faciliteren.

Wat indien artsen-specialisten in hun opleiding niet kunnen voldoen aan de federale erkenningscriteria? Opgedane ervaring tijdens de activiteiten voor Covid-19-patiënten is nuttige ervaring en kan vaak als vormingsactiviteit worden aanzien. De continuïteit van de vorming is dus niet per definitie onderbroken en de reglementering laat een zekere mate van flexibiliteit toe tijdens het stagetraject, bijvoorbeeld onder de vorm van specifieke stages of door de ervaring te beschouwen als deel uitmakend van de te behalen competenties.

Het is duidelijk dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg in de vorming voor de patiënten en de kandidaat steeds gewaarborgd moeten zijn. De bevoegdheid voor de opvolging van het vormingstraject en de stageplannen ligt bij de gefedereerde entiteiten, meer bepaald bij de erkenningscommissies. De eindcompetenties zullen uiteindelijk moeten worden behaald om een volwaardige beroepskwalificatie te kunnen toekennen aan de kandidaten.

Nieuwe technologieën bieden wel mogelijkheden voor een vlottere theoretische vorming en praktische ervaring kan na de crisis worden ingehaald met uitgestelde niet-covidpathologieën. Een strikte organisatie van de stages kan heel wat compenseren na de crisis. De erkenningscommissies zullen dus hoogstwaarschijnlijk een zekere flexibiliteit kunnen toepassen.

Een en ander zal uiteraard ook verschillen per medische discipline. Bij individuele problemen kan een overleg tussen de kandidaat-stagemeester, de coördinerend-stagemeester en de erkenningscommissie heel wat oplossen. Mochten de erkenningscommissies bij de kandidaten echt structurele problemen vaststellen, dan zullen die door de administratie worden onderzocht.

Ik merk ten slotte op dat koninklijk besluit nr. 29 van 5 juni 2020 onder bepaalde voorwaarden, onder meer het bereiken van de eindcompetenties, de klinische activiteit verricht tussen 1 maart en 31 december 2020 assimileert met een deel van de stage.

**14.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het was een heel volledig antwoord, zo volledig zelfs dat u op twee vragen tegelijk hebt geantwoord. Ik denk dat mijn vraag nr. 55010657C bij deze ook behandeld is, mijnheer de voorzitter.

Ik begrijp dat u goed op de hoogte bent van de problematiek, mijnheer de minister, en dat u zich ook zult engageren, onder andere om de collectieve overeenkomst tot stand te brengen, dus ik zal dat zeker opvolgen in de commissie.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55010216C van de heer Bertels vervalt, aangezien hij ons heeft verlaten.

**15** **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De digitalisering van het registratiedocument euthanasie" (55010309C)**

**15** **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La numérisation du document d'enregistrement d'une euthanasie" (55010309C)**

**15.01** **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag diende ik in naar aanleiding van het evaluatieverslag 2018-2019, voorgesteld door de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Die commissie stelt in haar verslag een vraag die al meermaals werd gesteld, namelijk een vraag naar de digitalisering van het registratiedocument. Het wordt nu heel dringend om over een digitaal registratiedocument te kunnen beschikken, aangezien de evaluatiecommissie zal verhuizen naar het Galileigebouw, waar de commissie *paperless* zal werken. Werken met een digitaal registratiedocument wordt daardoor een noodzaak.

Mijnheer de minister, bent u bereid om samen met de minister van Justitie een digitaal registratiedocument te ontwikkelen en te realiseren?

Zal de digitalisering een impact hebben op de vertrouwelijkheid van deel 1, een vertrouwelijk gedeelte, van het registratiedocument euthanasie? Op welke manier kan dat bij een digitalisering opgelost worden?

Ik verwijs voorts naar de tekst van mijn ingediende vraag.

*Artikel 5 van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie verplicht de arts die euthanasie heeft toegepast, binnen de vier werkdagen een volledig ingevuld registratiedocument met betrekking tot de uitgevoerde euthanasie over te maken aan Federale Controle- en Evaluatiecommissie. Dat registratiedocument bevat twee delen. Deel 1 is vertrouwelijk en wordt door de Federale Controle en Evaluatiecommissie (FCEE) enkel geopend na beslissing van de commissie. Deel 2 bevat gegevens die nodig zijn om te beoordelen of de euthanasie gebeurd is volgens de voorwaarden die de wet omschrijft (aard van de ernstige en ongeneeslijke aandoening, de reden waarom het lijden niet kon worden gelenigd, enzovoort) en zijn uiteraard wel inzienbaar.*

*Het evaluatieverslag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie 2018-2019 herhaald de al meerdere keren gestelde vraag naar de digitalisering van het registratiedocument. Het kunnen beschikken over een*

*digitaal registratiedocument is nu dringend geworden gelet op de verhuis van de Evaluatiecommissie naar het Galileigebouw waar het de bedoeling is om paperless te gaan werken. Een digitaal registratiedocument zal trouwens zorgen voor volledigere registratiedocumenten en maakt het mogelijk de gegevens van de registratiedocumenten te verwerken in statistische gegevens voor de tweejaarlijkse verslagen van de FCEE.*

*Dit paperless werken maakt een digitaal registratiedocument noodzakelijk en stelt ook vragen over hoe we bij een digitaal registratiedocument de vertrouwelijkheid van deel 1 kunnen behouden.*

*Graag vernam ik van de ministereen antwoord op volgende vragen.*

*Is hij bereid om samen met de minister van Justitie een digitaal registratiedocument te realiseren?*

*Zal de digitalisering een impact hebben op de vertrouwelijkheid van deel 1 van het registratiedocument euthanasie?*

**15.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: De belangrijkste vraag van de commissie is de vraag naar een elektronisch en een beveiligd registratiedocument. In het rapport van de commissie lezen we dat de huidige regeling omtrent het evalueren van dossiers zeer omslachtig is. Denk maar aan de handgeschreven antwoorden, die soms moeilijk te ontrafelen zijn, de fouten die met de huidige administratieve aanpak gepaard gaan enzovoort. Dat zorgt voor extra werklast bij het secretariaat en de commissie. Het is zelfs zo dat regelmatig het deel 1, dat normaal gezien pas wordt geopend na de evaluatie, reeds op voorhand moet worden geopend omdat men het noodzakelijk acht om meer informatie te bekomen.

De huidige versnelling en digitalisering van allerlei andere tools in de maatschappij draagt ook bij aan de nood om over te stappen op een elektronische werking, natuurlijk inclusief een veilige omgeving, gezien het hier gaat om zeer gevoelige informatie en we ook deel 1 van het document dienen te beschermen, zodat het pas na de evaluatie toegankelijk is. We zullen de kostprijs van deze digitalisering verder laten berekenen. Een eerste schatting zegt dat het een project is van 126.000 euro. We zullen bekijken of we dit kunnen opnemen bij de ICT-kredieten van de FOD Volksgezondheid wat ons deel betreft, samen met de minister van Justitie.

**15.03** **Robby De Caluwé** (Open Vld): Dank u, mijnheer de minister. Het is inderdaad blijkbaar een grote investering. Ik ben toch blij dat u de vraag naar digitalisering steunt en dat u benadrukt dat dit op een veilige manier moet gebeuren. We moeten de vertrouwelijkheid te allen tijde kunnen garanderen. Wat ik ook wel een belangrijk element vind, is dat digitale registratiedocumenten zullen toelaten om extra statistische gegevens uit de documenten te verwerken. Dat kan ongetwijfeld een meerwaarde betekenen voor de tweejaarlijkse verslagen van het evaluatiecomité.

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

**16** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De regionalisering van de gezondheidszorg" (55010644C)**

**16** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La régionalisation des soins de santé" (55010644C)**

**16.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb deze vraag al verschillende keren gesteld in het kader van de bespreking van de beleidsnota. U hebt mij toen verwezen naar uw collega's, maar ik zal het nog eens proberen. In de bespreking met uw collega's werd immers herhaaldelijk gezegd dat er voor de ene bevoegdheid meer concrete stappen naar regionalisering mogelijk zijn dan voor de andere bevoegdheid.

Ziet u vanuit uw bevoegdheid in deze legislatuur nog concrete stappen mogelijk naar de regionalisering van de gezondheidszorg?

**16.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Het regeerakkoord bevat de ambitie om de komende jaren in samenwerking met de Gemeenschappen en Gewesten naar homogene bevoegdheden en meer efficiëntie, ook in de gezondheidszorg, te streven.

Onder leiding van mijn collega's Annelies Verlinden en David Clarinval worden een breed democratisch

debat waarbij onder meer de burger, het middenveld en de academische wereld worden betrokken, en een dialoog onder politieke vertegenwoordigers opgestart.

Het regeerakkoord stipuleert ook dat zij voorstellen omtrent de gezondheidszorg zullen uitwerken. Daaraan zal ik uiteraard meewerken, maar het is niet aan mij om daarop voor te lopen.

**16.03 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dat is hetzelfde antwoord als de vorige keer. U zet er dus geen tijd op in deze legislatuur? Dan zal ik dezelfde conclusie trekken als de vorige keer.

Ik zal de kwestie uiteraard blijven opvolgen. Ik heb genoteerd dat het brede democratische debat ook met politici zal worden gevoerd. Ik kijk ernaar uit om deel te nemen aan de debatten.

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

**17 Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Voetverzorging" (55010661C)

- **Nawal Farih** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medische pedicure" (55011198C)

**17 Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pédicurie" (55010661C)

- **de Nawal Farih** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pédicurie médicale" (55011198C)

**17.01 Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het gaat om een topic dat al een paar keer is teruggekomen en waarover wij ook al vragen hebben gesteld in het kader van de lockdown en de beperkingen voor niet-medische contactberoepen.

De voetverzorgers blijven zich zorgen maken. In het ministerieel besluit van 1 november 2020 of in de FAQ van 2 november 2020 werd immers geen melding gemaakt van de paritaire comités waartoe zij kunnen behoren.

Mijn vraag is heel concreet.

Kunt u preciseren of ook de voetverzorgers die onder het paritair comité 314 vallen, waarin de NACE-codes 96.022 of 86.905 zijn opgenomen, de handelingen mogen uitvoeren die vallen onder medische pedicure of gespecialiseerde voetverzorging?

Kunt u ook verduidelijken wat onder de term 'medische pedicure' of 'gespecialiseerde voetverzorging' precies wordt begrepen?

**17.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, er zijn in de voetverzorg drie beroepen omschreven op dit moment.

Ten eerste, er is het beroep van podoloog, een erkend paramedisch gezondheidszorgberoep. De podoloog onderzoekt en behandelt patiënten met aandoeningen ter hoogte van de voet.

Het uitoefenen van bepaalde handelingen of prestaties wordt wettelijk erkend bij koninklijk besluit van 7 maart 2016.

De podoloog is binnen de gezondheidszorg bevoegd voor het geven van advies en educatie en voor verschillende podologische onderzoeks- en behandelingsmethodes. Die zorgen blijven zoals andere paramedische gezondheidszorgen gewaarborgd en zijn op dit ogenblik tijdens de pandemie toegelaten.

Ten tweede, de gespecialiseerde voetverzorgster of medische pedicure is in België niet of nog niet erkend en evenmin gereguleerd als beschermd paramedisch beroep.

De gespecialiseerde voetverzorgster verstrekt een professionele basisvoetverzorging, aangevuld met

verzorging van huid- en nagelaandoeningen. Daarvoor is in 2009 een beroepscompetentieprofiel vastgelegd. Het doel van de behandelingen is het wegwerken van pijn en ongemakken die gepaard gaan met huid- en nagelaandoeningen.

De gespecialiseerde voetverzorgers is momenteel gecategoriseerd onder het paritair comité 314. Dat is dus nu geen gezondheidszorgberoep en is onderhevig aan de wetgeving van de FOD Economie.

De gespecialiseerde voetverzorging gaat wel verder dan louter het esthetische luik en kan betrekking hebben op essentiële voetzorg. Men denke met name aan diabetespatiënten.

Omwille van bovenstaande redenen zijn die diensten nu wel toegelaten door de FOD Economie ondanks de circulatie van het virus.

Ten derde is er de esthetische, niet-medische pedicure, die uitgevoerd wordt door een schoonheidsspecialist die zich toespitst op esthetiek en wellness. Een dergelijke pedicure, die enkel het esthetisch aspect van voetverzorging stelt, is onderhevig aan de wetgeving en de richtlijnen van de FOD Economie en is dus op dit moment uitgesloten. Ik verwijs daarvoor naar het ministerieel besluit dat wij getroffen hebben.

