



CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE
KANSEN

Mardi

Dinsdag

02-02-2021

02-02-2021

Après-midi

Namiddag

N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	Parti Socialiste
VB	Vlaams Belang
MR	Mouvement réformateur
CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	Partij van de Arbeid – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	Open Vlaamse Liberalen en Democraten
Vooruit	Vooruit
cdH	centre démocrate Humaniste
DéFI	Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications :		Afkortingen bij de nummering van de publicaties :	
DOC 55 0000/000	Document parlementaire de la 55 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 55 0000/000	Parlementair stuk van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beigeleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants	Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Commandes :	Bestellingen :
Place de la Nation 2	Natieplein 2
1008 Bruxelles	1008 Brussel
Tél. : 02/ 549 81 60	Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be	www.dekamer.be
e-mail : publications@lachambre.be	e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Questions jointes de	1
- Dominiek Sneepe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires" (55012613C)	1
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires" (55013535C)	1
<i>Orateurs: Steven Creyelman, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Questions jointes de	3
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le gaz hilarant" (55012628C)	3
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation de gaz hilarant" (55012751C)	3
<i>Orateurs: Kathleen Depoorter, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Questions jointes de	6
- Bert Moyaers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La déclaration du comité belge REACH concernant les HAP dans les gazons synthétiques et aires de jeu" (55012676C)	6
- Bert Moyaers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude récente de la VU Amsterdam sur les substances cancérogènes dans les granulats de caoutchouc" (55013076C)	6
<i>Orateurs: Bert Moyaers, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cyberattaques ciblant les hôpitaux" (55012845C)	11
<i>Orateurs: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de Sophie Thémont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de l'endométriose comme une affection de longue durée" (55012873C)	13
<i>Orateurs: Sophie Thémont, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de Kathleen Depoorter à Frank	16

INHOUD

Samengevoegde vragen van	1
- Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen" (55012613C)	1
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen" (55013535C)	1
<i>Sprekers: Steven Creyelman, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Samengevoegde vragen van	3
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het lachgas" (55012628C)	3
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het lachgasgebruik" (55012751C)	3
<i>Sprekers: Kathleen Depoorter, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Samengevoegde vragen van	6
- Bert Moyaers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verklaring van het Belgisch comité REACH over PAK's in kunstgrasvelden en speelterreinen" (55012676C)	6
- Bert Moyaers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het nieuw gepubliceerde onderzoek van de VU over kankerverwekkende stoffen in rubbergranulaat" (55013076C)	6
<i>Sprekers: Bert Moyaers, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Cyberaanvallen op ziekenhuizen" (55012845C)	11
<i>Sprekers: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van Sophie Thémont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van endometriose als langdurige aandoening" (55012873C)	13
<i>Sprekers: Sophie Thémont, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank	16

Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un programme médical d'urgence pour l'Ajovy" (55012874C)

Orateurs: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een medisch noodprogramma voor Ajovy" (55012874C)

Sprekers: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'immunoglobulines" (55012853C)

Orateurs: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Ontbrekende immunoglobulines" (55012853C)

Sprekers: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médecins et dentistes qui cessent d'exercer" (55012995C)

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsen en tandartsen die hun werkzaamheden stopzetten" (55012995C)

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le comportement prescripteur des médecins" (55013117C)

Orateurs: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijfgedrag van artsen" (55013117C)

Sprekers: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments indisponibles" (55013284C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pénuries de médicaments" (55013423C)

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments indisponibles" (55013534C)

Orateurs: **Laurence Zanchetta, Steven Creyelman, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Samengevoegde vragen van
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onbeschikbare geneesmiddelen" (55013284C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geneesmiddelentekorten" (55013423C)

- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onbeschikbare geneesmiddelen" (55013534C)

Sprekers: **Laurence Zanchetta, Steven Creyelman, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance du titre d'alcoologue" (55013308C)

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de titel van alcohololoog" (55013308C)

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nitrites dans les charcuteries" (55013309C)

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Nitriet in vleeswaren" (55013309C)

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de	31	Samengevoegde vragen van	31
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'AFMPS" (55013313C)	31	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het FAGG" (55013313C)	31
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'AFMPS" (55013316C)	31	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het FAGG" (55013316C)	31
<i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter , Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter , Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stock stratégique de seringues et d'aiguilles" (55013322C)	34	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De strategische stock spuiten en naalden" (55013322C)	33
<i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter , Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter , Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier médical global" (55013337C)	35	Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het globaal medisch dossier" (55013337C)	35
<i>Orateurs:</i> Frieda Gijbels , Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Frieda Gijbels , Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contrôles d'infirmiers à domicile par le SCEM" (55013392C)	36	Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De controles van de DGEK bij thuisverpleegkundigen" (55013392C)	36
<i>Orateurs:</i> Yoleen Van Camp , Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Yoleen Van Camp , Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Nathalie Gilson à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le capteur intelligent pour les tests du sommeil" (55013406C)	38	Vraag van Nathalie Gilson aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De testkit met smart sensor om slaapstoornissen te meten" (55013406C)	38
<i>Orateurs:</i> Nathalie Gilson , Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Nathalie Gilson , Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'instauration d'une indemnité kilométrique pour les médecins généralistes de garde" (55013412C)	40	Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De invoering van een kilometervergoeding voor de huisartsen van wacht" (55013412C)	40
<i>Orateurs:</i> Caroline Taquin , Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Caroline Taquin , Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	

Questions jointes de	42	Samengevoegde vragen van	42
- Caroline Taquin à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La potentielle augmentation des chirurgies de l'obésité" (55013415C)	42	- Caroline Taquin aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mogelijke toename van het aantal heelkundige ingrepen tegen zwaarlijvigheid" (55013415C)	42
- Hervé Rigot à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les opérations de chirurgie bariatrique" (55013425C)	42	- Hervé Rigot aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bariatrische chirurgie" (55013425C)	42
<i>Orateurs:</i> Caroline Taquin, Frank Vandebroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Caroline Taquin, Frank Vandebroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Caroline Taquin à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incidence du métier de pompier sur la santé de ces professionnels" (55013422C)	44	Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van het beroep van brandweerman op de gezondheid van die beroepscategorie" (55013422C)	44
<i>Orateurs:</i> Caroline Taquin, Frank Vandebroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Caroline Taquin, Frank Vandebroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCESCOMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 2 FEVRIER 2021

DINSDAG 2 FEBRUARI 2021

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 08 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.08 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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 Samengevoegde vragen van

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen" (55012613C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen" (55013535C)

01 Questions jointes de

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires" (55012613C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires" (55013535C)

01.01 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, als u zich afvraagt waarom wij dezelfde vraag hebben ingediend, dat is omdat collega Sneppe vandaag jammer genoeg iemand van haar familie ten grave moet dragen.

Het gemiddelde maximale ereloonsupplement in een Belgisch ziekenhuis bedraagt momenteel 182%. Vooral in Brussel (270%) en Wallonië (213%) gaat het hard. Vlaanderen (147%) is wel aan een inhaalbeweging bezig. Dat blijkt uit de jongste analyse van de gevraagde maximale ereloonsupplementen op eenpersoonkamers van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (VNZ). De tijd dat men zich beperkte tot het dubbele (100%) is intussen blijkbaar al even verleden tijd. Uit deze analyse blijkt dat nu nog acht Vlaamse en één Waals ziekenhuis (Moeskroen) een maximaal supplement van 'slechts' 100% vragen.

De ziekenhuisbarometer van de CM leert ons dat in september 2019 tien ziekenhuizen - waarvan negen Vlaamse - zich tevreden stelden met 100%. Diezelfde barometer geeft aan dat de ereloonsupplementen in stijgende lijn gaan.

Volgens de gegevens van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds bedraagt het Belgische gemiddelde momenteel maximaal 182% ereloonsupplement. Achter dat algemene gemiddelde gaan echter

01.01 Steven Creyelman (VB):
Le supplément d'honoraires maximum moyen dans les hôpitaux belges s'élève actuellement à 182 %. Ce pourcentage est de 270 % à Bruxelles, de 213 % en Wallonie et de 147 % en Flandre, où un mouvement de rattrapage s'est amorcé. Bruxelles est depuis de longues années la première de ce classement. Les suppléments d'honoraires s'élèvent même à pas moins de 300 %, soit le quadruple du tarif convenu avec l'INAMI, dans huit hôpitaux sur les onze de la capitale!

Comment expliquer ces différences énormes entre les Régions? Pourquoi les hôpitaux ne respectent-ils pas le taux convenu? Quelles mesures le ministre va-t-il prendre pour mettre fin à cette hausse continue?

grote regionale verschillen schuil.

Al jarenlang spant Brussel de kroon. De ereloonsupplementen in acht van de elf hoofdstedelijke ziekenhuizen bedraagt 300%. Dat is viermaal het afgesproken Riziv-tarief! Het Brusselse gemiddelde staat als een huis: 270%...

In Wallonië gaat het gemiddeld over 213% en in Vlaanderen bedraagt het 147%.

Vanwaar die enorme verschillen tussen de regio's?

Als er een Riziv-tarief afgesproken wordt, waarom houdt men zich daar dan niet aan?

Wat zal u ondernemen om die gestage stijging te stoppen?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Creyelman, net als u baart de problematiek van de stijgende en ongelijk verdeelde ereloonsupplementen mij ook zorgen. Er is geen objectieve verklaring voor de grote verschillen tussen de regio's of tussen de ziekenhuizen.

Het optrekken van de ereloonsupplementen is een beslissing van de ziekenhuisbeheerders, in samenspraak met de artsen. Volgens hen is dat nodig omdat er een gebrek aan financiering door de overheid is via het Budget van Financiële Middelen en om te vermijden dat zij in financiële problemen zouden komen. De ziekenhuisbeheerders verwijzen daarbij naar de MAHA-studies, de jaarlijkse analyse van de financiële situatie van de algemene ziekenhuizen die door Belfius wordt uitgevoerd.

Ziekenhuizen voelen zich dan ook genoodzaakt om inkomsten te verwerven langs andere wegen en rekenen dus op de afdrachten van de artsen die deze ereloonsupplementen aanrekenen. Door een gebrek aan transparantie over die afdrachten kan op macroniveau echter niet worden ingeschat hoe de inkomsten via ereloonsupplementen de verhouding tussen artsen en ziekenhuisbeheerders en de financiering van de ziekenhuizen precies beïnvloeden. Men weet ook niet wat de bestemming is die de ziekenhuizen geven aan inkomsten op basis van ereloonsupplementen. Dat verschilt ook allemaal van ziekenhuis tot ziekenhuis.

De stijging van de ereloonsupplementen en de ongelijke verdeling ervan is een zorgwekkende trend die wij een halt willen toeroepen. Dat staat ook expliciet in het regeerakkoord. Zoals u weet, ben ik dan ook van plan om een hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering door te voeren, inclusief de problematiek van de ereloonsupplementen.

Het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2021, dat vorige vrijdag door de ministerraad werd goedgekeurd, bepaalt dat snel stappen zullen worden gezet om binnen de honoraria van alle artsen het gedeelte medisch honorarium bestemd om alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van de medische verstrekkingen en die niet worden gedekt door andere bronnen, op een transparante en gestandaardiseerde manier te onderscheiden van het gedeelte honorarium bestemd om de verstrekking door de arts te dekken.

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La hausse et la répartition inégale des suppléments d'honoraires m'inquiètent également. Aucune raison objective ne permet d'expliquer les différences importantes entre les Régions ou les hôpitaux.

Le relèvement des suppléments d'honoraires dépend d'une décision prise par les gestionnaires des hôpitaux en concertation avec les médecins. Ils estiment que ces hausses sont nécessaires pour pallier le manque de financements publics. Les gestionnaires se réfèrent à cet égard à l'étude annuelle MAHA de Belfius.

Les hôpitaux se voient contraints de générer des recettes par d'autres biais et comptent sur les contributions des médecins. Le manque de transparence à ce sujet ne permet pas d'évaluer, au niveau macro, dans quelle mesure cet élément influence précisément le rapport entre médecins et gestionnaires d'hôpitaux et le financement des établissements hospitaliers. La destination donnée à ces montants varie également d'un établissement à l'autre.

Conformément à l'accord de gouvernement, nous voulons mettre un terme à l'augmentation des suppléments d'honoraires et à leur répartition inégale. J'ai l'intention d'opérer une réforme de la nomenclature et du financement des hô-

Voorts preciseert het akkoord dat de hervorming niet los kan worden gezien van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Daarbij komen een aantal andere dingen kijken, zoals de wettelijke garanties waarin moet worden voorzien op het vlak van het medisch beheer in de ziekenhuizen en het wettelijke kader dat moet worden gecreëerd voor de vaststelling van de medische honorariumafdrachten aan de ziekenhuisbeheerder, en dat preciseert welke kosten daarvoor in aanmerking komen.

Ik steun uiteraard ook de vraag van de nationale commissie om te voorzien in een beheersingspad voor de ereloonsupplementen in de ziekenhuissector. Dat beheersingspad moet zowel betrekking hebben op de supplementen als op de afhoudingen in de ziekenhuizen.

pitaux, y compris le problème des suppléments d'honoraires.

L'accord national médico-mutualiste 2021 prévoit, par étapes, de distinguer de façon transparente et standardisée, au sein des honoraires de tous les médecins, la partie "honoraires médicaux destinés à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales et non couverts par d'autres sources" de la partie "honoraires destinés à couvrir la prestation du médecin". L'accord précise que la réforme ne peut pas être dissociée de la réforme du financement des hôpitaux, qui inclut notamment aussi les garanties légales en matière de gestion médicale dans les hôpitaux.

Je soutiens la demande de la commission nationale visant à prévoir un trajet de maîtrise pour les suppléments d'honoraires dans le secteur hospitalier. Ce trajet doit se rapporter tant aux suppléments qu'aux retenues dans les hôpitaux.

01.03 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, als men de verschillen tussen de maximale gemiddelde ereloonsupplementen bekijkt, kan men enkel vaststellen dat ook dit dossier, zoals zoveel zaken in dit land, een communautair tintje heeft. Misschien is het dus inderdaad tijd om de financiering van de ziekenhuizen te herbekijken.

U weet ook wel dat het niet altijd de arts-specialist is die verantwoordelijk is voor het ereloonsupplement. In sommige gevallen voegt het ziekenhuis zonder instemming van de arts supplementen toe aan het honorarium van de arts, supplementen die rechtstreeks in de kassa van het ziekenhuis terechtkomen, om het oneerbiedig te zeggen. Men moet dus opletten dat men niet altijd direct naar de arts wijst en ik zwijg dan nog over de gevolgen voor de patiënten.

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

01.03 Steven Creyelman (VB): Les différences ont clairement un accent communautaire. Il est temps de réexaminer le financement des hôpitaux, mais le médecin spécialiste n'est pas toujours responsable du supplément d'honoraires. Dans certains cas, l'hôpital ajoute, sans le consentement du médecin, des suppléments qui aboutissent directement dans les caisses de l'hôpital.

02 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het lachgas" (55012628C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het lachgasgebruik" (55012751C)

02 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le gaz hilarant" (55012628C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation de gaz hilarant" (55012751C)

02.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, vorige week was er de berichtgeving van Vias dat een op zeven jonge automobilisten durft rond te rijden onder invloed van lachgas. Dat is in mijn ogen problematisch. Het is ook een heel gevaarlijke drug, die onder een heel sympathieke naam verkocht wordt, maar die wel irreversibele gevolgen kan hebben voor de gezondheid. De commissie voor Gezondheid moet dat dus zeker opvolgen.

Mijnheer de minister, bent u bereid wettelijke initiatieven te nemen om te komen tot een verbod op de verkoop van kleine capsules? Het is immers zo dat wij hier in het Parlement reeds een verbod goed-gekeurd hebben op de verkoop van lachgas aan minderjarigen. Het zijn echter net de kleine capsules die toch nog een probleem kunnen vormen. Een automobilist is in principe meerderjarig. Dus daarmee schieten wij ons doel een beetje voorbij. Bent u bereid om wettelijke initiatieven daartoe te nemen?

Hebt u zicht op de problematiek vandaag? Kunt u onderstrepen wat Vias heeft meegedeeld?

Er is tijdens de covidpandemie ook een grotere incidentie van drugsgerelateerde problemen. Had u een overleg met de spoedartsen met betrekking tot de incidentie van drugsproblemen op de spoed?

02.02 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega Depoorter heeft het probleem reeds uiteengezet. Ik heb nog een heel specifieke vraag.

Enige tijd geleden vroeg ik aan uw voorganger of er reeds studies zijn over dit thema en deze problematiek. Zij antwoordde mij toen dat er in 2018 of 2019 een werkgroep van start zou zijn gegaan om het probleem in kaart te brengen. Zij hebben nu één of twee jaar onderzoek kunnen doen. Hoeveel staan ze? Wat zijn hun bevindingen?

Bent u zich ook bewust van het stijgend gebruik? Wij zien immers niet alleen in het verkeer die cijfers stijgen, we zien dat het ook aanwezig is op al die coronaparty's. Het middel dat daar gebruikt wordt, is helaas lachgas. Ik wil het graag in de groep gooien, ik heb zelf van dichtbij jonge levens zien verloren gaan, vrienden van mijn broertje, in een auto-ongeval waarbij lachgascapsules zijn teruggevonden. Wij moeten hiervan echt wel heel snel werk maken, want het zou nog wel eens harder uit de hand kunnen lopen dan vandaag reeds het geval is.

02.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, het klopt dat we via verschillende kanalen vragen en signalen over lachgas krijgen. Vooral van politiezones krijgen mijn diensten steeds meer signalen van overlast door het gebruik van lachgas. Men vindt achtergelaten patronen. Het wordt als partydrug gebruikt en verhandeld.

Op dit moment hebben we beperkte cijfers over het recreatief gebruik van lachgas. In Vlaanderen blijkt uit het uitgaansonderzoek van de VAD dat 3,4 % lachgas heeft gebruikt. Dit zijn cijfers van 2018. Dit staat in contrast met de cijfers die vorige week door Vias zijn

02.01 Kathleen Depoorter (N-VA): La semaine dernière, Vias a fait savoir qu'un jeune automobiliste sur sept jugeait utile de circuler sous l'influence du gaz hilarant. La vente de ce gaz aux mineurs d'âge sera bientôt interdite.

Le ministre est-il disposé à prendre des initiatives légales pour faire interdire la vente de ces petites capsules? De quelle ampleur ce problème est-il aujourd'hui? Le ministre s'est-il déjà concerté avec les urgentistes au sujet des accidents de roulage provoqués par la conduite sous influence de gaz hilarant et constatés par les services des urgences?

02.02 Nawal Farih (CD&V): Il y a deux ans, on devait lancer un groupe de travail chargé de cartographier le problème du gaz hilarant. À quelles conclusions ce groupe de travail est-il parvenu?

On observe que non seulement les chiffres sur l'usage de gaz hilarant dans la circulation routière sont en augmentation, mais que ce gaz est une drogue très prisée dans toutes sortes de soirées anticonfinement. Si nous ne prenons pas ce problème à bras-le-corps maintenant, il continuera d'échapper à tout contrôle. Le ministre en est-il bien conscient?

02.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Des messages nous parviennent en effet de différents canaux nous signalant les nuisances causées par l'utilisation de gaz hilarant. Pour l'instant, nous ne disposons guère de chiffres. Il ressort d'une étude réalisée en 2018 sur le monde de la nuit en Flandre que 3,4 % des sondés utilisaient du gaz hilarant. Les

bekendgemaakt. Ik kan de cijfers niet bevestigen.

Ik denk dat het belangrijk is dat we een goede monitoring opzetten. Ik zal aan Sciensano vragen om een trendspotter op te zetten. Dat is een kort onderzoek dat een trend in kaart brengt. Ik heb al vernomen dat ook de VAD het opnieuw zal opnemen in de leerlingenbevraging in het secundair onderwijs en de studentenbevraging in het hoger onderwijs.