Net zoals eerder geadviseerd door onze adviesorganen, de Federale Raad voor de Paramedische Beroepen en de Technische Commissie voor Paramedische Beroepen, in hun advies TCPB van februari 2018 en advies FRPB van februari 2018 moet er actie worden genomen inzake de paramedische erkenning van de gespecialiseerde voetverzorging.

Op deze manier kunnen gediplomeerde en gekwalificeerde voetverzorgers zij aan zij werken met podologen en zo kunnen zij elkaar ook versterken.

Deze problematiek is op dit moment het voorwerp van discussies in de werkgroep Voetzorg bij de Federale Raad voor de Paramedische Beroepen.

**17.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, de voetverzorgers zullen wel blij zijn dat hun specifieke paritaire comité genoemd is. Nu kunnen zij geruster zijn.

Ik kijk inderdaad uit naar de toekomst wanneer er gewerkt zal worden aan de erkenning van de gespecialiseerde voetverzorgers. Wij zullen een duidelijke definitie moeten geven aan wat medische pedicure en gespecialiseerde voetverzorging precies zijn.

**17.04 Nawal Farih (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, ik had een gelijkaardige vraag onder agendapunt 37 ingediend. Ik weet niet waarom die niet gekoppeld is aan deze vraag, maar nu kunt u die van de lijst schrappen. Ik heb het antwoord immers gekregen. Het gaat om vraag nr. 55011198C.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**18 Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een plan tegen ouderenmishandeling" (55010865C)**

**18 Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un plan de lutte contre la maltraitance des aînés" (55010865C)**

**18.01 Karin Jiroflée (sp.a):** Mijnheer de minister, ik weet dat mijn vraag betrekking heeft op vele bevoegdheden, niet alleen op federaal niveau maar ook op het niveau van de deelstaten. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie wordt wereldwijd één persoon op zes ouder dan zestig jaar mishandeld, emotioneel, fysiek, seksueel, financieel of zelfs onbedoeld doordat men hen de verkeerde zorg toedient. De aanpak is zoals gezegd bevoegdheidsoverschrijdend en in België bestaan er ook niet echt cijfers over deze problematiek.

De covidcrisis en de ermee gepaard gaande lockdowns hebben dit probleem weer in het centrum van de belangstelling geplaatst. Unia heeft daar in het verleden trouwens al aanbevelingen over gedaan. Recent heeft het KCE een brede bevraging gedaan rond het thema van ouderenmishandeling. Het Kenniscentrum zet het thema heel duidelijk aan de agenda en raadt de overheid aan een nationaal en/of regionaal plan op te stellen. Het is de bedoeling om de mishandeling beter te detecteren en aan te pakken. Het centrum pleit

voor een opleiding van het zorgpersoneel, de politie en de hulpverlening en vraagt of het stappenplan met zeer concrete aanbevelingen dat het heeft uitgewerkt, kan worden verspreid onder professionals.

Onze collega's in het Vlaams parlement bepleiten een ouderenrechtencommissariaat maar ik wilde het probleem ook op dit niveau onder de aandacht brengen. Misschien moet ik er ook mevrouw Schlitz eens een vraag over stellen.

Mijnheer de minister, zal dit rapport besproken worden binnen de regering? Zal het eventueel bij interministeriële conferenties aan bod komen? Zal men initiatieven nemen om tot een betere detectie en aanpak te komen van het probleem? Welke initiatieven mogen we verwachten?

Uiteraard is de covidcrisis de voornaamste aanleiding voor deze vraag, maar de KCE-studie gaat veel verder. Het probleem kan zich immers op veel verschillende terreinen voordoen, in zorginstellingen, in ziekenhuizen en binnen de familiekring.

Over dit probleem hebben we al verschillende keren gesproken. Nu ligt er een degelijke studie met degelijke aanbevelingen voor. Daar kunnen we misschien wel wat mee aan.

**18.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Jiroflée, dit is inderdaad een belangrijke kwestie en het voorliggend rapport lijkt mij inderdaad wel interessant en belangrijk. Toch zal ik redelijk voorzichtig antwoorden, gelet op de bevoegdheidsverdeling.

De studie van het KCE over ouderenbehandeling en -mishandeling in België geeft aan dat die bevoegdheid vooral bij de Gemeenschappen en de Gewesten ligt. Als het gaat over ouderenzorg, dan ligt de bevoegdheid zelfs geheel bij de Gemeenschappen en Gewesten.

Het nationaal actieplan ter bestrijding van elke vorm van gendergerelateerd geweld, natuurlijk ook een aanknopingspunt, is ook het resultaat van een nauwe samenwerking tussen de federale overheid, de Gewesten en de Gemeenschappen voor een gecoördineerde aanpak tegen elke vorm van gendergerelateerd geweld, maar in dat nationaal actieplan zijn er ook maatregelen opgenomen voor kwetsbare groepen, waaronder ouderen. Ik denk dat het inderdaad misschien aangewezen is dat u daarover mijn collega aanspreekt, de staatssecretaris voor Gendergelijkheid, Gelijke Kansen en Diversiteit, aangezien ik denk dat u van haar betreffende de federale actie een zeer precies aanknopingspunt hebt.

Betreffende de opleiding kan ik zeggen dat er sinds 2009 in opdracht van de minister van Volksgezondheid regelmatig opleidingscycli georganiseerd zijn voor zorgverleners van ziekenhuizen voor de detectie, de behandeling en de opvolging van slachtoffers van intrafamiliaal en seksueel geweld. De opzet van die opleidingen is breder dan de doelgroep ouderen, maar oudermishandeling komt daar, zij het misschien zijdelings, toch ook wel aan bod.

**18.03** **Karin Jiroflée** (sp.a): Mijnheer de minister, u bevestigt dat wij het karretje misschien best aan het actieplan omtrent gendergerelateerd geweld hangen. Ik zal de staatssecretaris daarover dan ook bevragen.

In de voorbije jaren heb ik deze kwestie vaker naar voren gebracht. Het is zo verspreid over verschillende bevoegdheden en niveaus dat het soms heel moeilijk vast te pakken is. Vandaar wilde ik, naar aanleiding van de uitgebrachte studie, toch nog eens een poging ondernemen. In ieder geval bedankt voor uw antwoord.

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

**19** **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De registratie van data" (55010947C)**

**19** **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'enregistrement des données" (55010947C)**

**19.01** **Nawal Farih** (CD&V): *Meten is weten en dat geldt ook voor onze gezondheidszorg. Ik heb al meermaals gepleit voor een goede registratie van data inzake volksgezondheid. Beleidsbeslissingen moeten worden gebaseerd en geëvalueerd op basis van goede en geconsolideerde data. Daarom is het ook belangrijk dat er werk wordt gemaakt van een georganiseerde registratie van data.*



*Een voorbeeld uit de praktijk dat de nood aan registratie van data aantoont, is een recente enquête over prik- en snijongevallen. Meer dan de helft van de Belgische verpleegkundigen en medisch laboranten heeft al een prik- of snijongeval gehad. Uit de enquête blijkt dat echter dat meer dan één op vijf werknemers het laatste incident niet heeft gemeld. Meestal omdat er een vermoeden was dat er geen besmettingsgevaar was bij het prik- of snijongeval. Dit betekent dus dat er nog heel wat incidenten niet zijn gerapporteerd wat een invloed heeft op de cijfers.*

*Tot en met 2010 registreerde het WIV-ISP, wat nu Sciensano is, via EPINet gegevens over prik-, snij-, bijt- en spatwonden in ziekenhuizen. In 2010 is deze registratie echter gestopt waardoor er geen gegevens meer beschikbaar zijn. Om hier een goed beleid te kunnen voeren, is er nood aan data die ons kunnen ondersteunen bij het maken van beleidsbeslissingen. Er zijn in ons land reeds initiatieven om de data van patiënten te bundelen (healthdata.be) en er is ook een verplichte registratie van de Minimale Ziekenhuis Gegevens.*

*Daarom heb volgende vragen voor u, mijnheer de minister.*

*Zal u zorgen voor dataverzameling op vlak van prik-, snij-, bijt- en spatwonden? Hoe kunnen deze gegevens efficiënt worden geregistreerd?*

*Vroeger werkte men met EPINet voor de verwerking van de gegevens. Zal u een soortgelijk platform opstarten om de gegevens te verwerken? Sciensano heeft reeds te kennen gegeven dat het de FOD WASO wil ondersteunen bij de implementatie van een dergelijk systeem. De vorige minister, Dr. Maggie De Block, heeft tijdens de beMedTech webinar rond Preventie van prikongevallen meegedeeld dat ze haar administratie hiertoe opdracht had gegeven.*

*Hoe ver staat dit en zijn hier concrete tijdslijnen voor uitgezet? Zo ja, dewelke? Wie neemt hierin het initiatief?*

*Zal u het concept 'meten is weten' ook doortrekken naar andere takken van de volksgezondheid? Data zijn een belangrijk hulpmiddel om beleid op te baseren. Zal u zorgen voor een algemeen centraal platform waar men alle medische data op centraliseert?*

**19.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, uw vraag gaat over dataverzameling op het vlak van prik-, snij-, bijt- en spatwonden. Er moet inderdaad een belangrijke onderrapportering worden vastgesteld bij elke dataverzameling rond dit onderwerp. Een verplichte anonieme rapportering via de medisch directeur of de bedrijfsarts is nodig om dit efficiënt te registreren. Een bijpassend wetgevend kader is er nog niet, maar in afwachting daarvan kan Sciensano met de FOD WASO de optie onderzoeken om een dergelijk registratiesysteem te ontwerpen.

Er zijn tot op heden nog geen concrete tijdslijnen uitgezet. Er was tot nu informeel overleg tussen de FOD WASO en Sciensano. Ik zal met de dienst Zorginfecties en antibioticaresistentie van Sciensano bekijken hoe dit verder uitgewerkt kan worden. In afwachting bekijken we met Sciensano de optie om het EpiNetplatform te heropenen om de gegevens te verwerken.

De bestaande platformen bij Sciensano, Epistat en healthdata.be, worden dagelijks uitgebreid en aangepast om aan de noden inzake medische data te beantwoorden. Elke nieuwe of hernieuwde registratie wordt hiermee geharmoniseerd. Daarbij wordt gestreefd naar een realtime opendataregistratie en –rapportering van alle gegevens die de handhaving en verbetering van het zorgsysteem respectievelijk kunnen verzekeren en bespoedigen.

**19.03** **Nawal Farih** (CD&V): Mijnheer de minister, ik stelde deze vraag omdat de Belgische verpleegkundigen en medisch laboranten heel vaak die snijongevallen meemaken. Er is echt wel een onderregistratie hiervan. Het wordt zelfs niet meer gemeld omdat ze weten dat het niet geregistreerd wordt. Om de veiligheid van de zorgsector toch te garanderen, is het wel belangrijk om de registratie die er was voor 2010 weer op te starten. Hopelijk wordt dit opgevolgd.

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

**20 Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De CBD-olie tegen het coronavirus" (55010995C)
- Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onderzoek van Test Aankoop naar het gebruik van CBD-olie" (55011048C)

**20 Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'huile de CBD comme remède contre le coronavirus" (55010995C)
- Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'enquête de Test Achats concernant la consommation d'huile de CBD" (55011048C)

**20.01 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, Test Aankoop heeft onlangs een onderzoek gedaan waaruit blijkt dat nogal eens een loopje wordt genomen met de waarheid bij de aanprijzing van cannabidiol (CBD) in verschillende handelszaken. Ook op Facebook en andere webpagina's verschenen de voorbije maanden meerdere berichten waarin CBD werd gepromoot tegen COVID-19. Men beweert dat het een resistentieversterkend middel is, dat bovendien zou werken tegen pijn, stress en ontstekingen en zelfs de longcapaciteit zou verbeteren.

Test Aankoop concludeerde dat circa 90 % van de onderzochte verkooppunten heel wat helende eigenschappen aan CBD, toedicht waarvoor onvoldoende of zelfs geen enkel wetenschappelijk bewijs bestaat. Bovendien zwijgt men vaak over de bijwerkingen of de risico's van het langdurig gebruik ervan en waarschuwt men zelden voor interacties met geneesmiddelen.

Test Aankoop vraagt de overheid om gepast op te treden tegen die praktijken, omdat zij natuurlijk een bepaald gevaar voor onze volksgezondheid kunnen betekenen.

Wat zult u doen om dergelijke misleidende praktijken een halt toe te roepen en de markt te reguleren? Is er hierover Europees overleg met het oog op een Europees referentiekader?

Wie mag CBD-producten verkopen? Welke voorwaarden gelden hier?

Hebben we een zicht op de verkooppunten van CBD-producten?

Is er een controle op de verkoop van CBD-producten? Zo neen, waarom niet en hoe plant men dat eventueel nog te doen?