Dan kom ik tot de cijfers uit de covid enquêtes. Op dit moment ontvangen we signalen noch cijfers die kunnen bevestigen dat er een toename is. Ik zeg dat niet om het probleem te relativeren; begrijp mij niet verkeerd, want het drama waarover mevrouw Farih het had, en dat ongetwijfeld ook mevrouw Depoorter heeft geïnspireerd, is ernstig genoeg om daarover zeer goed na te denken. Ik wil mij niet verbergen achter statistieken, maar ik denk wel dat het belangrijk is om dat goed te monitoren.

De regelgeving inzake lachgas is zeer versnipperd en biedt geen antwoord op het voorliggende probleem. De capsules worden bijvoorbeeld gebruikt in voeding. Als ik mij niet vergis, werd in 2020 een tekst in de commissie voor Gezondheid goedgekeurd inzake het verbieden van de verkoop van kleine capsules aan minderjarigen en het invoegen van een waarschuwing. De Europese Commissie heeft daarover opmerkingen gegeven. Dat kan nu verder de parlementaire weg afleggen. Dit punt werd ook opgenomen in de werkgroep Levensmiddelen en Additieven, om ook op Europees niveau de regelgeving te herbekijken en andere lidstaten te bevragen over het recreatief gebruik van lachgas.

Uw vraag was ook of we dit ook voor meerderjarigen kunnen verbieden. Ik kan daarop nu geen duidelijk antwoord geven, waarvoor mijn excuses. Ik moet even nadenken hoe we die kwestie op de agenda kunnen zetten. Ik maak mij wel zorgen, want dit zou een mogelijke nieuwe trend kunnen zijn. Ik zal aan de Algemene Cel Drugsbeleid vragen om dit op de agenda te zetten, zodat we samen met de Gemeenschappen kunnen bekijken hoe we dit preventief en repressief kunnen aanpakken.

Ik hoop dat u mijn antwoord niet te vrijblijvend vindt, want ik heb nog niet echt de tijd gehad om mij hierop te concentreren. De vragen vormen echter een wake-upcall. We moeten beslissen welk beleid we gaan voeren en hiervoor moeten we proberen de cijfers beter in kaart te krijgen.

02.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, uw antwoord was effectief niet heel concreet, maar het belangrijkste is nu dat we dit punt op de agenda plaatsen. We mogen deze problematiek immers niet onderschatten. Als ik eens rondkijk op de pleintjes in onze stad, dan heb ik het vermoeden dat er een zekere nuance bestaat tussen de statistieken en de realiteit. De genoemde 3,4 % is echt wel weinig. Wat de monitoring en de trendspotter betreft, ben ik het dus zeker met u eens.

Wat de wettelijke initiatieven betreft, hebben wij bij de behandeling van de wet in 2020 een amendement ingediend waarmee we een verbod voor minderjarigen vroegen. Dat is echter weggestemd. Wie hielden toen rekening met een *sunset clause*, waarmee men de

chiffres de Vias sont toutefois beaucoup plus élevés. Je demanderai à Sciensano de quantifier le problème. Nous n'avons à ce jour pas de chiffres confirmant que l'utilisation a augmenté durant la crise du coronavirus.

La réglementation en matière de gaz hilarant est très fragmentée et n'apporte pas de réponse au problème actuellement. Les capsules sont également utilisées dans l'alimentation. En 2020, la commission de la Santé publique a adopté un texte prévoyant l'interdiction de la vente de petites capsules aux mineurs et l'ajout d'un avertissement. Ce texte peut à présent poursuivre son chemin parlementaire.

À l'échelon européen, la question a été abordée au sein du groupe de travail Produits alimentaires et additifs.

Cette mode m'inquiète en tout cas, mais je devrai d'abord déterminer s'il est possible d'instaurer une interdiction pour les majeurs. Je demanderai à la Cellule générale Drogues d'inscrire le point à l'ordre du jour, afin de pouvoir lutter contre ce problème en concertation avec les Communautés.

02.04 Kathleen Depoorter (N-VA): L'essentiel est d'inscrire le problème à l'ordre du jour. Gardons-nous certainement de le sous-estimer. Lors de la discussion de la loi en 2020, un amendement présenté par notre groupe demandant l'interdiction de ce gaz pour les mineurs a malheureusement été rejeté. L'industrie alimentaire devrait lui chercher un substitut, à l'instar de ce qui a été fait lors de l'interdiction des CFC.

industrie nog enige tijd kon geven om een alternatief te zoeken voor het gebruik van dat gas voor voedingsmiddelen. Dat is immers het tegenargument dat men vaak aanhaalt: het kan niet worden verboden, want het wordt nog steeds gebruikt in de voedingsindustrie. In het geval van de cfk's is dat verbod echter wel mogelijk gebleken en dus zou het in principe ook voor lachgas moeten kunnen.

Het is heel goed dat deze kwestie op de agenda staat, zodat we er verder aan kunnen werken. Dat is het allerbelangrijkste punt, want we willen allemaal vermijden dat hiermee nog meer jonge levens verloren gaan.

02.05 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik kan mij aansluiten bij de collega, want ik vind het goed dat er een trendspotter opgezet wordt. Ik ben zelf nog zeer jong en als ik in mijn omgeving zou navragen wie daar al mee geëxperimenteerd heeft, dan zal dat zeker meer dan een handvol mensen zijn. Het is iets wat onder de radar gebeurt, omdat het een legaal middel is dat overal beschikbaar is. Het is overigens zeer goedkoop.

Ik hoop dat we stappen vooruit kunnen zetten, want het is van groot belang om dit middel niet alleen uit het verkeer te krijgen maar ook gewoon uit het circuit. Mensen moeten zich ervan bewust worden dat het een gevaarlijk middel is dat voor langdurige gezondheidsproblemen kan zorgen en in het slechtste geval zelfs tot de dood kan leiden.

De **voorzitter**: Als ik even voor de commissie mag spreken, we zullen dit zeker verder moeten opvolgen, uiteraard in overleg met de minister.

Mevrouw Farih, bij dezen betuig ik mijn medeleven met wat u hebt meegemaakt.

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

03 Samengevoegde vragen van

- Bert Moyaers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verklaring van het Belgisch comité REACH over PAK's in kunstgrasvelden en speelterreinen" (55012676C)

- Bert Moyaers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het nieuw gepubliceerde onderzoek van de VU over kankerverwekkende stoffen in rubbergranulaat" (55013076C)

03 Questions jointes de

- Bert Moyaers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La déclaration du comité belge REACH concernant les HAP dans les gazons synthétiques et aires de jeu" (55012676C)

- Bert Moyaers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude récente de la VU Amsterdam sur les substances cancérigènes dans les granulats de caoutchouc" (55013076C)

03.01 Bert Moyaers (sp.a): Mijnheer de minister, een zestal weken geleden heb ik u in de commissie voor Gezondheid een eerste vraag gesteld over rubbergranulaat. Mijn tweede vraag daarover stond twee weken geleden op de agenda, maar kwam toen net niet aan bod. Ik heb er voor de vergadering van vandaag nog een vraag aan toegevoegd. U stelde mij immers ook voor om een opvolgingsvraag te stellen, wat ik dan ook gedaan heb. Ondertussen heb ik ook uw antwoord gekregen over de stemverklaring van het Belgisch REACH-Comité (BRC), die op 20 november 2020 bij het ECHA werd uitgebracht. In die verklaring lezen wij dat België voorstander is van

02.05 Nawal Farih (CD&V): Le gaz hilarant est utilisé sous le manteau. Il s'agit en effet d'un produit légal, vendu partout et peu coûteux. La mise en place d'une surveillance est une bonne chose. Il importe de renforcer la sensibilisation sur les graves dangers liés à l'utilisation de ce gaz.

03.01 Bert Moyaers (sp.a): La Belgique est favorable à un abaissement de la limite de concentration pour le consommateur des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) dans les granules de caoutchouc et les paillis, mais nous avons cependant voté contre les propositions de l'Agence européenne des

de verlaging van de concentratielimiet voor paks in rubberkorrels en strooisel voor de consument, maar toch heeft België als een van de weinige lidstaten tegengestemd, omdat de voorstellen van het ECHA niet ambitieus genoeg werden bevonden.

Mijnheer de minister, hoe wordt het BRC samengesteld? Gebeurt dat vanuit de federale en regionale overheden, of kan dat orgaan als volledig politiek onafhankelijk beschouwd worden?

Het voorstel van het ECHA bestaat erin de paksconcentratie te verlagen tot 20 milligram per kilogram. Wat ambieert het BRC zelf?

Begrijp ik goed dat het BRC nog een ander struikelblok in het voorstel van het ECHA ziet, met name dat het ECHA het in dat onderdeel enkel over de paks heeft en het probleem van de microplastics liever apart behandelt, waardoor er geen totaalbeeld van het probleem meer is?

Kunt u bevestigen dat de norm van 20 milligram per kilogram voor een nieuw aan te leggen sportterrein al sinds 2018 wordt gehanteerd in Wallonië, maar niet in Vlaanderen?

Wat is het verdere traject met het voorstel van het ECHA? Hebben de lidstaten nog apart inspraak of een mogelijkheid tot debat?

In het stemadvies las ik ook dat er discussie bestaat over de te hanteren normen voor speelterreinen. Kunt u dat wat meer duiden?

Mijn andere vraag gaat over een vorige week gepubliceerd onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam, een doctoraatsstudie van Ewa Skoczynska. De conclusie van die studie laat weinig aan de verbeelding over op het vlak van de gezondheid, want er zitten nog veel meer kankerverwekkende stoffen in rubbergranulaat dan oorspronkelijk werd gedacht. Tot nu toe baseerde men zich immers altijd op de 16 paks, de polycyclische aromatische koolwaterstoffen, maar nu blijkt dat er nog veel andere stoffen in het rubbergranulaat zitten. De wetenschapper heeft choquerende cijfers gepubliceerd, aangezien er meer dan 46 nieuwe stoffen zijn ontdekt, waarvan sommige kankerverwekkend en andere op een andere manier schadelijk. De verwachting is dat voortgezet onderzoek nog meer stoffen oplevert.

Mijnheer de minister, de normen die het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) hanteert en bijgevolg ook adviseert aan het ECHA, zijn toonaangevend, maar blijkbaar toch lang niet heiligmakend. Kan een soortgelijk instituut in ons land ook adviezen uitvaardigen aan het ECHA?

Bent u ook van mening dat met die nieuwe gegevens in ons land toch best het voorzichtigheidsprincipe wordt gehanteerd?

Ten slotte, bestaat de mogelijkheid dat België als lidstaat verdergaat dan de regels die Europa al oplegt? Met andere woorden, zou ons land strengere normen betreffende de instrooimaterialen voor kunstgrasvelden kunnen hanteren?

produits chimiques (ECHA). Le comité REACH belge (BRC) les jugerait trop peu ambitieuses.

Quelle est la composition de ce comité? Quelle est la limite de concentration des HAP proposée par le BRC? Souhaite-t-il traiter les HAP dans le cadre du dossier global sur les microplastiques et non pas séparément? Est-il exact que depuis 2018 déjà, contrairement à la Flandre, la Wallonie applique la norme de 20 mg par kg pour l'aménagement d'un nouveau terrain de sport? Quelles sont les discussions en cours sur les normes pour les terrains récréatifs?

Selon une récente étude de doctorat amstellodamoise, outre 16 HAP, les granules de caoutchouc contiennent une multitude d'autres substances cancérogènes. Si les normes appliquées et conseillées à l'ECHA par le Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu constituent une référence, elles sont toutefois apparemment loin d'être la panacée. Un institut belge analogue pourrait-il aussi livrer des avis à l'ECHA?

Ne faudrait-il pas appliquer le principe de précaution à l'égard de ces nouvelles substances? La Belgique pourrait-elle imposer des normes plus sévères que les normes européennes dans ce domaine?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het Belgische REACH-Comité is samengesteld uit leden van de administraties die door de

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le BRC réunit des

ministers bevoegd voor de REACH-verordening worden aangesteld op basis van het samenwerkingsakkoord voor de implementatie van REACH in België. De leden van het BRC vertegenwoordigen de drie Gewesten, met name de administraties belast met het milieu, en voor de federale overheid de administraties belast met gezondheid, milieu, werkgelegenheid en economie.

U vroeg naar de ambitie betreffende paksconcentraties van het BRC zelf. Het BRC heeft zich niet uitgesproken over de drempelwaarde die het in het voorstel wilde zien. De ontwerptekst voor de REACH-beperking was te weinig ambitieus ten opzichte van het gebruik voor speelpleinen en had geen betrekking op het privégebruik door de consument. Bovendien is een aspect van het probleem dat de producten ook onder de REACH-beperking voor microplastics zouden vallen – dat is een leefmilieuprobleem – en men het dossier van microplastics afzonderlijk zou evalueren, terwijl België had aangegeven dat als één geheel behandeld te willen zien.

Het klopt dus, in antwoord op uw derde vraag, dat het BRC een breder beeld wilde hebben, een totaalbeeld, niet alleen inclusief het probleem van de microplastics, maar ook dat van andere aanwezige chemische stoffen die in het milieu kunnen vrijkomen of waaraan gebruikers en werknemers kunnen worden blootgesteld bij het gebruik van zulke terreinen. Het is immers geen exclusief volksgezondheids- of leefmilieudebat.

Ondertussen is ook het advies over microplastics bekend en is men er voorstander van om wat dat betreft EU-breed restricties op te leggen. Er worden twee alternatieven gegeven aan de Commissie om het actuele voorstel ter stemming aan te bieden aan de lidstaten: ofwel een totaalverbod, ofwel verplichte maatregelen inzake riskmanagement. Het is een politiek zeer gevoelig dossier en de discussie over het Belgische standpunt werd nog niet gevoerd. Het betreft een bevoegdheid van collega Khattabi vanwege de focus op leefmilieu, maar we geven graag mee dat ook wij bezorgdheden hieromtrent hebben, weliswaar op het gebied van de volksgezondheid. België had tijdens de voorbereidende werkzaamheden duidelijk de voorkeur uitgesproken om de verschillende evaluatiewerkzaamheden in één dossier uit te voeren, in plaats van ze op te delen, zoals nu is gebeurd. Dat maakt het inderdaad moeilijk om sociaal-economische analyses op de verschillende dossiers uit te voeren, aangezien de voordelen van regulerende activiteiten in verschillende dossiers worden opgesplitst, ook al gaat het om een zelfde gebruik.

Dan had u vragen over de norm die van toepassing is in Wallonië en Vlaanderen. Het klopt dat het gebruik van deze stoffen in sportpleinen de bevoegdheid is van de deelstaten.

Mijn diensten hebben daarover geen officiële informatie van de deelstaten ontvangen. Wij hebben ook geen regelgeving gezien.

In het kader van een subsidiereglement zou dat in Wallonië wel zijn opgenomen. In Vlaanderen zijn end-of-wastecriteria toegevoegd aan VLAREM, die de afgifte van die stoffen in de bodem willen inperken. Er is echter geen limiet op het aantal milligram per kilo.

U vraag naar het verdere traject. Het advies over het dossier van het Europees Agentschap voor chemische stoffen (ECHA) is in 2019 bij

membres des administrations des ministres compétents pour REACH: les trois ministres régionaux de l'Environnement et les ministres fédéraux en charge de la santé publique, de l'environnement, de l'emploi et de l'économie.

Le comité belge ne s'est pas prononcé sur un seuil minimum, mais a été déçu par les faibles ambitions concernant les aires de jeu. Les HAP ont, qui plus est, été traités séparément des autres microplastiques, alors que la Belgique avait marqué sa préférence pour un traitement global de ce dossier. Notre pays veut un aperçu exhaustif des substances nocives éventuellement libérées dans l'environnement ou auxquelles les utilisateurs pourraient être exposés.

Sur la base de l'avis portant sur les microplastiques, l'Union européenne ne serait pas contraire à l'instauration de restrictions. Deux options sont possibles: soit une interdiction totale, soit l'obligation de prendre des mesures en matière de gestion des risques. Le dossier est extrêmement sensible sur le plan politique et la Belgique n'a pas encore défini sa position. Cette compétence revient à la ministre Khattabi, mais ce dossier suscite aussi des inquiétudes au sein de mon département. Son saucissonnage en sous-dossiers complique la réalisation d'analyses socioéconomiques, ce que nous déplorons.

Les normes actuelles relèvent des attributions des entités fédérées et je n'ai pas reçu d'informations complémentaires à ce sujet.

Je peux toutefois confirmer qu'en Flandre, il n'existe aucune limite au nombre de mg par kilo.

L'avis de l'ECHA sur ce dossier a été déposé auprès de la Commission européenne en 2019. Les États membres ont ensuite

de Europese Commissie ingediend. De lidstaten hebben hun standpunt over het dossier ingenomen.

In het huidige stadium wordt de tekst aan de Europese Raad en het Europees Parlement toegezonden voor een stemming over drie maanden, waarbij zij zich op basis van drie heel beperkte criteria kunnen verzetten. Ten eerste, de tekst overschrijdt de bevoegdheid van de Europese Unie of, ten tweede, de tekst is niet het doel van het rechtsinstrument of, ten derde, de tekst is niet in overeenstemming met de beginselen van subsidiariteit en evenredigheid.

Zodra de tekst is goedgekeurd, wordt hij van toepassing in de verschillende lidstaten.

U verwees ook naar het stemadvies over de normen voor speelterreinen. Het BRC heeft inderdaad aangegeven dat de voorgestelde grenswaarde niet geschikt lijkt voor kinderspeeltuinen. Wanneer kinderen worden begeleid op een sportveld of speelplaats, zijn zij meestal vrij. Hun gedrag in die situaties zou kunnen leiden tot een bredere blootstelling.

Het is nog niet duidelijk of de Europese Commissie met die bevindingen nader aan de slag gaat. Mijn diensten zullen een en ander van dichtbij volgen, aangezien het natuurlijk belangrijk is om in te grijpen, mochten die speelterreinen een gevaar betekenen voor kinderen.

U had ook vragen over een doctoraatsstudie van de Vrije Universiteit Amsterdam. Natuurlijk zijn wij erg geïnteresseerd in alle wetenschappelijke publicaties op het gebied van rubbergranulaat. Wij houden er rekening mee, wanneer wij in het kader van het mandaat van de Europese Commissie aan het Europees Agentschap voor chemische stoffen iets als bijdrage of advies geven. Er zijn echter nog geen aanwijzingen dat er plannen zijn voor het afleveren van een technisch dossier voor andere stoffen dan paks en microplastics door het Europees Agentschap voor chemische stoffen.

Mijn diensten zullen de informatie opvragen en bezorgen aan de andere bevoegde Belgische autoriteiten.

U vraagt of er hier een soortgelijk instituut bestaat als het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, dat ook adviezen kan uitvaardigen. Een soortgelijk instituut bestaat niet als dusdanig in België, maar wij hebben wel het Wetenschappelijk Comité REACH, bestaande uit leden van de wetenschappelijke instellingen en universiteiten. Het brengt adviezen uit over een aantal REACH-dossiers ter ondersteuning van het BRC.

Bovendien betreft de dienst Risicobeheersing van mijn administratie, de Belgische bevoegde instantie voor de REACH-verordening op Europees niveau, wetenschappelijke experts die technische dossiers van het Europees agentschap beoordelen en eraan bijdragen, afhankelijk van de prioriteiten.

Mijn diensten zullen de studie en de gehanteerde normen opvragen, aangezien het wetenschappelijk rapport niet publiek toegankelijk is. Ik kan mij daar dus nog niet over uitspreken.

pris position. Le texte en question sera transmis au Conseil européen et au Parlement européen en vue d'un vote dans trois mois environ. Ces institutions peuvent s'y opposer sur la base de trois critères très limités. Si le texte est adopté, il sera applicable à l'ensemble des États membres.

Le BRC a indiqué que le seuil proposé ne semble pas approprié pour les aires de jeux pour enfants, sachant que les enfants y jouent librement et sont donc davantage exposés. Nous ignorons si la Commission européenne entend approfondir la question, mais nous suivons l'évolution de la situation de près.