Is er een controle op de raadgevingen die verkooppunten bij CBD-producten verstrekken? Zo neen, waarom niet en hoe plant men dat eventueel nog te doen?

**20.02 Karin Jiroflée (sp.a):** Mijnheer de minister, ik zal niet alles herhalen wat mevrouw Gijbels heeft gezegd, maar ik wil gewoon nog iets toevoegen.

Test Aankoop deed specifiek onderzoek bij 20 webshops en 20 fysieke winkels. Van de 40 verkooppunten maakten er zich 35 schuldig aan het leggen van gezondheidsclaims inzake CBD.

Ik wil ook verwijzen naar het arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie van 19 november dat bevestigt dat de Europese regelgeving in haar huidige vorm niet geschikt is om het specifieke geval van CBD te regelen. De consumentenorganisatie Test Aankoop vraagt daarom een nieuw Europees referentiekader.

Naast de vragen die mevrouw Gijbels al heeft gesteld, wil ik nog eens in het algemeen vragen wat uw intenties zijn op dat vlak. Wordt er ook gekeken naar het Europese niveau? Zal België de problematiek aankaarten op het Europese niveau?

**20.03 Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Jiroflée, u vroeg mij of ik kennis heb genomen van de studie en aanbevelingen van Test Aankoop. Het antwoord is ja. U vroeg ook naar mijn intenties. CBD kan op dit moment niet op de markt gebracht worden als een voedingssupplement, omdat het beschouwd wordt als een *novel food*, waarvoor nog geen veiligheidsbeoordeling is uitgevoerd. Het kan wel op de markt gebracht worden als voor roken bestemd kruidenproduct, onder de voorwaarden van het KB van 5 februari 2016 betreffende het fabriceren en het in de handel brengen van tabaksproducten.

Daarnaast kan CBD voor geneeskundige toepassingen afgeleverd worden in de apotheek, op basis van een voorschrift voor een magistrale bereiding. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten heeft daarvoor een omzendbrief opgesteld ter verduidelijking van de context. U vindt die terug op de website van het FAGG. Het is de omzendbrief nr. 648.

Buiten die gevallen kan CBD niet voor humane consumptie aangeboden worden. Ook het vermelden van therapeutische indicaties kan niet en maakt van het product een niet-vergund geneesmiddel. Er gebeuren in die context controles van websites, folders, enzovoort. Mondelinge beweringen en adviezen en privéberichten op sociale media in gesloten groepen zijn heel moeilijk te achterhalen, te controleren of te bewijzen. Mystery shopping, zoals Test Aankoop doet, is in het kader van de inspectiediensten niet realiseerbaar.

Er werden door het FAGG al meerdere onderzoeken uitgevoerd en opgevolgd. In 2018 ging het over zeven dossiers, in 2019 over 43 dossiers en in 2020, tot en met de maand augustus, over vijf dossiers.

Er is op het Europese of internationale vlak momenteel een discussie gaande over het statuut van CBD op het niveau van de Verenigde Naties, met name in de International Narcotics Control Board. Die discussie heeft tot nu toe niet tot een conclusie geleid, maar wij volgen die natuurlijk op via het FAGG.

Ik denk dat ik daarmee alle vragen heb beantwoord, ook deze van mevrouw Gijbels die vroeg of er een registratie van verkooppunten was. Nee, er is geen registratie, maar het FAGG moet wel de nodige maatregelen nemen voor het geval er zich onregelmatigheden voordoen.

**20.04 Frieda Gijbels (N-VA):** Dank u wel, mijnheer de minister. Aan uw antwoord te horen, is er toch nog wel wat werk aan de winkel. De praktijk lijkt wijdverspreid: je kan het heel makkelijk krijgen en het is heel moeilijk om te controleren welke adviezen daarbij worden gegeven. Zaak is om hier toch een zekere registratie of bepaalde voorwaarden aan te koppelen, om zicht te krijgen op de situatie en ze binnen de perken te kunnen houden. Het is een beetje een *slippery slope*. Van dergelijke producten moet men heel goed afbakenen wanneer dit kan of niet en ook daartegen optreden als er misbruiken of wanpraktijken zijn.

**20.05 Karin Jiroflée (sp.a):** In grote lijnen wil ik mij daarbij aansluiten. Ik heb de indruk dat er nog een en ander moet gebeuren op dit vlak. Ik verwijs ook nog eens naar het nieuwe, Europese referentiekader dat door onze regering misschien moet worden aangekaart binnen Europa. Ik denk dat dit ook een weg is. Er is wel heel veel onduidelijkheid als het hierover gaat en dat is uiteraard niet gezond.

Dank u in ieder geval, mijnheer de minister, voor uw antwoord.

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

**21 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiële positie van de ziekenhuizen" (55010997C)**

**21 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation financière des hôpitaux" (55010997C)**

**21.01 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag is gebaseerd op een onderzoek van *De Tijd* in het kader van de jaarlijkse doorlichting van de Belgische ziekenhuizen door Belfius. *De Tijd* stelt vast dat de financiële positie van de Vlaamse en Waalse ziekenhuizen grote verschillen vertoont. En deze verschillen waren er ook reeds voor de pandemie.

Volgens Belfius maakten de Belgische algemene ziekenhuizen samen 77 miljoen euro winst. Uit het onderzoek van *De Tijd* blijkt nu dat de Vlaamse ziekenhuizen in 2019 samen een winst van 96 miljoen euro boekten. Dit wil zeggen de Brusselse en Waalse ziekenhuizen als geheel vorig jaar voor 19 miljoen euro in het rood gingen.

Belfius meldt ook dat dertig ziekenhuizen 2019 afsloten met verlies. Daarvan liggen er slechts tien in Vlaanderen. Dat maakt dat in Vlaanderen één op vijf instellingen in 2019 in het rood eindigde, terwijl dat in Wallonië en Brussel maar liefst de helft van de ziekenhuizen is. Bovendien blijkt de solvabiliteit van de Vlaamse ziekenhuizen in de regel beter dan die van de Waalse en de Brusselse.

Hebt u zicht op de oorzaken voor deze verschillen?

Hoelang zijn deze tendensen reeds bekend en wat werd hieromtrent tot nu toe reeds ondernomen?

Hoe plant u deze kwestie concreet aan te pakken? Hebt u reeds een tijdslijn in gedachten om dit probleem te tackelen?

**21.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, de marge van 76 miljoen euro moet natuurlijk gezien worden tegen een gigantisch omzetbedrag van meer dan 16 miljard euro. Dus eigenlijk is die sector globaal in break-even. Dat wil niet zeggen dat het een gezonde situatie is, maar cijfermatig is dat break-even. Een communautair verschil van +96 tegen -20 is eigenlijk geen zeer significante afwijking. Zowel ten noorden als ten zuiden van de taalgrens hebben ziekenhuizen het financieel moeilijk. Dat was ook zo voor de huidige coronacrisis. Het is ook niet nieuw. Wij zien dat in de opeenvolgende MAHA-studies.

Zouden er redenen kunnen zijn waarom er in Franstalig België grotere tekorten zijn? Misschien ligt het in het feit dat de openbare sector daar sterker vertegenwoordigd is, waarbij er een zwaardere pensioenproblematiek is die slechts ten dele door de federale financiering, door het budget van financiële middelen wordt opgevangen. Misschien zijn er verschillen in de patiëntenpopulatie die onvoldoende in de financiering worden opgevangen.

Dat ziekenhuizen schreeuwen om financiële middelen is geen nieuw probleem. In het verleden zijn er ook al belangrijke bijkomende investeringen gebeurd, maar tegenover die bijkomende investeringen stonden natuurlijk ook nieuwe verplichtingen. Herinner u de cao over de 45-plussers, over de beroepstitels.

Ik meen dat er een consensus is dat er enerzijds een financieel probleem is, dat wel geobjectiveerd moet worden, en anderzijds een absolute nood aan een zeer grondige hervorming van het financieringssysteem dat zowel veel te complex is, en daardoor ondoorzichtig, als foute incentives geeft.

Ik zal u niet zeggen wat mijn precieze tijdsplan is, omdat ik daaraan nog aan het werken ben.

**21.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik hoor u zeggen dat het misschien een pensioenprobleem is of een probleem door de verschillende patiëntenpopulatie. U geeft zelf aan dat waarschijnlijk het grote punt is, dat er een gebrek aan transparantie is, een gebrek aan duidelijk zicht op de problematiek.

Ik meen dat het heel belangrijk zal zijn in de komende tijd duidelijk te maken waar de geldstromen naartoe gaan, waar het eventueel fout gaat zodat hier concrete acties tegenover gesteld kunnen worden. Zoals u aangeeft, de hele ziekenhuissector heeft het moeilijk. Er zijn echter ook wel degelijk verschillen aan beide zijden van de taalgrens.

Ik kijk er samen met u naar uit die gegevens te objectiveren en dan concrete stappen te doen.

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

## **22** **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Marevan en de wet inzake de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen" (55011065C)
- **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het terugroepen van levensnoodzakelijke bloedverdunner Marevan" (55011145C)

## **22** **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Marevan et la loi sur l'indisponibilité des médicaments" (55011065C)
- **Sofie Merckx** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rappel du Marevan, un anticoagulant vital" (55011145C)

**22.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, wij hebben al uitgebreid over Marevan gediscussieerd. Mijn concrete vraag is hoever u staat met de aanpassing van het KB betreffende de onbeschikbare geneesmiddelen?

Le **président**: En l'absence de Mme Merckx, la question 55011145C devient sans objet.

**22.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik antwoord op de vragen van mevrouw Depoorter over Marevan.

Het is een moeilijk dossier. U weet dat het FAGG niet kon garanderen dat het geneesmiddel voldoet aan de voorwaarden van kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid. Er is dus een beslissing genomen op basis van de bescherming van de volksgezondheid. U betreurt het gebrek aan uitleg. Het FAGG communiceert altijd transparant over intrekkingen ten gevolge van kwaliteitsgebreken, maar dit is een dossier waarvoor een onderzoek loopt. Het valt dus eigenlijk niet binnen dat kader en de elementen die de onderzochte betrokken intrekkingen rechtvaardigen, kunnen dus nu niet openbaar gemaakt worden.

U had het over het probleem van de kosten bij import. Uw opmerking dat het niet de bedoeling kan zijn dat de patiënt nog altijd instaat voor de kosten bij import van geneesmiddelen uit het buitenland door de apotheker, in het geval van de onbeschikbaarheid van een essentieel geneesmiddel zonder alternatief in België, is een terechte opmerking. Discussies daarover waren lopend tussen de vorige beleidscel, het FAGG en het RIZIV om tot een sluitend uitvoeringsbesluit te komen, waarbij het bedrijf dat verantwoordelijk is voor de onbeschikbaarheid instaat voor de meerkosten die de onbeschikbaarheid voor de patiënt met zich meebrengt. Wegens de covidcrisis is dat dossier helaas op de achtergrond geraakt, maar in december zal dat overleg opnieuw worden opgenomen. Het zal ook de nodige prioriteit krijgen.

U vroeg of er onderhandelingen zijn met Therabel. Het onderzoek is lopend. Ik kan daar niet echt op ingaan, maar het FAGG is in overleg met het bedrijf om zo snel mogelijk een oplossing te vinden. U weet dat het FAGG ook een aantal informaties en richtlijnen heeft gepubliceerd met betrekking tot wat er kan gebeuren bij afwezigheid van Marevan.

Ik kan u nog iets zeggen, maar dit weet u waarschijnlijk ook, over de beperkte beschikbaarheid van de verpakking met 25 tabletten. Daarvan zijn er nog maar heel weinig, maar het FAGG volgt dat op, om te proberen toch nog oplossingen te vinden voor patiënten die eventueel daarmee geholpen kunnen worden.

Het belangrijkste is dat het FAGG in overleg is met het bedrijf om te komen tot een zeer snelle oplossing, maar ook een snelle oplossing zal tijd vragen, want er was geen geldige vergunning, wat wil zeggen dat er eerst een geldige vergunning nodig is, dan een prijsaanvraag en dan een terugbetalingsaanvraag. Zelfs als men het zeer snel wil doen, vraagt het tijd.

**22.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, voor de continuïteit van dit medicijn is het in elk geval een goede zaak dat er overleg is met het bedrijf. Het is immers een vrij goedkoop maar wel goed alternatief voor de dure anticoagulantia. Zoals gezegd wordt dit gebruikt door veel oudere patiënten die hiermee hun probleem goed onder controle kunnen houden. Het is dus niet evident om over te schakelen.