Nous tenons compte de cette thèse de doctorat sur les granulés de caoutchouc lorsque nous délivrons un avis dans le cadre du mandat de l'ECHA. À l'heure actuelle, aucun dossier technique n'est prévu pour d'autres substances que les HAP ou les microplastiques.

Nous n'avons pas d'institut national de la santé publique comme aux Pays-Bas, mais bien le Comité scientifique REACH à l'appui du BRC.

Dès lors que l'étude n'a pas encore été publiée, je ne peux pas me prononcer sur son contenu. Je suis néanmoins d'accord sur le fait que le règlement REACH constitue, pour les substances les plus nocives, la base légale d'une stricte approche de précaution.

La Belgique ne peut pas imposer des normes plus sévères que l'UE. Le règlement REACH a une base légale sur le marché intérieur. Au sens strict du terme, les granules de caoutchouc sont des déchets. Dès lors qu'il ne s'agit pas de produits, ils ne sont donc pas concernés par les restrictions REACH. En Belgique, les entités fédérées peuvent soumettre ces produits à des critères de fin de

Globaal bekeken ben ik het ermee eens dat de REACH-verordening voor de meest schadelijke stoffen de wettelijke basis vormt voor een strikte voorzorgbenadering. De regelgeving moet er dus naar streven de blootstelling van consumenten aan die stoffen te voorkomen, zeker wat carcinogenen, mutagenen of reprotoxische stoffen betreft.

vie des déchets, mais je vous renvoie, à cet égard, vers les ministres régionaux compétents.

U vraagt of wij verder kunnen gaan dan de Europese regels. Neen, België mag geen verdergaande maatregelen nemen voor stoffen die geharmoniseerd werden op basis van de REACH-verordening. Die verordening heeft een wettelijke basis voor de interne markt. Hoewel rubbergranulaten afkomstig zijn van recyclageafval, worden de rubbergranulaten bij gebrek aan doeltreffende criteria voor het beheer van *end of waste* op het niveau van de lidstaten, wat geen Europese bevoegdheid is, geen product. Het blijft dus afval. De REACH-restrictie is bijgevolg niet van toepassing, aangezien het geen producten zijn. In België kunnen de deelstaten end-of-wastecriteria opleggen voor die producten en dus voor de toepassing van gerecycleerd materiaal. Daarvoor verwijs ik naar de bevoegde regionale ministers.

03.03 Bert Moyaers (sp.a): Dank u, mijnheer de minister, voor het zeer uitgebreide en toch best verhelderende antwoord, ondanks de moeilijke materie. Ik leer er wel veel uit, maar ik heb toch bedenkingen bij het feit dat België geen verdergaande maatregelen mag nemen voor stoffen die geharmoniseerd werden op basis van de REACH-verordening. U laat wel een deur open. In België kunnen de deelstaten immers end-of-wastecriteria opleggen voor die producten en de toepassing van gerecycleerd materiaal. In het Vlaams Parlement heb ik omtrent de materie in het voorjaar van 2019 al eens een voorstel van resolutie ingediend, maar succes bleef uit. Dat ik weer naar de regionale overheden word doorverwezen, is dus niet erg hoopgevend.

03.03 Bert Moyaers (sp.a): J'ai peu d'espoir de voir les autorités régionales s'intéresser à ce problème. Les Pays-Bas veulent la disparition, à l'horizon 2030, du gazon synthétique contenant des granules de caoutchouc. Hormis le problème environnemental, n'oublions pas le problème de santé publique pour lequel l'application du principe de précaution est incontestablement de mise.

Overigens heeft de Nederlandse staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat, samen met de minister voor Medische Zorg en Sport, afgelopen donderdag aangekondigd dat men in 2030 af wil van de met rubbergranulaat ingestrooide kunstgrasvelden. Dat wordt daar vooral gedaan uit milieuoverwegingen. Dat is een eerste stap in de goede richting, die we volgens mij wel kunnen volgen.

Maar meer nog dan vanuit het voorzichtigheidsprincipe in verband met milieu, zoals de deelstaatministers van Milieu dat doen, kies ik voor beslissingen op basis van het voorzichtigheidsprincipe wat gezondheid betreft. Naast de paks heeft de Vrije Universiteit Amsterdam maar liefst 46 nieuwe kankerverwekkende stoffen in het rubbergranulaat gevonden. Voor de paks is de norm van 20 milligram per kilogram echt onvoldoende. Toxicologen pleiten er al jaren voor om minder dan 10 milligram per kilogram te hanteren en uiteindelijk het gebruik ervan stop te zetten. Hun kinderen of kleinkinderen mogen er van hen ook niet op spelen. Het lijkt mij dus een zeer angstige gedachte dat, zelfs als we het Nederlandse voorbeeld volgen, we de komende tien jaar toch nog een hele generatie kinderen op dat materiaal laten spelen en een gezondheidsrisico op latere leeftijd laten nemen.

Het enige motto wat hier van toepassing moet zijn, luidt *better safe than sorry*. Laten wij de materie goed bestuderen. Ik reken daarvoor ten volle op u, mijnheer de minister.

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

04 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Cyberaanvallen op ziekenhuizen" (55012845C)

04 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cyberattaques ciblant les hôpitaux" (55012845C)

04.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, er blijkt een toenemende tendens te zijn om medische gegevens te hacken. Wij zien dat niet alleen in ons land, maar ook in de Verenigde Staten, Duitsland, Spanje en Nederland. Er werden reeds heel veel ziekenhuizen gehackt.

Het gebeurde ook reeds in ons land, en dat was de aanleiding voor deze vraag. Twee weken geleden werd een ziekenhuis in Doornik het slachtoffer van hacking. Dat ziekenhuis moest toen gedeeltelijk gesloten worden omdat de servers niet meer toegankelijk waren, interne communicatie niet meer mogelijk was, dossiers niet meer konden worden geraadpleegd, operaties moesten worden uitgesteld. Er zou tot dusver geen losgeld geëist zijn en er zouden geen aanwijzingen zijn dat er data gestolen werden. Tevens zou hulp zijn ingeschakeld om weer toegang tot de gegevens te kunnen verkrijgen.

Mijnheer de minister, welke technische en organisatorische maatregelen werden genomen om hacking en de impact ervan te voorkomen? Was dit voldoende? Was in voldoende budget voorzien voor dergelijke beschermingsmaatregelen?

Wat leerde men uit eerdere hackings in het buitenland? Welke lessen zullen nu worden getrokken voor de toekomst?

Wat was de totale impact op de zorgverlening van het ziekenhuis in Doornik? Hoe plant men de uitgestelde zorg in te halen? Had een en ander niet voorkomen kunnen worden door middel van back-ups?

Werd ondertussen losgeld gevraagd? Wat is de aard van het gegevenslek? Werden persoonsgegevens en gezondheidsgegevens zichtbaar voor onbevoegden? Is het mogelijk dat gegevens werden gekopieerd?

Welke rol of aandacht ziet u voor IT-security in het kader van eHealth?

Zullen Europese middelen die worden toegekend in het kader van de relance, ook worden gebruikt voor digitalisering van ziekenhuizen en eHealth en voor de bescherming van de gegevens?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, het ziekenhuis CHwapi is het slachtoffer geworden van een aanval waarbij gebruik werd gemaakt van een gebruikersnaam en paswoord die de hackers konden bemachtigen. Doordat de hacker zich heeft kunnen voordoen als een geautoriseerde gebruiker, hebben de technische veiligheidsmaatregelen de activiteit van de hacker aanzien als een reguliere activiteit, waardoor de toegang tot de systemen niet verhinderd werd.

04.01 Frieda Gijbels (N-VA): Les données médicales font également de plus en plus souvent l'objet de piratages. Il y a deux semaines, un hôpital de Tournai en a été victime et ce piratage a conduit à une fermeture partielle.

Quelles mesures préventives techniques et organisationnelles ont-elles été prises et le budget prévu à cet effet suffit-il? Quelles leçons a-t-on tirées de ces piratages? Quel a été l'impact concret à Tournai? Comment les soins reportés seront-ils rattrapés? Ces problèmes auraient-ils pu être évités grâce à des back-up? Une rançon a-t-elle été demandée? Des données personnelles et médicales ont-elles pu être visualisées par des personnes non autorisées? De telles données ont-elles été copiées? Une attention suffisante est-elle prêtée à la sécurité informatique dans le cadre de la plateforme eHealth? Les moyens de relance européens seront-ils en partie consacrés à la numérisation dans le secteur médical et à la protection des données?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le piratage survenu au CHwapi de Tournai a été effectué à l'aide d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe existants, et l'accès aux systèmes n'a donc pas été empêché. Il est impossible de garantir une sécurité absolue. Toutefois, il est nécessaire de

Alhoewel het ziekenhuis een aantal maatregelen had genomen om de veiligheid van de systemen te verzorgen, leert dit incident ons dat wij zeker bijkomende aandacht moeten blijven hebben voor alle kwetsbaarheden. Wij zullen echter nooit een punt bereiken waarmee we 100 % veiligheid kunnen garanderen. Wel zal in de strijd tegen de gevolgen van ransomware de aandacht de komende jaren zeker blijven uitgaan naar het bewustzijn van de gebruikers ten aanzien van de risico's van phishing, het belang van een goede toegangscontrole die een betere bescherming biedt dan alleen de gebruikersnaam en het paswoord en het beschermen van de back-ups, zodat er snel kan heropgestart worden na een incident.

Er zijn geen relevante benchmarks beschikbaar die daarover uitsluitel geven. In het geval van dit ziekenhuis wordt 19 % van het IT-budget, zonder salariskosten, direct of indirect aan informatieveiligheid gespendeerd. Hoewel dat een substantieel deel is, zal er altijd een risico bestaan dat een instelling wordt getroffen door een informatieveiligheidsincident.

De hackings tonen aan dat elke instelling, ook een ziekenhuis, kwetsbaar is voor cyberincidenten. Om die reden is een samenwerking opgezet met het CCB en worden waarschuwingen voor cyberbedreigingen verdeeld onder de ziekenhuizen. De ziekenhuizen hebben ook de mogelijkheid om zich via het CCB in te schrijven op een dienst die voor de ziekenhuizen specifieke bedreigingen zal opzoeken en ter beschikking zal stellen.

De hacking in Nederland is bij ons niet herhaalbaar. De medewerkers van de contactcenters hebben geen toegang tot de gegevensbank van Sciensano. Bij de gegevensbank van het contactcenter zelf krijgen de medewerkers alleen de gegevens te zien van de persoon die ze moeten bellen: telefoonnummer, naam, voornaam, geslacht. Ze hebben geen toegang tot de volledige databank van het contactcenter. De centrale gegevensbank bij Sciensano is strikt beveiligd door maatregelen *by-design*.

Wat is de totale impact op het ziekenhuis? De aanval had vooral een impact op de administratieve systemen. Toch had ook de zorgverstrekking te lijden onder de aanval en kon slechts in gedegradeerde modus worden gewerkt. Daardoor dienden bepaalde activiteiten zoals operaties, consultaties en medische onderzoeken te worden uitgesteld. Het operatiekwartier is terug opgestart vanaf 20 januari. Er wordt ingeschat dat de zorgverlening na vijf weken weer op volle capaciteit zal kunnen gebeuren en de achterstand door de uitgestelde zorg weer kan worden ingehaald.

Het ziekenhuis had een bescherming waarbij back-ups op twee verschillende systemen waren gemaakt, voorzien van bescherming tegen encryptie. Toch heeft deze technologie het ziekenhuis niet tegen de aanval kunnen beschermen. Voor de toekomst wordt dan ook uitgekeken naar meer offlinesystemen die van nature minder kwetsbaar zijn voor dit soort aanvallen.

Werd er losgeld gevraagd? Neen, tot nu toe is het ziekenhuis niet echt expliciet om losgeld gevraagd. Er is echter op grote schaal een bericht verspreid in besmette systemen, waarin wordt uitgenodigd om contact op te nemen via een darknetberichtensysteem.

prendre davantage en compte les risques d'hameçonnage, de renforcer le contrôle d'accès et de protéger les back-up, afin de pouvoir redémarrer plus rapidement.

Au CHwapi, 19 % du budget TIC est réservé à la sécurité informatique mais le risque zéro, en matière de sécurité, n'existe évidemment pas. Tous les établissements quels qu'ils soient, y compris les hôpitaux, sont susceptibles d'être victimes de cyberincidents. C'est pourquoi une coopération a été instaurée avec le Centre pour la Cybersécurité Belgique (CCB).

La banque de données centrale auprès de Sciensano est rigoureusement sécurisée et les collaborateurs des centres de contact disposent uniquement des coordonnées des personnes à contacter.

Le piratage du centre hospitalier tounaisien s'est surtout répercuté sur les services administratifs, mais certaines activités de soins ont dû être reportées. Le bloc opératoire a redémarré le 20 janvier. Les prestations de soins seraient de nouveau assurées à plein régime après cinq semaines. L'hôpital disposait de sauvegardes sur deux systèmes différents, avec une protection contre le chiffrement. La piste de systèmes hors ligne, lesquels sont moins exposés à de telles attaques, est à présent explorée.

Aucune demande de rançon n'a encore été formulée. En revanche, un message demandant de prendre contact par le biais d'une messagerie passant par le *darknet* a été diffusé à grande échelle.

En ce qui concerne la fuite de données, rien n'indique jusqu'à présent que les auteurs se soient procuré des données de contenu. Avec les incidents de ce type, il n'est pas exclu que des données soient copiées. C'est pourquoi les

Tot dusver zijn de analyses van mogelijke gegevenslekken nog aan de gang. Alle tot dusver verrichte analyses wijzen erop dat technische gegevens zijn gelekt: de lijst van de beheerdersaccounts, de inventaris van de IT-infrastructuur. Vooralsnog zijn er geen aanwijzingen dat inhoudelijke gegevens, leesbaar buiten de systemen en bruikbaar voor externe verspreiding, zijn geëxfiltreerd.

Het EPD zelf is niet geïmpacteerd omdat zich dat op een andere omgeving bevindt. Het is bij dit soort incidenten niet uitgesloten dat gegevens worden gekopieerd.

Het ziekenhuis onderzoekt daarom verder de gegevensstromen die hebben plaatsgevonden.

Na de recente incidenten heeft de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het initiatief genomen om na te gaan in welke mate een centraal aanbod van veiligheidsdiensten kan gebeuren. Zo zou het materiaal voor bewustmaking van de medewerkers voor phishing de ziekenhuizen een direct voordeel kunnen bieden.

In het kader van het Europese relanceplan is een budget gevraagd voor cybersecurity. We zullen de betrokken kabinetten contacteren om te onderzoeken of dit ook ingezet kan worden voor de ziekenhuizen. De Europese Commissie zal wel nog een selectie maken van de projecten die we zullen indienen. Dit is wel een ingediend project.

04.03 Frieda Gijbels (N-VA): Wij zijn in deze periode inderdaad erg kwetsbaar voor ransomware. We zitten in een coronacrisis, maar de zorg kan niet verder worden uitgesteld. Er zijn mensen zwaar ziek. Dat maakt het natuurlijk heel aantrekkelijk om de systemen aan te vallen en in ruil bepaalde zaken te kopiëren of losgeld te vragen. Dit verdient alle aandacht. Een centraal aanbod van beschermende software is sowieso heel belangrijk, maar ook een goede monitoring en regelmatige controle van alle systemen zijn uitzettend belangrijk, niet alleen omdat het gevoelige gegevens zijn, maar ook omdat het effectief een impact kan hebben op de werking van een ziekenhuis. Operaties en consultaties kunnen worden uitgesteld. Meer en meer apparatuur werkt ook via een netwerk. Ook dat is een heel gevoelig gegeven.

EHealth is nog een werf die verder aangepakt kan en moet worden. U zal het budget voor de relance wel mee in de gaten houden. Twee derde van de Belgische ziekenhuizen zou zelfs te maken hebben gehad met een cyberaanval tijdens deze coronacrisis. Hopelijk wordt dit heel goed opgevolgd en volgt een bestraffing zodra een verantwoordelijke kan worden aangeduid.

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

05 Question de Sophie Thémont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de l'endométriose comme une affection de longue durée" (55012873C)

05 Vraag van Sophie Thémont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van endometriose als langdurige aandoening" (55012873C)

05.01 Sophie Thémont (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, en Belgique, une femme sur dix est atteinte de l'endomé-

flux de données font l'objet d'enquêtes plus approfondies. La fuite n'a eu aucune incidence sur le dossier patient électronique (DPE).

Le SPF Santé publique prépare une offre de services de sécurité. Il serait ainsi très utile de sensibiliser les collaborateurs aux dangers du hameçonnage.

Des moyens ont été demandés dans le cadre du plan de relance européen en vue d'améliorer la cybersécurité. Le cas échéant, ces montants pourraient être utilisés pour les hôpitaux.

04.03 Frieda Gijbels (N-VA): En cette période de pandémie, nous sommes particulièrement vulnérables face à la menace des rançongiciels. Une offre centralisée de logiciels de protection, un bon suivi et des contrôles réguliers revêtent une importance particulière, également eu égard à l'incidence éventuelle sur le fonctionnement de l'hôpital. Il convient également de poursuivre le développement de eHealth.

Lorsqu'il est possible de le retrouver, le responsable d'actes de piratage doit être poursuivi.

05.01 Sophie Thémont (PS): In België lijdt één vrouw op de tien

triose, une maladie encore méconnue et causant des symptômes divers tels que de fortes douleurs pendant les règles, des troubles digestifs et urinaires ou encore de la fatigue chronique.

Actuellement, le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic s'élève à sept ans, une période extrêmement longue pouvant causer des dommages importants chez la femme. Sa prise en charge demande plusieurs rendez-vous médicaux pour poser le diagnostic, puis pour traiter un à un les différents symptômes, grâce à des médicaments qui, en plus d'être contraignants, sont souvent coûteux pour la patiente. Les symptômes de l'endométriose causent un réel handicap dans la vie quotidienne de nombreuses femmes.

Le ministre français de la Santé a récemment annoncé que l'intégration de cette pathologie, dans la liste des affections de longue durée, était évaluée par les services du ministère des Solidarités et de la Santé.

Monsieur le ministre, au vu des lourdes conséquences de cette maladie, tant sanitaires que financières, serait-il envisageable de reconnaître cette maladie gynécologique comme une affection de longue durée? Une réflexion a-t-elle déjà été menée en ce sens? Les personnes atteintes d'endométriose peuvent-elles, par exemple, bénéficier du statut et/ou forfait affection chronique?

05.02 Frank Vandembroucke, ministre: Monsieur le président, madame Thémont, dans le cadre de l'assurance maladie, les maladies ne sont pas reconnues comme telles. Certains patients souffrant d'une maladie chronique peuvent toutefois obtenir le statut de personne souffrant d'une affection chronique, statut qui a pour but, si l'affection est grave, de leur permettre de faire face à leurs frais médicaux.

Lors de la préparation de la mesure, il avait été envisagé, pour son octroi, de se baser sur une liste d'affections. Cette piste n'a pas été retenue, car, entre autres, les bénéficiaires souffrant d'une maladie chronique grave et qui n'avaient pas encore de diagnostic n'entraient pas en ligne de compte. C'est pourquoi l'octroi du statut ne repose pas sur l'affection dont on est atteint, mais sur l'augmentation des frais médicaux. Il est généralement octroyé automatiquement par la mutualité.

Les assurances privées possèdent leur propre liste de ce qu'elles considèrent comme pathologies lourdes dans laquelle l'on trouve le diabète, le cancer et l'insuffisance rénale avec dialyse dans les frais desquels elles interviennent davantage, mais cela sort du cadre de l'assurance maladie obligatoire.

L'INAMI utilise la liste E des pathologies lourdes. Si une personne souffre d'une des pathologies figurant sur cette liste et que son état de santé nécessite un besoin accru de physiothérapie, de kinésithérapie ou de rééducation, le médecin-conseil de la mutualité peut, dans ce cadre, accorder un remboursement majoré des soins en kinésithérapie.