Ik vind het belangrijk dat u aangaf dat de werkgroep in december zal samenkomen, want op dit moment zijn er naast Marevan immers weer heel wat medicijnen onbeschikbaar. Het is een blijvende problematiek die we in de kern zullen moeten aanpakken. Wij wachten nu op het KB dat eigenlijk goedgekeurd is maar nog uitgevoerd moet worden. Ook onze patiënten wachten daarop, zodat zij een beroep kunnen doen op het contract dat zij eigenlijk hebben met de overheid om betaalbare medicatie te verkrijgen.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**23** **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneppe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De heropening van de dossiers van het FMO" (55011111C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het FMO" (55011152C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verjaring van vorderingen tegen het FMO" (55011173C)

**23** **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneppe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réouverture des dossiers du FAM" (55011111C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le FAM"

(55011152C)

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription des actions contre le FAM" (55011173C)

**23.01 Dominiek Sneepe** (VB): Mijnheer de minister, in de plenaire vergadering van 12 november deed ik drie suggesties om het Fonds voor de medische ongevallen te hervormen. Een van mijn voorstellen was om alle dossiers te heropenen, en een tweede om foutloze aansprakelijkheid in bepaalde dossiers, die in het vakjargon dan worden beschouwd als MOZA, medische ongevallen zonder aansprakelijkheid, in te roepen. Het is voor de patiënt vaak moeilijk, om niet te zeggen onmogelijk om aan te tonen dat er een fout is gebeurd en nog moeilijker om aan te tonen wie verantwoordelijk is voor die fout.

Om de dossiers te heropenen en te herzien, is het nodig rekening te houden met een redelijke interpretatie van de termen abnormaal medisch ongeval en tijdelijke ongeschiktheid van minstens zes maanden, zoals ontwikkeld in de jurisprudentie ter correctie van de veel te strikte interpretatie door het FMO. Het fonds gaf dat ook toe in de reportage van Pano.

Patiënten die naar de rechtbank willen stappen, kunnen tegen de mogelijke verjaring de volgende argumenten inroepen. Ten eerste, de wet op het fonds voorziet niet in een bijzondere verjaringstermijn voor de concrete rechtsvordering op basis van artikel 23, alinea 2 van de wet betwisting, afwijzing MOZA. Ten tweede, het FMO vermeldt in zijn beslissing tot afwijzing van een MOZA geen concrete termijn om de rechtsvordering tegen het fonds in te stellen. Ten derde, een beslissing van het FMO tot afwijzing van een MOZA is een beslissing met individuele strekking uitgaand van een federale administratieve overheid, die valt onder de wet betreffende de openbaarheid van bestuur, waardoor ook langs die weg beroep kan worden aangetekend.

Mijnheer de minister, zult u de oude afgewezen dossiers heropenen en herevalueren? Als u dat doet, doet u dat op basis van de gegeven interpretatie of hebt u een andere visie?

Welke tijdslijn geeft u op voor de herziening van de dossiers en de radicale hervorming van het FMO?

**23.02 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik stel deze vraag naar aanleiding van de Panoreportage en de discussie die we daaropvolgend hadden in de plenaire vergadering. Ik heb u toen gevraagd of u iets zou doen aan de schrijnende situatie waarin de slachtoffers zich uiteindelijk toch bevinden. In het regeerakkoord staat daarover een kleine passage. In de reportage en uit de verschillende audits hebben we gemerkt dat het fonds volledig moet worden hertekend. Voor de zomer hebben wij daar ook al een resolutie voor ingediend.

U heeft mij meegedeeld dat u een analyse zou laten uitvoeren en dat die voor eind november klaar zou zijn. Wat heeft die analyse getoond? Wat zijn uw conclusies? Welke stappen zal u ondernemen? Wat is de tijdslijn van de stappen die u zal ondernemen?

Mijn volgende vraag heeft ook betrekking op die Panoreportage. Ik verwijs naar de verklaring van de directrice van het FMO, Mia Honinckx. Zij gaf aan dat de beoordeling in het verleden waarschijnlijk vaak te streng was. Dat heeft ze zelf gezegd. Zij heeft ook aangeven dat een aantal slachtoffers hierdoor mogelijk een vergoeding van het FMO is misgelopen.

Zou de vordering tegen de beslissing van het FMO bij de rechtbank een geschikt middel zijn voor die patiënten om de fouten uit het verleden recht te zetten? Dat was toch een vrij significante verklaring van de leidinggevende van het FMO. Klopt het dat bij de instelling van een vordering tegen de beslissing van het FMO geen verjaringstermijn aangevangen is? Een collega verwees hier ook al naar.

**23.03 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik zal maar op één aspect ingaan, namelijk de verjaringstermijn.

Ik had gezegd dat ik voor het einde van de maand een analyse zou vragen die mij zou toelaten een plan van aanpak op te stellen. Dat is ook gebeurd. Ik heb een delegatie van het beheerscomité ontvangen, samen met de verantwoordelijke van het fonds en de verantwoordelijke leidende ambtenaar van het RIZIV. Ik heb een analyse ontvangen en er werd mij een plan van aanpak voorgesteld.

Uit die vergadering heb ik besloten dat er een zeer grondige aanpak nodig is. Ik heb rendez-vous gegeven voor midden januari, op basis van een aantal vragen en aandachtspunten, waarbij ik het plan van aanpak

grondiger wil uitdiepen. Om die reden wil ik vandaag ook niet ingaan op alternatieve pistes. Ik zal dus niet ingaan op de vraag of de wet al dan niet grondig herzien moet worden. Die vragen ben ik niet vergeten, maar ik wil niet vooruitlopen op mijn gepland overleg met het fonds zelf. Wat ik in de plenaire vergadering heb aangekondigd, is inderdaad opgestart.

Er werd een precieze vraag gesteld over de verjaringstermijn wanneer het fonds een negatief advies geeft met betrekking tot de vergoeding. Om te beginnen wil ik zeggen dat het fonds tot op heden in geen enkele gerechtelijke procedure bij wijze van verweer de verjaring van de vordering tegen het fonds heeft ingeroepen. Het relevant wettelijk kader ter zake is artikel 23, tweede lid, van de wet op de medische ongevallen, dat ik citeer: "Indien het fonds niet besluit dat er aanleiding is tot vergoeding krachtens artikel 4, 1° of 2°, of indien het advies van het fonds besluit dat de schade niet de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5, dan kan de aanvrager, onverminderd zijn gemeenrechtelijke rechtsvorderingen, overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek voor de rechtbank van eerste aanleg een vordering instellen tegen het fonds om de vergoeding te verkrijgen waarop hij recht meent te hebben krachtens deze wet."

De administratie hanteert als verjaringstermijn de vijfjaarregel, die in beginsel eveneens de basis vormt voor de beoordeling van de buitencontractuele aansprakelijkheid. Dat werd inderdaad de norm ter beoordeling van de ontvankelijkheid van de aanvraag. Aangezien de MOMA, medische ongevallen met aansprakelijkheid, en MOZA, medische ongevallen zonder aansprakelijkheid, onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, beoordeelt het fonds, met het oog op een zinvolle lezing van de wet, de verjaring van vorderingen tegen het fonds wegens een negatief advies middels de resterende gemeenrechtelijke termijn op basis van de vijfjaarregel. De verjaring wordt natuurlijk geschorst zodra er een aanvraag met betrekking tot een medisch ongeval lopende is bij het fonds. Dat levert inderdaad complexe en uiteenlopende situaties op. De determinerende factor inzake verjaring is de houding van de aanvrager, met name hoe snel hij of zij de aanvraag indiende.

Als men de verjaringstermijnen op een andere manier zou willen beoordelen, dan riskeert men discriminaties te creëren. Denk bijvoorbeeld aan een geschil dat per direct, dus zonder eerst een aanvraag in te dienen bij het fonds, wordt ingeleid bij de rechtbank van eerste aanleg ter beoordeling van de MOZA. Ook daar zal in beginsel de vijfjaarregel worden toegepast, alvorens ten gronde uitspraak te doen. Het hanteren van bijkomende nieuwe verjaringstermijnen zou de rechtszekerheid niet ten goede komen. Het fonds beklemtoont dat de oefeningen van de MOZA en de MOMA onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, waardoor een andere interpretatie zou indruisen tegen de geest van de wet.

In de vraag werd de kwestie van het vermelden van de verjaringstermijnen in het advies van het fonds aangehaald. Het fonds wijst erop dat de formulering van de vermelding van de verjaringstermijnen doorheen de tijd in overleg met het Beheerscomité verschillende keren is aangepast. Het fonds verbindt er zich toe om naar aanleiding van deze parlementaire vraag de kwestie nogmaals op te nemen met het Beheerscomité. Het fonds meent dat het conform de rechtspraak van de Raad van State heeft voldaan aan zijn wettelijke meldingsplicht.

**23.04 Dominiek Sneye (VB):** Mijnheer de minister, ik ben blij dat er reeds een analyse is gevraagd en dat er een plan van aanpak op tafel ligt. U bent tot de conclusie gekomen dat een zeer grondige aanpak noodzakelijk is. Ik kijk dan ook uit naar de vergadering midden januari om het plan van aanpak dieper uit te spitten en zal u dan ook in de loop van januari hierover een vervolgvraag stellen.

**23.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, onze slachtoffers zijn natuurlijk momenteel heel weinig met de analyse, met een voorstel van een plan van aanpak en met de nieuwe agendering in januari. Als men gewoon al de audits leest, die toch al dateren van juni, zegt dat voldoende. Ik stel mij dan de vraag wat die extra maand of twee die u hebt gekocht, zullen doen als bijdrage voor de slachtoffers. Hoe lang gaan wij nog analyseren en bespreken?

U verwijst naar de vijfjarige verjaring en zegt dat het fonds opnieuw met het beheerscomité zal gaan overleggen, maar daar zit net een van de problemen. Dat beheerscomité, dat paritair is samengesteld, is eigenlijk voor het fonds niet de juiste weg.

Ook daar zal dus geen oplossing voor onze slachtoffers uitkomen. De oplossing die onze slachtoffers verdienen, zal er komen door een hertekening en herwerking van het FMO, door ervoor te zorgen dat er een betere taakomschrijving is, dat er een betere omschrijving is van de drempelwaarden, dat het personeel de nodige expertise heeft en dat er een juist financieel beleid is.

Ik blijf herhalen dat het fonds dubbel zoveel kost als het uitkeert aan slachtoffers. Dat is ongezien. Wij moeten daarmee echt vooruit. Wij moeten het fonds hertekenen en herwerken.

Met de ombudsdienst waarover wij in de resolutie zullen spreken, kunnen wij heel duidelijk de medische ongevallen in kaart brengen, kunnen wij zien waar er problemen zijn en kunnen wij onze slachtoffers begeleiden. Daarom gaat het immers allemaal.

De directie van het fonds heeft zelf verklaard dat destijds veel te streng heeft geoordeeld en geageerd. Onze slachtoffers zitten nog altijd te wachten op hulp. Wij moeten geen tijd kopen, maar ik nodig u nogmaals uit ons voorstel van resolutie te analyseren en ermee aan de slag te gaan, zodat wij ten minste de slachtoffers vooruit kunnen helpen.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**24 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du diabète et le suivi du traitement" (55011148C)**

**24 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De diabetesscreening en de follow-up van de patiënten" (55011148C)**

**24.01 Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, comme vous le savez, une personne sur deux en Belgique ignore qu'elle est diabétique. C'est en effet ce qu'indique Solidaris, dans un communiqué publié à l'occasion de la Journée mondiale du diabète. Si celui-ci n'est pas traité correctement, il peut causer de graves dommages pour la santé: au niveau du cœur, des vaisseaux sanguins, de la vue, des reins ou encore des nerfs. Le nombre de malades pourrait doubler d'ici 2030 si rien n'est entrepris pour intensifier le dépistage.

Monsieur le ministre, si le diabète est très répandu et ne se guérit pas encore, il peut néanmoins être stabilisé. Il est donc possible d'en éviter les plus lourdes conséquences et, en tout cas, de les reporter. Des mesures sont-elles envisagées pour en améliorer le dépistage?

Causée par le diabète, la rétinopathie est une cécité grave qui touche les patients avant l'âge de 60 ans. Un examen chez un ophtalmologue est-il automatiquement prescrit chez les diabétiques?

L'association des Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS), du réseau associatif Solidaris, attire par ailleurs l'attention sur les conséquences potentielles du diabète sur l'effet protecteur des œstrogènes naturels. Comment favoriser une meilleure prise en compte des femmes dans les essais cliniques, tout au long du diagnostic, du traitement du diabète et de sa prévention?

**24.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik hoop dat u het mij niet kwalijk neemt dat ik in het Nederlands antwoord. Mijn voorbereiding is in het Nederlands. Mijn antwoord is een beetje technisch en redelijk beknopt.

U raakt een bekend, maar helaas nog steeds zeer belangrijk probleem over de hele wereld aan. Het heeft te maken met de vergrijzing en de toename van risicofactoren zoals overgewicht, onvoldoende beweging of ongezonde voeding.

Uit cijfers van het InterMutualistisch Agentschap blijkt dat ongeveer 6 % van onze bevolking aan diabetes lijdt. Het komt meer voor naarmate de leeftijd stijgt, met een percentage van 17 % bij personen ouder dan 65 jaar.

Georganiseerde screeningprogramma's en sensibiliseringscampagnes voor preventie spelen een belangrijke rol. Ik moet wel verwijzen naar de deelstaten die daarvoor bevoegd zijn.

Een verhoogde sensibilisering en screening bij vrouwen is noodzakelijk, omdat zij inderdaad een verhoogd risico lopen.

Ook de huisartsen spelen een belangrijke rol bij de risico-inschatting bij individuele patiënten. Zo behoort regelmatig oogonderzoek, voorgeschreven door de huisarts, tot een goede praktijk in de opvolging van diabetes.



De zorgorganisatie voor patiënten met diabetes dient te zijn toegespitst op de behoeftes van de patiënt, waarbij een multidisciplinaire samenwerking tussen de betrokken zorgverleners centraal staat. Vandaag bestaan er in dit verband zorgtrajecten op maat van personen met diabetes, afhankelijk van hun situatie. Er zijn: het zorgtraject voor personen met diabetes type 2 dat vertrekt van een samenwerking tussen de patiënt, de huisarts en de specialist, de diabetesconventie voor aangepaste en gespecialiseerde behandeling en opvolging, de overeenkomst zelfregulatie van diabetes die gesloten wordt met ziekenhuizen en het voortraject diabetes type 2 voor personen die niet in een specifiek zorgtraject of in de diabetesconventie zijn opgenomen.

**24.03** **Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il va sans dire que des trajets d'accompagnement et des mesures sont déjà à l'ordre du jour. Il est bien sûr essentiel de soulager les diabétiques, mais plus nous serons en mesure de détecter tôt, plus vite nous pourrons réagir et éviter les plus graves conséquences de la maladie.

Mieux vaut prévenir que guérir, d'autant qu'en l'occurrence, on ne guérit toujours pas du diabète. Nous devons dès lors sensibiliser toutes et tous au dépistage, surtout dans la période difficile que nous vivons actuellement, et au cours de laquelle chacun peut avoir tendance à renoncer à s'adresser à son médecin généraliste ou aux services compétents.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**25** **Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La lutte contre la tuberculose" (55011149C)**

**25** **Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tuberculosebestrijding" (55011149C)**

**25.01** **Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, nous pensons que la tuberculose est une maladie qui est bien loin de nous aujourd'hui. C'est vrai qu'elle l'est temporairement, en tout cas. Nous avons moins le sentiment qu'elle peut nous toucher. Mais elle reste la maladie infectieuse la plus mortelle, alors qu'elle est évitable et qu'on sait la guérir. On pourrait en guérir. Un vaccin contre la tuberculose existe depuis 1920, mais son degré de protection est seulement de 50 %.

Les programmes destinés à améliorer l'accès au diagnostic et au traitement de la tuberculose, qui tue plus de 1,4 million de personnes par an, manquent structurellement de financement, selon l'OMS. Des financements sont-ils prévus pour lutter contre la tuberculose?

L'OMS souligne également qu'il est indispensable de continuer à agir contre cette terrible maladie, qui tue plus de 4 000 personnes par jour, et recommande de nouveaux schémas plus courts de traitement préventif. Des mesures spécifiques sont-elles envisagées pour intensifier le traitement préventif de la tuberculose parmi les populations les plus à risque?

Aujourd'hui, il y a 48 vaccins contre le COVID-19 en phase d'essai clinique. Nous nous en réjouissons, bien sûr. Ils ont tous été développés en un temps record, en moins d'un an, alors que pour la tuberculose, depuis plusieurs années, nous n'avons qu'un vaccin en phase d'essai sur l'homme, qui ne sera pas commercialisé avant 2027.

Comment encourager les recherches, également au niveau européen et international, afin de trouver un vaccin efficace contre cette maladie?

**25.02** **Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, om zeer eerlijk te zijn, ik ben zelf een beetje gegeneerd door het gebrek aan antwoord dat ik als voorbereiding heb gekregen. Ik heb het niet kunnen verbeteren.

Een deel van de vragen die u stelt, mijnheer Rigot, heeft natuurlijk te maken met bevoegdheden die eigenlijk tot de Gemeenschappen behoren: preventie, en alles wat daarrond hangt.

U stelt ook vragen over de dynamiek van de ontwikkeling van vaccins. Dat is op zichzelf een interessant en belangrijk debat, meen ik: wat kunnen wij doen om vaccins op de markt te krijgen?

Ik heb daar nu geen voorbereid antwoord op. Misschien moeten wij daar bij een andere gelegenheid nog eens op terugkomen wanneer wij de kans hebben een grondig debat te voeren over de toekomst van de farmaceutische industrie en de manier waarop de farmaceutische industrie zich ten dienste kan stellen van de volksgezondheid, want daar gaat het eigenlijk over.

Ik wil mij verontschuldigen omdat ik nu niet veel meer kan zeggen, behalve, enerzijds, verwijzen naar de gemeenschappen en, anderzijds, naar een veel breder debat over het op de markt krijgen van geneesmiddelen en vaccins in sectoren waarvoor de industrie misschien inderdaad minder gemotiveerd is of minder presteert dan in andere sectoren.

**25.03** **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous avez tout à fait raison. Aujourd'hui, il faut définir quelles doivent être les priorités à l'avenir. Si nous nous réjouissons de voir que l'industrie pharmaceutique a pu rapidement réagir à l'urgence sanitaire internationale qui était là, face à cette pandémie de COVID, cela ne doit pas nous faire perdre de vue les autres pandémies, les épidémies dangereuses qui sont là, peut-être plus loin de nous, et que l'on néglige. Il ne faut pas les oublier par solidarité internationale et il ne faudrait pas non plus qu'elles soient perdues de vue par les entreprises pharmaceutiques parce qu'elles ne représenteraient pas économiquement un enjeu futur. La santé doit aussi être un enjeu de solidarité.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

De **voorzitter**: Wij komen nu aan vraag nr. 55011144C van mevrouw Depoorter over "de stand van zaken met betrekking tot het KB betreffende het eisenkader voor de ziekenhuisapotheken".

**25.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, om tijd te winnen, wil ik meteen aangeven dat ik hier geen antwoord op heb. Ik ben momenteel nog in overleg met het FAGG over hoe we daar best op antwoorden. Mevrouw Depoorter, de vraag is absoluut interessant en ik stel voor dat u ze schriftelijk indient, wat ons kan motiveren om het overleg goed te voeren. U kunt er ook voor kiezen om hier later op terug te komen, want zoals gezegd, heb ik momenteel nog geen antwoord.

**26** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wereldaidsdag en de teststrategie voor hiv" (55011151C)**

**26** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La journée mondiale du sida et la stratégie de test du VIH" (55011151C)**

**26.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt het wellicht ook vernomen: 1 december is Wereldaidsdag en dat is net voorbij. De belangengroepen rond aids stellen vast dat de diagnoses vandaag heel laat worden gesteld. Wanneer het immuunsysteem van de patiënt faalt, komt vaak aan het licht dat de oorzaak daarvan een besmetting met hiv is. Die snelle diagnose is natuurlijk heel belangrijk voor de patiënten, maar ook voor de transmissie van hiv.

Kunt u mij zeggen, naar aanleiding van de oproep die voor Wereldaidsdag internationaal is gebeurd, hoever het staat met deze problematiek in ons land? Bent u er zeker van dat onze patiënten op tijd gediagnosticeerd worden en we voldoende screenen in ons land? Hoe verloopt de curve van het aantal gediagnosticeerde patiënten op vandaag in vergelijking met tien jaar geleden? Is er een grote stijging merkbaar of niet? Zult u een actieplan rond de diagnose hiv opstellen voor ons land, met ook een bepaalde targetting naar doelgroepen waar eventueel de diagnostische onderzoeken nog niet voldoende gebeuren? Kunt u mij meedelen hoeveel mensen er op vandaag per jaar nog in ons land aan aids sterven?

**26.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Hebben wij zicht op de problematiek? Ja. Het jaarlijks epidemiologisch rapport over aids en hiv-infecties in België is juist gepubliceerd door Sciensano. U vindt dat online. U ziet daar ook informatie over laattijdige hiv-diagnoses.

Dan vraagt u of die problematiek bij ons even sterk is als elders. De timing van diagnoses wordt geregistreerd voor alle nieuwe diagnoses in België. In 2019 werd 36 % van de gediagnosticeerde infecties in België laat gediagnosticeerd. Het aandeel van de laattijdige diagnoses varieert in functie van de overdrachtwijze. In 2019 werd 46 % van de diagnoses bij heteroseksuele personen laat vastgesteld en 28 % bij mannen die seks hebben met mannen. Op Europees niveau wordt deze informatie gepresenteerd in het jaarlijkse hiv-verslag van ECDC. U vindt dat ook terug bij *ECDC HIV-surveillance report 2020* enzovoort.

Dan kom ik aan uw vraag over de curve van het aantal gediagnosticeerde patiënten de laatste tien jaar. In 2019 werden 923 nieuwe hiv-diagnoses geregistreerd. Dat is een lichte stijging met 4 % in vergelijking met 2018. De daling die werd waargenomen tussen 2012 en 2018 heeft zich niet voortgezet in 2019. Er werd een plateau bereikt. Het totaal aantal personen gediagnosticeerd met hiv in België tussen 2010 en 2019 bedraagt 10.408. U vindt dat ook terug in het rapport van Sciensano.

U vroeg of er een actieplan zal komen. Het vorige nationale hiv-plan had betrekking op de periode 2014-2019. In overleg met de deelstaten zal in 2021 nagegaan worden welke beleidsmaatregelen verder moeten worden genomen met betrekking tot de aanpak van hiv, zowel inzake preventie, diagnostiek, behandeling als levenskwaliteit. U voelt meteen ook aan dat de deelstaten hierin belangrijke bevoegdheden hebben.

U vroeg hoeveel mensen er in ons land sterven aan aids. Op basis van de geregistreerde nationale gegevens sterven in België gemiddeld minder dan 100 mensen per jaar aan aids.

**26.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik zal het rapport zeker doornemen. Eigenlijk bevestigt het toch wel de vrees van de organisaties, namelijk dat die diagnose effectief laattijdig wordt gesteld. Wij weten allemaal dat de antivirale cocktails op dit moment heel goed werken en dat ze de mensen een comfortabel leven kunnen geven op lange termijn. Daarom moeten wij blijven inzetten op die vroegtijdige diagnose.

Wij zien het nu in coronatijden ook met betrekking tot bijvoorbeeld de kankerdiagnoses, die ook teruggevallen zijn. Ook daarvoor zullen wij extra aandacht moeten hebben eens wij deze crisis doorgesparteld zijn. Ik wil dus toch om blijvende aandacht vragen om grondig te testen, om grondige richtlijnen mee te geven aan de huisartsen, om snel door te verwijzen, zodat wij heel snel de risico's kunnen beperken, zowel voor de geïnfecteerde patiënten als de patiënt die geïnfecteerd zou kunnen worden in de komende periode.

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

**27 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hormoonverstoorders" (55011192C)**

**27 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les perturbateurs endocriniens" (55011192C)**

**27.01 Nawal Farih (CD&V):** Mijnheer de minister, er was recent een enquête van het Onafhankelijk Ziekenfonds waaruit bleek dat 75 % van de bevraagde Belgen meent dat producten in de winkelrekken op ons grondgebied zeker nooit gevaarlijke stoffen bevatten. Wij weten dat dit helaas niet de realiteit is.

In maart 2018 heeft de Senaat al een rapport goedgekeurd met 72 aanbevelingen ter preventie van hormoonontregelaars en in 2019 werd het startschot gegeven voor een nationaal actieplan door de ministers van Volksgezondheid en Leefmilieu. Dit zou in drie fases verlopen. De eerste fase was de raadpleging van de belanghebbenden, de tweede fase de raadpleging van de bevoegde overheden en de derde fase was de raadpleging van de ministers bevoegd voor Volksgezondheid en Leefmilieu. Die aanbevelingen van de Senaat moesten als basis dienen voor het actieplan.