Il s'agit donc surtout de maladies de l'appareil locomoteur, à savoir les articulations, les muscles, etc.

aan endometriose, een nog weinig bekende ziekte, die een echte handicap vormt in het dagelijks leven en een langdurige en dure behandeling vereist. De Franse minister van Volksgezondheid overweegt om deze aandoening op te nemen in de lijst van langdurige aandoeningen.

Is het denkbaar dat endometriose als een langdurige aandoening wordt erkend? Heeft men daar al over nagedacht? Komen vrouwen met endometriose bijvoorbeeld in aanmerking voor het statuut van personen met een chronische aandoening of voor het forfait voor chronisch zieken?

05.02 Minister Frank Vandembroucke: In het kader van de ziekteverzekering worden ziekten niet als zodanig erkend. Aanvankelijk werd er overwogen om het statuut van persoon met een chronische aandoening toe te kennen op basis van een lijst van ziekten, maar daardoor zouden patiënten bij wie de diagnose nog niet werd gesteld, uit de boot vallen. Daarom wordt het statuut toegekend op basis van de stijging van de medische kosten.

Privéverzekeraars hanteren hun eigen lijsten, maar dit valt buiten het toepassingsgebied van de verplichte verzekering. Het RIZIV gebruikt wel de zogenaamde E-lijst van zware aandoeningen.

Niet alle medische kosten worden terugbetaald van personen met een aandoening die op de E-lijst staat, maar deze personen komen wel in aanmerking voor een zorgpremie. Dat hangt af van het bedrag van de medische kosten.

Het forfait voor chronisch zieken wordt toegekend vanaf een be-

Le statut de pathologie lourde ne signifie pas non plus qu'on bénéficie d'un remboursement de tous les frais liés à cette pathologie. Mais ce statut peut parfois ouvrir l'accès à l'obtention de la prime de soins. Cela dépend du montant des frais médicaux.

Le forfait des soins pour malades chroniques est une intervention annuelle pour les malades chroniques qui, en raison de leur maladie, sont fortement dépendants des autres et ont des dépenses de santé élevées. Pour bénéficier de cette intervention annuelle, le patient doit répondre à différentes conditions, à savoir des dépenses de santé élevées et une perte d'autonomie. La maladie exacte dont souffre le patient ne constitue pas un critère d'octroi.

Les patients qui ont besoin de beaucoup de soins reçoivent, comme tous les bénéficiaires de l'assurance maladie-invalidité, le remboursement des consultations et des examens réalisés dans le cadre du diagnostic et du suivi de toute maladie.

Il existe également des mécanismes visant à réduire les dépenses de toute personne confrontée à une maladie de longue durée, grave et/ou particulièrement coûteuse, à savoir l'intervention majorée, le maximum à facturer et le système du tiers payant.

Certaines mutualités, via leur assurance complémentaire, interviennent dans les coûts directs et indirects engendrés par la maladie en octroyant, par exemple, une intervention complémentaire dans le coût des antidouleurs.

Toutes ces primes et tous ces statuts dépendent des revenus de la personne, de ses dépenses en soins de santé, de son degré d'autonomie et ont pour objectif de rendre les soins plus accessibles.

J'espère, madame Thémont, que ce cadre un peu général explique la façon dont nous appréhendons le problème que vous avez esquissé. J'espère également que cette information vous sera utile.

05.03 Sophie Thémont (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée.

Je continuerai, cependant, à tenter de vous sensibiliser à la problématique. Cette maladie touche une femme sur dix. Rien qu'en province de Liège, aujourd'hui, ce sont près de 25 000 femmes qui doivent faire face aux douleurs causées par cette maladie. Et on sait qu'il n'existe pas de traitement contre l'endométriose. Cette maladie présente des symptômes qui chamboulent entièrement l'activité professionnelle de certaines femmes qui en sont atteintes. Elle est également souvent la cause d'arrêts de travail réguliers, ce qui génère chez elles un mal-être, mais aussi l'incompréhension de leurs collègues et de leur hiérarchie.

Reconnaître l'endométriose comme une maladie chronique permettrait d'améliorer l'accès des femmes aux soins de santé et contribuerait à tendre vers une égalité des genres sur le marché du travail.

Enfin, outre une meilleure prise en charge de ces patientes, il serait important d'agir en vue d'un meilleur dépistage de cette maladie

paalde mate van zorgbehoevendheid en een bepaald bedrag van de medische kosten. De ziekte zelf vormt geen toekenningscriterium.

Er bestaan nog andere mechanismen om de uitgaven te verminderen van personen die aan een langdurige of ernstige ziekte lijden of aan een aandoening die een bijzonder dure behandeling vereist. Zo zijn er de verhoogde tegemoetkoming, de maximumfactuur en de derde-betalersregeling.

Sommige ziekenfondsen geven een tegemoetkoming in de kosten die de ziekte teweegbrengt.

Die premies en statuten hangen af van het inkomen, de zorguitgaven en de mate van zelfredzaamheid van de betrokkene en zijn bedoeld om de zorg toegankelijker te maken.

05.03 Sophie Thémont (PS): Ik zal blijven proberen u bewust te maken van deze problematiek. Er bestaat geen behandeling tegen endometriose en die aandoening haalt het beroepsleven van sommige vrouwen volledig overhoop.

De erkenning van endometriose als chronische aandoening zou de gezondheidszorg voor vrouwen toegankelijker maken en bijgevolg ook de gendergelijkheid op de arbeidsmarkt bevorderen.

Er zou overigens ook werk gemaakt moeten worden van een betere screening van de ziekte, want nu moeten de betrokken vrouwen vaak onwerkzame behandelingen of misplaatste op-

puisque, avant d'obtenir un diagnostic, ces femmes doivent souvent subir des traitements inadéquats ainsi que des remarques déplacées.

merkingen ondergaan voordat de diagnose uiteindelijk wordt gesteld.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een medisch noodprogramma voor Ajovy" (55012874C)

06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un programme médical d'urgence pour l'Ajovy" (55012874C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb een vraag over het product fremanezumab, waarover een medisch noodprogramma liep in het kader van migraine. In het UZ Gent zouden 46 patiënten deelnemen aan het medisch noodprogramma, maar onlangs zette de firma het programma eenzijdig stop. Daardoor werd het voor bepaalde patiënten onderbroken. Bent u daarvan op de hoogte?

Hebt u al contact gehad met de firma over de problematiek?

Is er een dossier ingediend voor terugbetaling van dit medicijn? Kunt u een stand van zaken geven?

Wordt het product in andere Europese lidstaten wel terugbetaald?

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Un programme médical d'urgence, auquel 46 patients de l'UZ Gent devaient participer, a été lancé pour le frémanézumab, mais l'entreprise pharmaceutique l'a arrêté unilatéralement dernièrement. Cette décision a entraîné l'interruption du programme de certains patients migraineux.

Le ministre a-t-il déjà contacté l'entreprise? Un dossier de remboursement a-t-il déjà été introduit pour ce médicament? Est-il déjà remboursé dans d'autres États membres de l'Union européenne?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het medisch noodprogramma met AJOVY werd aanvankelijk goedgekeurd op 20 maart 2020 na het positieve advies van de geneesmiddelencommissie en het ethisch comité. Op 27 augustus 2020 vroeg de firma een substantiële wijziging aan voor het lopende programma. Na een positief advies van de geneesmiddelencommissie en het ethisch comité keurde het FAGG die aanvraag goed op 27 oktober 2020.

Naar aanleiding van het ingediende amendement hebben mijn diensten contact gehad met de firma. Het gevraagde amendement behelsde de volgende punten. Het is nogal ingewikkeld, maar ik zal proberen het goed voor te lezen. Aanvankelijk omvatte de goedkeuring de volgende indicatie: "profilaxe van migraine bij volwassenen die ten minste acht maandelijkse migrainedagen hebben, die eerder faalden in ten minste twee preventieve behandelingsklassen en die niet naar tevredenheid kunnen worden behandeld met de andere goedgekeurde en commercieel beschikbare alternatieve behandelingen in overeenstemming met klinische richtlijnen vanwege problemen met de werkzaamheid en/of de veiligheid". Dat was dus wat aanvankelijk als indicatie in de goedkeuring stond.

De substantiële wijziging die op 27 oktober werd goedgekeurd, is inderdaad strikter, aangezien in plaats van ten minste twee preventieve behandelingsklassen die de patiënt niet afdoende konden behandelen, nu drie therapieën worden voorgesteld. Dat wordt dus: "profilaxe van migraine bij volwassenen, die ten minste acht maandelijkse migrainedagen hebben, die eerder faalden in ten minste drie preventieve behandelingsklassen" enzovoort. Dat is een eerste

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le programme médical d'urgence avec l'entreprise pharmaceutique Ajovy a été approuvé le 20 mars 2020. Le 27 août 2020, l'entreprise a demandé une modification substantielle du programme en cours. L'AFMPS a approuvé cette requête le 27 octobre 2020 sur la base d'un avis positif de la Commission pour les médicaments et du Comité d'éthique.

Mes services ont pris contact avec l'entreprise. La modification substantielle approuvée le 27 octobre 2020 est plus stricte, dès lors que trois thérapies sont à présent proposées au lieu d'au moins deux classes de traitements prophylactiques n'ayant pas traité le patient de manière adéquate. De plus, des conditions ont été ajoutées au programme. Si après une période de trois mois, la migraine n'a pas diminué de 50 % ou plus, le patient doit interrompre le traitement et quitter le programme.

wijziging.

Bovendien werden de volgende voorwaarden aan het programma toegevoegd. Als de migraine na een periode van drie maanden met AJOVY niet met 50 % of meer afneemt, moet de patiënt de medicatie stopzetten en wordt hij of zij uit het programma gehaald.

De 50 % respons wordt gedefinieerd als een vermindering van 50 % van de maandelijkse migrainedagen ten opzichte van het aantal migrainedagen tijdens de vier weken vóór het begin van het medisch noodprogramma.

Wie aan het programma kan deelnemen, wordt maximaal negen maanden behandeld. Men moet AJOVY dan minimaal gedurende drie maanden stoppen.

Tot slot werd ook het einde van het programma vervroegd. Initieel was dit einde gepland voor 30 juni 2021, maar het werd gewijzigd naar 31 januari 2021.