Mijnheer de minster, hoe ver staan we met de uitvoering van dat nationaal actieplan? In welke fase zit men momenteel? Wanneer zal dat nationaal actieplan voorgesteld worden? Welke kernpunten omvat dit actieplan momenteel?

Ik ben mij ervan bewust dat ook u veel belang hecht aan de communicatie met kwetsbare groepen die zich vaak van geen kwaad bewust zijn van gevaarlijke stoffen. De overheid moet ook op dat vlak performant zijn en onze burgers goed informeren over alle hormoonverstoorders die helaas aanwezig zijn in de verschillende producten.

**27.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Farih, er is momenteel overleg tussen de bevoegde autoriteiten om de acties te selecteren die uitgevoerd worden. Er zijn drie prioritaire gebieden, met name preventieve maatregelen, regelgevende maatregelen en wetenschappelijk onderzoek.

Het nationaal plan voor hormoonverstoorders zal vóór het einde van het eerste kwartaal van 2021 worden voorgelegd aan de federale en regionale ministers van Volksgezondheid en Milieu voor definitieve goedkeuring. Het zal vervolgens ook op grote schaal verspreid worden en ik neem mij voor om het dan ook door te spelen aan de leden van deze commissie.

Inzake sensibilisering zijn er bewustmakingscampagnes gepland voor verschillende doelgroepen, met name de gezondheidswerkers, de algemene bevolking en de meest risicovolle bevolkingsgroepen. Deze maken deel uit van de acties die zullen worden ondernomen zodra het nationaal actieplan is aangenomen door de bevoegde ministers.

**27.03 Nawal Farih (CD&V):** Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister. Wij zullen geduldig wachten tot het nationale actieplan bekendgemaakt wordt. Ik kijk er in elk geval naar uit om het mee op te volgen.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Farih, vraag nr. 55011193C wordt omgezet in een schriftelijke vraag en op vraag nr. 55011198C hebt u reeds een antwoord gekregen.

**27.04 Nawal Farih (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, dat klopt. Dat is helemaal juist.

**28 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De procedure voor het melden van problemen met ASO- en HAIO-stages" (55011223C)**

**28 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procédure de signalement des problèmes dans le cadre des stages des MSF et des MGF" (55011223C)**

**28.01 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag gaat nog eens over de artsen-specialisten in opleiding en de huisartsen in opleiding. De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen is belast met adviezen met betrekking tot probleemmeldingen rond stagemeesters en stagediensten en erkenningen van stagemeesters. In de praktijk blijkt de procedure hieromtrent echter heel complex te zijn en laat ook de transparantie en de toegankelijkheid ervan te wensen over.

De procedure is slechts terug te vinden in publicaties op de website van de FOD Volksgezondheid onder notificatie 2019-9 en vereist heel wat voorkennis en opsporingswerk. Daarnaast blijkt de anonimiteit van de assistent niet gewaarborgd bij de procedure en staan de contactgegevens van de bevoegde persoon of dienst waar de meldingen gedaan moeten worden nergens duidelijk vermeld. Dit roept natuurlijk heel wat vragen op met betrekking tot de deugdelijkheid, de toegankelijkheid en de transparantie van de procedure ter zake van de Hoge Raad. Dit gaat nochtans om een heel gevoelige materie.

Hoeveel klachten ontving de Hoge Raad al? Wat was de aard van deze klachten? Welk soort van klachten kwam het meeste voor? Zijn er bepaalde tendensen merkbaar? Wordt daar eventueel iets aan gedaan? Welke gevolgen werden er aan de klachten gegeven?

Wordt u als minister altijd op de hoogte gebracht van de aard en de inhoud van de klachten? Wordt er ook overleg gepleegd met de deelstaten? Wordt de betrokken assistent of andere werknemer altijd gehoord?

Is de procedure voldoende transparant en adequaat volgens u? Enkele collegae moeten namelijk oordelen over een stagemeester die per definitie ook een collega is.

Wat vindt u van de deugdelijkheid, toegankelijkheid en transparantie van de voormelde procedure van de Hoge Raad? Vindt u deze voor verbetering vatbaar? Indien ja, wat moet dan concreet worden aangepast? Wat plant u hieromtrent te doen? Kan u hier ook een tijdslijn over meedelen? Zo nee, waarom niet?

**28.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Gijbels, ik moet vooreerst verwijzen naar de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten voor het opvolgen van de individuele stageplannen en problemen tijdens het verloop van de stage. Ik verwijs bijvoorbeeld naar artikel 12 van het besluit van de Vlaamse regering van 24 februari 2017 over de procedure bij meningsverschillen tussen de stagemeester en de kandidaat. Dit is dus een Vlaamse bevoegdheid.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen is een adviesorgaan op federaal niveau met onder meer bevoegdheid voor de erkenning van stagemeesters en stagediensten, daarbij hoort ook de procedure die kan leiden tot de intrekking van die erkenning.

De procedure van de Hoge Raad van artsen betreft dus vooral structurele en herhaaldelijke problemen bij een bepaalde stagemeester of -dienst. Een wederzijdse communicatie met de erkenningscommissies van de gefedereerde entiteiten is daarbij uiteraard heel nuttig.

De procedure is complementair aan heel wat voorgaande initiatieven, zoals vermeld in een advies van oktober 2018 over kwaliteit en veiligheid van stagediensten. De verplichte jaarlijkse specifieke vorming van stagemeesters heeft ook een preventief en kwaliteitsverbeterend effect.

Aangezien de procedure kan leiden tot de intrekking van de erkenning, moeten de rechten van de verdediging gewaarborgd worden. Ter zake wordt in principe verwacht dat de probleemmelder zich identificeert en precies de problematiek situeert. Anonieme klachten worden onderzocht, maar kunnen vanwege de rechten van de verdediging minder gemakkelijk hetzelfde effect hebben. Overigens blijkt in landen waar dergelijke procedures reeds langer gebruikt worden de vraag naar anonimiteit slechts uitzonderlijk nog voor te komen.

De in oktober 2019 uitgeschreven procedure wil aan alle betrokkenen meer duidelijkheid bieden. Er is voorzien in de mogelijkheid van een dringende adviesprocedure voor onmiddellijke corrigerende maatregelen in samenspraak als dat kan.

Er kan een auditcommissie aangesteld worden. Naast de probleemmelder worden ook de stagemeester, leden van het stageteam, de verantwoordelijke van de stagedienst, verpleegkundigen van de dienst en andere kandidaten in professionele vorming gehoord. Het auditcomité ziet meestal ook vertegenwoordigers van samenwerkende disciplines, bijvoorbeeld een pediatrie en een materniteit.

Een gemotiveerd auditrapport bevat corrigerende maatregelen of een voorstel van advies tot intrekking van de erkenning. De plenaire vergadering van de Hoge Raad van artsen brengt een definitief advies uit. Het multidisciplinair karakter van de Hoge Raad waarborgt voldoende afstand ten aanzien van één stagedienst van één discipline.

Advies tot intrekking van de erkenning wordt bezorgd aan de minister voor de uiteindelijke beslissingsprocedure. Dat komt nogal technisch over, bijvoorbeeld inzake de bewaking van de scheiding tussen de onderzoeks- en de beslissingsfase en de te volgen stappen bij de uiteindelijke motivatie, maar de publicatie van de interne procedure verbetert wel de transparantie en hoeft de indiening van een notificatie niet te bemoeilijken.

De probleemmeldingen omtrent de kwaliteit van stagediensten neemt toe, maar is toch nog beperkt tot een vijftal gevallen per jaar. Problemen worden niet louter gemeld door kandidaten in professionele vorming, maar bijvoorbeeld ook door bezorgde erkende huisartsen of artsen-specialisten. Er werd een zestal audits ter plaatse uitgevoerd, waarvan er enkele nog lopende zijn. Eén erkenning van een stagedienst werd ingetrokken. Het starten van een procedure heeft dikwijls ook een verbeterend effect, waarbij de stagedienst na een jaar tot veel grotere tevredenheid kan functioneren.

Waar er wel verbetering mogelijk is, is de bekendmaking van deze procedure en een gemakkelijke weg voor het indienen van meldingen. Bij de federale procedure betreft het structurele problemen die de erkenning van een stagemeester in dienst eventueel in vraag kunnen stellen, terwijl de erkenningscommissies van de gefedereerde entiteiten de individuele stageproblemen behandelen.

Concreet moeten de Gemeenschappen en het federale niveau de bevoegdheden verduidelijken en verder eventueel naar elkaar doorverwijzen.

Een overleg dat werd uitgesteld, opnieuw vanwege COVID-19, wordt binnenkort opnieuw opgestart.

**28.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, ik ben blij te horen dat u ook van mening bent dat de toegankelijkheid van deze procedure moet worden verbeterd en dat dit ook beter bij de betrokken personen kenbaar moet worden gemaakt.

Los daarvan is het een problematiek die al lang bestaat, waarbij er ook een gevoeligheid bestaat tussen de student, de stagemeester en werkgever, waardoor het heel moeilijk is om bepaalde klachten aanhangig te maken.

In die zin denkt onze fractie dat het zinvol is om te bekijken of het niet beter is om een onafhankelijke ombudsdienst of een meldpunt op te richten, waar assistenten-in-opleiding op een veilige manier melding kunnen maken van bepaalde wanpraktijken.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

De **voorzitter**: Vraag nr. 55011224C van mevrouw Rohyoni wordt uitgesteld.

**29** **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onbeantwoorde schriftelijke vragen" (55011226C)**

**29** **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les questions écrites restées sans réponse" (55011226C)**

**29.01** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik wilde van de gelegenheid gebruikmaken om te informeren naar de stand van zaken van enkele van mijn schriftelijke vragen die al een tijd geleden werden ingediend en die nog niet beantwoord zijn.

**29.02** **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, u somt een lijstje op in de schriftelijke neerslag van uw vraag. Sommige van de antwoorden daarop zijn nu inderdaad binnengekomen en ik hoop ze u zo spoedig mogelijk te bezorgen.

**29.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben in blijde verwachting.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**30** **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De perfusionisten" (55011242C)**

**30** **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infirmiers perfusionnistes" (55011242C)**

**30.01** **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik moet eerlijk bekennen dat ik van een perfusionist ook nog nooit had gehoord, wat op zich ook niet verwonderlijk is. Er zijn er immers maar een honderdtal in het hele land.

Een perfusionist is van opleiding verpleegkundige, maar vervult een heel bijzondere taak. Hij of zij bedient de hart-longmachine en managet als het ware ook de patiënt. Hij maakt hem of haar klaar voor de operatie en neemt de anesthesie en bloeddrukcontrole deels over. Hij zorgt er als het ware voor dat er voldoende bloedtoevoer is naar alle organen, dat de bloeddruk op peil wordt gehouden en dat het bloed voldoende zuurstof krijgt.

Zij zijn vooral actief in de operatiekamer maar ook op de dienst Intensieve Zorgen. Het waren bijvoorbeeld ook de perfusionisten die tijdens de coronacrisis de patiënten behandelden aan het zuurstofapparaat.

Ondanks het feit dat hun kennis heel specialistisch is, is hun beroep nergens erkend. Er wordt ook nergens bepaald wie die heel specialistische handelingen mag stellen. Zij worden er ook niet specifiek voor vergoed, ook niet in het kader van IFIC. Zij zijn dan ook vragende partij voor een bijzondere beroepstitel of een inkanteling in de titel van verpleegkundig specialist.

Ten eerste, mijnheer de minister, erkent u de grote specialisatie van de perfusionisten? Moeten zij inderdaad een speciale kennis hebben, om hun beroep correct te kunnen uitoefenen?

Ten tweede, staat u ervoor open hen te erkennen met een bijzondere beroepstitel of hen onder te brengen onder de noemer van verpleegkundig specialist?

Ik dank u alvast hartelijk voor uw antwoord.

**30.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer De Caluwé, perfusionisten voeren inderdaad technische handelingen uit in een hoogrisico-omgeving, wat vanzelfsprekend gespecialiseerde kennis en expertise vraagt. Dat blijkt ook uit de hoge standaarden die worden gesteld door *The European Board of Cardiovascular Perfusion* voor het verwerven en behouden van het Europese EBCP-certificaat voor perfusionisten.

In het koninklijk besluit van 27 september 2006, houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde, zijn elf bijzondere titels of specialisaties bepaald die toegankelijk zijn voor gegradueerde verpleegkundigen-bachelors, waaronder ook de titel van verpleegkundige gespecialiseerd als perfusionist. Echter, niet voor alle bijzondere beroepstitels die in het besluit zijn opgesomd, zijn er ministeriële erkenningbesluiten opgesteld. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de titel van perfusionist.

Sinds 22 april 2019 is het beroep van verpleegkundig specialist vastgelegd in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen.

De verpleegkundig specialist is van het masterniveau met een sterke specialisatie binnen een specifiek zorgdomein. De inschrijving in de wet houdende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen is een eerste stap, maar voor de verdere uitwerking dienen nog een aantal uitvoeringsbesluiten te worden genomen. Het komt in dit verband de betrokken federale adviesorganen toe vooreerst een advies te verlenen over de beroepsuitoefening en erkenningscriteria voor de verpleegkundig specialist. Hiertoe werd een interprofessionele werkgroep samengesteld met leden van de Federale Raad voor Verpleegkunde, de Technische Commissie voor Verpleegkunde en de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. Deze werkgroep heeft afgelopen zomer ook een geconsolideerd advies uitgebracht, dat nu verder dient te worden gevalideerd door zowel de Federale Raad voor Verpleegkunde als de Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen.

Zoals u weet, zijn onder mijn voorgangster, mevrouw De Block, in het kader van de hervorming van het KB nr. 78 een aantal belangrijke stappen gezet inzake het verpleegkundig beroep, waaronder de inschrijving van de verpleegkundig specialist in de wet houdende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Ook de Federale Raad voor Verpleegkunde heeft in de vorige legislatuur verscheidende adviezen opgesteld, waarvan de laatste dateert van december 2019 en handelt over de opleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen.

Ik verkies om eerst ten volle kennis te nemen van alle gegeven en nog te geven adviezen vooraleer mij uit te spreken over individuele erkenningsdossiers. Ik wens te komen tot een gedragen visie op de verpleegkundige zorg van de toekomst, in overleg met alle betrokken partners, onder andere de beroepsorganisaties, sociale partners, het onderwijsveld en de deelstaten.

**30.03** **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik heb er uiteraard alle begrip voor dat u dit op een gecoördineerde manier wilt doen, met de juiste adviezen. Ik ben vooral ook heel blij om te horen dat u een specialisatie erkent. Het is nu even afwachten wat er uit al die adviezen komt. Ik kijk in elk geval uit naar een oplossing voor hen.

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

**31** **Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La transparence des instances d'avis dans le domaine de la santé publique" (55011315C)**

**31** **Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De transparantie van de adviesinstanties op het vlak van de volksgezondheid" (55011315C)**

**31.01** **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, pour gagner du temps, je me réfère à ma question écrite.

Le **président**: Je vous remercie, madame Fonck. Cela nous permettra peut-être – en tout cas, je l'espère –

d'arriver au bout des questions figurant à l'ordre du jour de notre réunion de commission d'aujourd'hui.

**31.02 Catherine Fonck** (cdH): *Monsieur le ministre, la loi du 21 décembre 2013 visant à renforcer la transparence, l'indépendance et la crédibilité des décisions prises et avis rendus dans le domaine de la santé publique, de l'assurance-maladie, de la sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement prévoit que chaque personne associée à l'émission d'avis, de propositions, de recommandations ou de décisions émanant d'une instance visée par la loi établit, lors de sa prise de fonctions, une déclaration générale d'intérêts et que toutes ces instances établissent leur propre système de gestion des conflits d'intérêts. Cette loi, entrée en vigueur en 2016, précise que le Roi établit la liste de ces instances. Mais cette liste n'a pas encore été établie. Or, dans le cadre de la lutte contre la COVID, on se rend encore davantage compte de l'importance de la confiance des citoyens dans les autorités politiques et scientifiques en vue d'une adhésion quant aux mesures prises. Pour cela, la transparence est essentielle.*

*Mes questions sont les suivantes:*

*- Où en est la rédaction de la liste des instances visées par cette loi? Quelles instances seront concernées? Quand cet arrêté sera-t-il adopté?*

*- La loi prévoit qu'un comité déontologique au sein du SPF Santé est chargé d'analyser les systèmes de gestion de conflits d'intérêts et de proposer des ajustements. Ce comité a-t-il été constitué? Pourriez-vous nous éclairer à ce sujet?*

**31.03 Frank Vandebroucke**, ministre: *Monsieur le président, madame Fonck, en ce qui concerne la rédaction de la liste des instances, je peux vous communiquer que trois arrêtés royaux ont été rédigés. Ils doivent encore être adaptés en fonction de l'avis de l'Autorité de protection des données, après quoi ils devront obtenir l'aval de l'inspecteur des Finances. Par ailleurs, ces textes devront être soumis pour avis au Conseil d'État.*

*Il s'agit des arrêtés royaux suivants: l'arrêté royal établissant la liste des instances, l'arrêté royal fixant le modèle de la déclaration générale d'intérêt et l'arrêté royal portant création du comité déontologique.*

*L'arrêté royal établissant la liste des instances concernées devrait s'appliquer aux instances suivantes: le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Sciensano, le Conseil Supérieur de la Santé, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire ainsi que l'Agence fédérale de contrôle nucléaire.*

*La crise sanitaire ayant fortement perturbé le calendrier prévu pour la publication de ces arrêtés royaux, ces derniers devraient être publiés dans le courant du troisième trimestre de 2021. En ce qui concerne le comité déontologique, il sera constitué dès la publication au *Moniteur belge* de l'arrêté royal qui l'institue.*

**31.04 Catherine Fonck** (cdH): *Monsieur le ministre, merci pour votre réponse, à propos de laquelle j'ai quelques commentaires.*

*C'est tout de même assez fou: on vote en 2013 une loi censée s'appliquer en 2016. Nous sommes maintenant en 2020 et les arrêtés royaux n'ont toujours pas été pris. Ainsi, dans la pratique, la loi n'est toujours pas d'application, ce qui pose plusieurs questions. La crise sanitaire a bon dos, mais n'allons pas dire qu'une loi votée en 2013 et censée entrer en vigueur en 2016 n'est toujours pas applicable à cause de la crise sanitaire. Vous vous doutez bien que je ne vous vise pas personnellement, mais le constat que rien n'est encore finalisé pose éminemment question...*

*J'ai bien entendu la liste des instances concernées. Je suis frappée non seulement par la création de nombreuses instances en dehors des 'clous' des instances officielles (groupes de travail, etc.), mais aussi par le recours à de très nombreux consultants externes. En fait, toutes ces structures parallèles non officielles ne devraient-elles pas être soumises à la loi de 2013? Selon moi, cela pose un certain nombre de questions, notamment quant à la transparence et à la crédibilité des différentes structures – au sens général du terme – qui émettent des avis, ainsi qu'à la confiance de l'ensemble des citoyens.*

*Si ce que j'explique ici vous semble pertinent et intéressant, je vous proposerai d'y être attentif puisque tout ceci n'est pas finalisé.*

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



De **voorzitter**: De heer Anseeuw is niet aanwezig om zijn vraag nr. 55011326C te stellen.

**32** Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het extra GMD-honorarium" (55011330C)

**32** Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les honoraires DMG supplémentaires" (55011330C)

**32.01** Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, uw voorstel om de huisartsen 20 euro extra te geven op de Globale Medische Dossiers uit 2019 stuit op onenigheid bij de artsensyndicaten.

Volgens hen blijven de artsen die in 2020 startten in de kou staan. BVAS stelt voor om te vertrekken van het aantal GMD's in 2020, het Kartel/ASGB vindt een uitbreiding van het oorspronkelijke voorstel met een forfaitaire regeling voor starters een betere oplossing.

Zoals eerder al gesteld naar aanleiding van de beleidsnota is het fiscaal gunstiger om dit honorarium vóór 20 december op de rekening van de artsen te storten. U zei daarover in een vorige commissie tijdens de bespreking van de beleidsnota dat zodra het geld bij het RIZIV aanwezig is, dit zal worden doorgestort naar de huisartsen.

Mijnheer de minister, ik heb de volgende vragen. Zal dit bedrag vóór 20 december kunnen worden overgeschreven? Beschikt u al over meer informatie? Voorziet u in een regeling voor artsen die pas in 2020 gestart zijn?

**32.02** Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, over de verschillende kwesties die u aanhaalt, is er overleg met de vertegenwoordigers van de artsen in het RIZIV. Er zijn verschillende issues. Er is het fiscale issue en het issue van de beginnende huisartsen. Dat wordt allemaal overlegd. Ik probeer in overleg met de artsensyndicaten daarvoor praktische oplossingen te vinden.

**32.03** Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw wel heel bondig antwoord.

U zegt dat u in overleg bent. Ik hoop dat dit overleg vóór 20 december in het voordeel van de huisartsen zal zijn afgerond, zodat dit honorarium kan worden overgeschreven. Anders zullen zij de helft verliezen omdat het fiscaal nog zal worden meegerekend.

Wat de beginnende huisartsen betreft, hoop ik dat u inderdaad tot een beslissing kunt komen, want uiteindelijk hebben ook zij dit jaar heel hard de handen uit de mouwen gestoken. Ik denk dat ook zij een bonus verdienen. Die bonus kan niet worden teruggekoppeld naar 2019, maar moet worden teruggekoppeld naar het jaar waarin ze starten, dit jaar dus. Ik hoop dat u daar heel vlug een uitkomst zult vinden.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Van Hoof is afwezig voor haar vraag nr. 55011337C.

**33** Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geestelijke gezondheidszorg" (55011357C)

**33** Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins de santé mentale" (55011357C)

**33.01** Robby De Caluwé (Open Vld): *In de zomer van 2020 werd in het parlement een investering van 67 miljoen euro voor de geestelijke gezondheidszorg toegevoegd aan de globale rijkstoelage.*

*Parallel werd in de Kamer een resolutie goedgekeurd die dergelijke investering bepleitte en enkele inhoudelijke kernthema's naar voren schoof.*

*Het toenmalig kabinet De Block heeft vervolgens begin september een proces van stakeholdersoverleg opgestart.*

*De stakeholders betroffen beroepsverenigingen van klinisch psychologen, de artsensyndicaten, ziekenhuiskoepels, mutualiteiten en patiënten-vertegenwoordiging.*

*Intussen heeft het regeerakkoord bevestigd dat het budget van 200 miljoen euro structureel wordt voorzien*

voor de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast werd ook bepaald dat er budgettaire meerjarentraject wordt opgemaakt, onder andere voor geestelijke gezondheidszorg.  
U kondigde aan 1.500 eerstelijnspsychologen in dienst te zullen nemen en de conventie voor psychologen aan te passen.

Graag vernam ik van de minister een antwoord op volgende vragen.

Aangezien er in de eerste fase van terugbetaling werd gewerkt met een beperkt budget van 22,5 miljoen euro werden een aantal keuzes gemaakt. Zo werd de toegang tot terugbetaling enkel mogelijk na een voorschrift van de arts en werd een strikte beperking ingevoerd van enerzijds het aantal consultaties per patiënt per jaar en anderzijds de indicaties. Welke aanpassingen zullen worden doorgevoerd aan de conventie inzake rechtstreeks toegang, het aantal sessies en de indicaties? Wat is de timing van de aanpassing van de conventie?

Tijdens de eerste golf was het garanderen van voldoende opvang voor gedwongen opnames niet vanzelfsprekend. Zorgverleners werden geconfronteerd met meer zware pathologieën. Hierdoor is de nood aan crisiszorg toegenomen. In de vorige legislatuur is er een pilootproject opgestart waardoor High intensive Care diensten en Intensieve diensten worden gefinancierd. Zal u hier verder op inzetten? Zo ja, hoe zal u garanderen dat er voldoende plaatsen worden voorbehouden voor gedwongen opnames in deze zeer intens bestafte bedden?

**33.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer De Caluwé, tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 2 december werd hierover door de ministers een protocolakkoord gesloten. Dat akkoord gaat vooral over het model waarbinnen de versterking van het zorgaanbod in de eerste lijn via zowel de psychologische functie van de eerste lijn als de gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg wordt georganiseerd.

De volgende stap bestaat erin om, rekening houdend met het protocolakkoord, de modaliteiten van de huidige RIZIV-conventie te herbekijken. Wij doen dat samen met de betrokken actoren. Een eerste ontmoeting gaat door op 11 december. Ik kan nu moeilijk een concrete timing vastleggen, maar dat intensieve overleg zou op korte termijn moeten leiden tot een aangepaste RIZIV-conventie, die ter goedkeuring wordt voorgelegd aan het RIZIV-Verzekeringscomité.

U had ook een vraag over de high intensive care-diensten (HIC-diensten) en de intensieve diensten (ID). Dat zijn pilootprojecten die als doel hebben om mensen in crisissituaties, al dan niet onder een statuut van gedwongen opname, met een hogere personeelsomkadering en in kleinere units te behandelen. Uit ervaringen in het buitenland blijkt dat deze diensten minder vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen dan klassieke opnamediensten. Zij vermijden ook dat mensen in een crisissituatie via een juridische maatregel gedwongen moeten worden opgenomen. Het is dus niet de bedoeling om de HIC-diensten en ID's enkel voor gedwongen opnames in te zetten.

In samenwerking met de koepelorganisaties van ons land heeft mijn administratie een enquête uitgewerkt om de impact van de crisis op de gedwongen opnames te becijferen. Ik verwacht de resultaten daarvan tegen eind december. Op basis daarvan en zoals het regeerakkoord heeft bepaald, is het de bedoeling om in overleg met de sector de mobiele teams verder uit te bouwen alsook verder werk te maken van de intensifiëring van de psychiatrische diensten.

Dat zullen wij allemaal doen, ook het voorgaande dat ik heb gezegd, binnen het beschikbare budget van 200 miljoen euro. De middelen die hierin zullen worden geïnvesteerd, komen boven op het budget dat reeds is uitgetrokken voor meer handen aan het bed van de *blouses blanches*, waarbij een voltijdse eenheid extra wordt gefinancierd per psychiatrische dienst. Voor de psychiatrische ziekenhuizen is dat een budget van samen 36,5 miljoen euro.

**33.03** **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, het doet mij plezier om te horen dat u effectief aan de slag gaat met wat wij in het Parlement hebben gedaan. Ik denk aan de 67 miljoen euro, maar ook de goedgekeurde resoluties. Ik heb er ook alle vertrouwen in dat het budget dat daarbovenop komt, namelijk de 200 miljoen euro, waaraan u refereerde, op een goede manier zal worden ingezet. Ik hoor dat u daarvoor al gesprekken voert en dat u momenteel een aantal zaken laat onderzoeken. Ik kijk er hoopvol naar uit, want het is belangrijk dat wij heel sterk inzetten op de geestelijke gezondheidszorg.

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

**34** Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les agressions envers le personnel soignant" (55011358C)

**34** Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De agressie tegen het zorgpersoneel" (55011358C)

**34.01** **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, j'ai déjà eu l'occasion d'évoquer ce point avec vous voici quelques semaines. J'y reviens malheureusement car, à la lecture d'un article du 17 novembre 2020, cela m'a semblé utile de l'aborder une fois encore.

En 2015, il y a eu 174 plaintes pour coups et blessures volontaires envers des ambulanciers, pharmaciens, membres du personnel médical ou paramédical. En 2019, on compte pas moins de 247 plaintes.

La police fédérale affirme être intervenue sur 25 cas de violence physique en province de Liège, 22 dans le Hainaut, 6 en province de Namur, etc.

Cette même année, il y a également eu 83 dégradations de propriété et 873 vols chez des médecins, dentistes et pharmaciens. Par ailleurs, 666 plaintes ont été déposées pour violence physique et 316 pour dégradations dans les hôpitaux. La police confirme également 10 % d'interventions en plus chez ces professionnels depuis le début de la pandémie.

Monsieur le ministre, toute insulte ou agression envers le personnel soignant est évidemment inadmissible. Il semble que les statistiques ne reflètent qu'une faible proportion de l'agressivité que peuvent avoir des patients et des familles à l'égard des soignants. Comment encourager les victimes à porter plainte? Comment endiguer ce phénomène et stopper ces comportements agressifs qui n'ont en aucun cas leur place dans ces institutions dont le rôle est de nous protéger? De nouvelles initiatives sont-elles envisagées, notamment en termes d'information et de sensibilisation à l'égard des citoyens?

**34.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Rigot, ne m'en veuillez pas. J'ai aujourd'hui une succession de réponses extrêmement synthétiques à vos questions.

Tout d'abord, je voudrais dire que je partage vos préoccupations. Je trouve en effet une telle violence inadmissible, alors que le personnel dans son ensemble est sous pression et qu'on ne peut que saluer ses efforts quotidiens.

Je vais examiner avec mon administration les actions possibles. En effet, il y a déjà eu par le passé des projets soutenus par le SPF Santé publique visant à prévenir cette violence au travail dans le secteur hospitalier. Je dois d'abord faire un peu le bilan de ce qui a été présenté et proposé par le passé et voir ce qu'il y a lieu de faire au vu des faits que vous soulignez, je crois, à juste titre.

**34.03** **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, je ne vous en veux pas d'avoir des réponses courtes, tant qu'elles sont claires. J'entends un engagement de votre part à avancer. Je ne manquerai pas de revenir vers vous car cela doit se traduire par des actions qui attestent de notre soutien à l'égard de celles et ceux qui sont là dans l'intérêt de la collectivité. Lorsqu'on touche à l'un ou l'une d'entre eux, on touche à l'intérêt de l'ensemble de nos concitoyens, à l'intérêt d'être pris en charge comme il se doit dans toutes les institutions qui sont à notre service. C'est évidemment un travail qui doit être mené d'arrache-pied avec votre collègue de l'Intérieur. Je compte dès lors sur vous pour relayer ces préoccupations, pour porter notre voix auprès de votre collègue et pour mener des actions dans le futur.

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

Le **président**: La question n° 55011360C de Mme Muylle est transformée en question écrite.

**35** Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De European Health Union" (55011376C)

**35** Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'Union européenne de la santé" (55011376C)

**35.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de interministeriële conferentie tussen de Europese ministers van Volksgezondheid. Ik heb gezien dat de farmaceutische strategie voor Europa aan de agenda stond. Dat interesseert mij bijzonder.

Mijnheer de minister, welk standpunt hebt u voor ons land ingenomen? Welke concrete actieplannen hebt u op korte termijn voor ogen?

Hebt u ook de versterking van het BeNeLuxA-initiatief bepleit? Hoe zal dat concreet worden ingevuld? Wat is de conclusie van die interministeriële conferentie?

Wat is de conclusie over het Europese HTA-Netwerk en het project BENEFIT? Wat zal er concreet gebeuren op korte termijn waar ons land aan zal deelnemen?

Werd daar ook gesproken over de strategie van het covidvaccin? Is er ook over de farmacovigilantie gesproken? We hebben het hier al vaker gehad over het gebrek aan transparantie van de contracten van die covidvaccins. Zijn er afspraken gemaakt over de vigilantie, eens de vaccins zijn toegediend aan onze Europese burgers?

**35.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Het is geen verwijt, maar 2 december is ondertussen voorbij. Ik kan dus alleen maar terugblikken.

Dat was wel een belangrijke vergadering, maar de voorstellen van de Europese Commissie die voorlagen waren maar zeer recent gepubliceerd. "De farmaceutische strategie" is gepubliceerd op 25 november. "De Europese Gezondheidsunie", the Health Union, werd kort daarvoor gepubliceerd.

Het Duitse voorzitterschap had een debat met enkele zeer algemene vragen. Er werd aan ons gevraagd om in zeer algemene zin een eerste positie in te nemen ten aanzien van de voorstellen met betrekking tot de European Health Union and the European Pharmaceutical Strategy.

Ik heb op de twee zeer positief gereageerd. Ik vind het idee van een Europese Gezondheidsunie, maar ook de concrete voorstellen die voorliggen, absoluut welkom. Ik heb onder meer in naam van België gezegd dat een echte versterking van het Europees responsmechanisme op sanitaire noodsituaties zeer belangrijk is.

Men moet inderdaad samen Europees kunnen optreden bij sanitaire crisissen die zich aankondigen, zeker wanneer die grensoverschrijdend zijn natuurlijk, maar die zijn vaak ook grensoverschrijdend. De versterking van het Health Security Committee en van ECDC hoort daarbij, zoals ook data-uitwisseling. Het zijn zaken die ik positief verwelkomd heb. De Europese farmaceutische strategie hoort er ook bij en dat is zeker voor een land als België belangrijk vermits wij ook een speler zijn in de farmaceutische innovatie.

Ik heb de klemtoon gelegd op wat ook duidelijk aanwezig is in die strategie, namelijk dat het gaat om innovatie, maar ook om toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de patiënt en betaalbaarheid voor de overheden. Ik heb ook beklemtoond dat wij transparantie willen in die Europese samenwerking tussen de lidstaten en met de Europese Commissie. Men heeft daar van België een overwegend zeer positieve houding gehoord.

U tipt een aantal andere dingen aan die daar eigenlijk niet ter sprake zijn gekomen. Er was een mondeling rapport vanwege ECDC over de epidemiologische situatie, waarbij onder meer werd gezegd: let op, de cijfers evolueren wel gunstig in een aantal landen, maar er is nog een lange weg te gaan. Let op met versoepelingen voor Kerstmis, werd daar onder meer gezegd door de mensen van ECDC. Het Europese Geneesmiddelenagentschap heeft daar ook aangekondigd dat we een opinie zouden hebben van het agentschap met betrekking tot Pfizer op 29 december, dat is vandaag natuurlijk geen nieuws meer, en Moderna op 12 januari, vandaag ook geen nieuws meer. Andere dingen die u aanstipt, zijn daar eigenlijk niet aan bod gekomen.

Ik heb natuurlijk zelf wel even verwezen naar het BeNeLuxA initiatief, dat we inderdaad verder willen versterken. Het belang van Europees *health technology assessment, benefit project*. U vraag mij of ik dit verder concreet kan invullen. Dat kan ik hier nu niet zo meteen doen. Ik vind dat erg belangrijke dingen, maar zoals voor andere onderwerpen die vandaag aan bod zijn gekomen, heeft covid natuurlijk wel een beetje in de weg gestaan om dat verder in te vullen.

**35.03 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het was voor u natuurlijk ook een eerste kennismaking. Er zijn toch aandachtspunten voor de Europese strategie rond medicatiebeleid. Het is goed dat wij samenwerken. Het is ook goed dat wij bepaalde zaken samen gaan aanpakken. Wij mogen echter niet uit het oog verliezen dat bijvoorbeeld een BeNeLuxA-initiatief toch wel over een zeer beperkt aantal dossiers gaat op dit moment.

Als wij die toegankelijkheid tot innovatie naar onze patiënten willen brengen, zullen wij ook eigen initiatieven moeten uitwerken, ondersteunen, vormgeven, naar bijvoorbeeld *pay for performance*. Wij moeten er voor de patiënten in ons land voor blijven zorgen dat België een aantrekkelijk land blijft om medicatie te gaan verdelen. Dat is een bezorgdheid die ik soms toch wel heb. De Europese plannen zijn vaak op lange termijn, maar vandaag kunnen wij noteren dat de toegankelijkheid tot innovatie niet echt goed is. Wij zitten in de middenmoot. Wij moeten daar eerder vandaag dan morgen aan werken. Onze patiënten verdienen dat. Onze patiënten hebben recht op die innoverende geneesmiddelen die hen zeker kunnen helpen bij een zeer zware gezondheidsproblematiek, die hen kunnen doen overleven en een kwalitatief verder leven kunnen geven.

Ik wil er dus voor pleiten om echt die lokale mogelijkheden uit te werken. U zei het, ook die aantrekkelijke rol van de farmasector, die wij in ons land hebben, moeten wij blijven verdedigen. Wij moeten blijven samenwerken met hen. Wij mogen niet alle eieren in dat Europese mandje leggen, want dan vrees ik dat wij heel veel gaan praten maar dat de toegang tot innovatie niet snel zal vergroten voor onze patiënten.

Ik dank u dat u let op de transparantie. Dat is een absoluut werkpunt. Wij hebben het nu gezien bij de contracten met betrekking tot covid. Het is absoluut een gemiste kans dat ons land niet aan tafel zit bij de onderhandeling over de covidvaccins, terwijl bijvoorbeeld Nederland wel aan tafel zat. Dat is een werkpunt waar wij allemaal achter moeten staan.

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

Le **président**: Chers collègues, j'ai une excellente nouvelle. Je vous annonce que nous avons rempli notre défi et vidé l'agenda du jour. Il reste une question n° 55011468C de M. De Caluwé sur le don d'organes, de orgaandonatie.

**35.04 Minister Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Caluwé, ik heb een vrij uitvoerig antwoord op uw vraag, maar het is volledig in het Frans. Dat is wat ongepast. Bovendien is het reeds laat. Zouden we die vraag kunnen omzetten in een schriftelijke vraag? U zal het antwoord snel hebben, want ik heb het al. Het moet alleen nog vertaald worden. Dan sparen we ook tijd en kunnen we vertrekken.

**35.05 Robby De Caluwé** (Open Vld): Voor mij is dat prima, geen enkel probleem.

De **voorzitter**: Dank u wel aan iedereen en goedenavond.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.57 uur.  
La réunion publique de commission est levée à 18 h 57.*