Het einde van het programma is het ogenblik waarop geen nieuwe patiënten meer kunnen worden toegelaten tot het programma. Patiënten die reeds geïnccludeerd zijn op het ogenblik dat het programma wordt stopgezet, moeten het geneesmiddel gratis blijven krijgen tot het geneesmiddel gecommercialiseerd is.

Hoever staat het dossier ter goedkeuring van de terugbetaling? Op vraag van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen is een onderhandeling gestart met het oog op het afsluiten van een overeenkomst volgens artikel 112. De fabrikant gaf op 29 september 2020 aan deze onderhandelingen te willen aangaan. Dit betekent dat ik u binnenkort de uitkomst van die onderhandelingen over de vergoedbaarheid kan meedelen.

Gebaseerd op de informatie die beschikbaar is in de EURIPID-databanken kan ik u antwoorden dat AJOVY vergoedbaar is in de volgende Europese lidstaten: Denemarken, Finland, Kroatië, Oostenrijk, Slovenië, Slowakije, Spanje en Tsjechië. Sommige Europese lidstaten, zoals Duitsland en Malta, leveren geen data aan voor deze databank.

Wat Duitsland betreft, weten wij via opzoeken op de webpagina van GKV-Spitzenverband wel dat AJOVY daar ook terugbetaalbaar is.

06.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, mijnheer de minster. Uw antwoord is wel duidelijk.

De enige bedenking die ik heb, is dat wij er toch zeker van zouden moeten zijn dat de 46 patiënten in het UZ Gent, en misschien ook in andere ziekenhuizen, effectief uit het programma gevallen zijn omdat zij niet die vermindering van de aanvallen met 50 % halen. Volgens mijn informatie is daar wel wat twijfel over, maar ik zal het met de professor in kwestie nog eens opnemen.

06.04 Minister Frank Vandenbroucke: U zult begrijpen dat ik daarover niets kan zeggen. Dit is een kwestie van medische beoordeling, intern in het programma.

Les personnes qui peuvent participer au programme sont traitées pendant neuf mois maximum. Il faut ensuite arrêter Ajovy durant au moins trois mois.

La fin du programme, qui a été avancée au 31 janvier 2021, déterminera le moment où aucun nouveau patient ne sera plus autorisé à participer. Les patients qui participent déjà au programme au moment où il prendra fin continueront à bénéficier du médicament gratuitement jusqu'à sa mise sur le marché.

À la demande de la Commission de remboursement des médicaments, des négociations ont été entamées en vue de la conclusion d'un accord conformément à l'article 112. Le fabricant a indiqué le 29 septembre 2020 vouloir s'engager dans ces négociations dont les résultats seront connus prochainement. Ajovy est déjà remboursé au Danemark, en Finlande, en Croatie, en Autriche, en Slovénie, en Slovaquie, en Espagne, en République tchèque et en Allemagne.

06.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Nous devrions être certains que ces 46 patients de l'UZ Gent – et peut-être aussi d'autres hôpitaux – ont effectivement été exclus du programme parce que leurs crises n'avaient pas diminué de 50 %. D'après mes informations, il y a des doutes à ce sujet.

06.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je n'ai aucune information à ce propos. C'est une question d'évaluation médicale in-

terne.

06.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Ja, dank u.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Ontbrekende immunoglobulines" (55012853C)

07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'immunoglobines" (55012853C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, wij hebben het reeds vaker gehad over ontbrekende medicijnen en de wet die daaromtrent goedgekeurd werd. Ik zag vorige week op de site van het FAGG dat 28 immunoglobulines ontbreken. Deze worden gebruikt bij de ziekte van Kawasaki maar ook bij covidpatiënten. Ze worden aangegeven als zijnde kritisch. Dit wil zeggen dat er geen alternatief ter beschikking is en dus ook niet te vinden is.

Hoe schat u dit probleem in met betrekking tot de behandeling van covidpatiënten en van andere patiënten die hieraan nood hebben? Welke stappen kunt u hierin nemen?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, het volgende weet u natuurlijk: immunoglobulines worden geproduceerd uit menselijk plasma en kennen daarom een beperkt aanbod. Bovendien zijn ze erg duur. Het aantal indicaties waarvoor ze kunnen gebruikt wordt, neemt echter sinds enkele jaren sterk toe. In heel wat gevallen gaat het om heel ernstige of zelfs levensbedreigende aandoeningen.

Net als in vele Europese landen zijn immunoglobulines in België afkomstig uit plasma van vrijwillige donoren. Deze voorraad moet aangevuld worden met immunoglobulines afkomstig uit internationaal verzameld plasma om aan de vraag te kunnen voldoen.

Er rezen recent reeds acute tekorten. Door de impact van de COVID-19-pandemie op de internationale plasma-inzameling worden er nog extra tekorten verwacht. In België is een nationale aanbestedings-procedure ingevoerd voor de fractionering van binnenlands plasma en het aanleggen van een nationale strategische voorraad.

De Belgische ziekenhuizen zijn sindsdien verplicht om in 50 % van hun intraveneuze immunoglobulinebehoeften te voorzien via deze nationale aanbesteding. Op dat niveau zijn er geen tekorten. Voor de resterende 50 % van de intraveneuze immunoglobulines en voor 100 % van de subcutane immunoglobulines bevoorraden de ziekenhuizen zich elk afzonderlijk via zogenoemde commerciële aanbestedingen bij de bedrijven op de Belgische markt.

Met betrekking tot deze geneesmiddelen voor commerciële aanbestedingen, zijn de prijzen in de andere EU-landen recent sterk verhoogd, waardoor de prijs van immunoglobulines in België meer dan 20 % lager is komen te liggen dan het Europese gemiddelde. Daardoor is het risico van export aanzienlijk toegenomen. In een omgeving met een toegenomen vraag en een schaarste van het

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): La semaine dernière, j'ai lu sur le site internet de l'AFMPS que 28 immunoglobulines ne sont plus disponibles.

Dans quelle mesure cette indisponibilité a-t-elle une incidence sur le traitement des patients covid et d'autres patients qui en ont besoin? Quelles mesures le ministre prend-il?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les immunoglobulines sont utilisées de plus en plus fréquemment, souvent pour le traitement de pathologies très graves. L'offre est toutefois très limitée et le prix est élevé. En Belgique, ces molécules proviennent de plasma de donateurs volontaires, complété par du plasma collecté à l'échelle internationale afin de pouvoir répondre à la demande.

En conséquence des récentes pénuries, un appel d'offres national a été lancé pour le fractionnement de plasma belge et la constitution d'un stock stratégique national. Les hôpitaux sont obligés d'y faire appel pour 50 % de leurs besoins en immunoglobulines intraveineuses. Aucune pénurie ne s'y manifeste. Pour les 50 % restants et pour 100 % des immunoglobulines sous-cutanées, les hôpitaux s'approvisionnent par le biais d'adjudications commerciales auprès d'entreprises sur le marché belge.

À la suite des récentes augmentations de prix dans d'autres pays

aanbod is zo iets niet houdbaar.

Ik heb mij dan ook akkoord verklaard met het door de producent gevraagde en door de CTG aanvaarde prijsstijging voor twee immunoglobulineproducten die reeds een zeer groot marktaandeel beslaan. Deze prijsstijging zal binnenkort in werking treden, waardoor wij rond het Europese gemiddelde komen. Op die manier zullen wij reeds ten minste vermijden dat voor deze geneesmiddelen een te lage prijs het aanbod nog eens negatief beïnvloedt.

Door de bevoegde administraties FAGG en RIZIV zal de problematiek verder worden opgevolgd en worden oplossingen op lange en middellange termijn uitgewerkt. In het kader van een taskforce worden ook permanent aanbevelingen voor ziekenhuisapothekers en gespecialiseerde artsen in ziekenhuizen uitgewerkt om de gevolgen van de tekorten op te vangen.

Op basis van een bevraging van de firma's die intraveneuze immunoglobulines op de markt brengen, werd recent geconcludeerd dat de aanbevelingen van 2019 moesten worden gehandhaafd, omdat de stabiliteit van de beschikbaarheid van deze producten niet perfect kan worden gegarandeerd. Op 17 november 2020 werden tijdens een nieuwe vergadering van de taskforce de aanbevelingen van 2019 bevestigd. Het gebruik moet worden gerationaliseerd, ook voor subcutane immunoglobulines die nu niet als alternatief kunnen worden beschouwd, omdat ze zelf niet voldoende beschikbaar zijn.

Zowel CSL Behring als Octapharma heeft reeds aan de ziekenhuizen gecommuniceerd dat het niet mogelijk is om nieuwe behandelingen met subcutane immunoglobulines op te starten. Dit heeft tot gevolg dat de patiënten die normaliter in aanmerking zouden komen voor een subcutane behandeling in een thuissetting, toch behandeld moeten worden met intraveneuze immunoglobulines, waardoor een dagopname vereist is. Dit belast bovendien de ziekenhuizen, wat in de huidige context absoluut moet worden vermeden.

Het FAGG ontving sindsdien reacties van bezorgde ouders, wier kinderen niet met de meest geschikte immunoglobulines kunnen worden behandeld, of met intraveneuze toediening moeten starten wegens een ontoereikende voorraad van subcutane immunoglobulines.

Immunoglobulines worden niet vermeld in de richtlijn voor de behandeling van volwassen covidpatiënten, maar het zou in sommige uitzonderlijke gevallen kunnen worden gebruikt. Omgekeerd heeft covid wel een impact op de beschikbaarheid van de immunoglobulines, vermits het heeft geleid tot een daling in de collecte van internationaal plasma. Daar zitten we dus wel met een specifiek probleem.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het is inderdaad een probleem, zeker omdat het om levensreddende middelen gaat. Het is goed dat er stappen ondernomen zijn. Het is ook goed dat er een heronderhandeling van de prijzen plaatsvindt.

Dit wijst opnieuw op de enorme kwetsbaarheid waarin wij ons soms bevinden op het vlak van de toegankelijkheid van innovatieve en

européens, le risque d'exportation a sensiblement augmenté. C'est pourquoi une augmentation de prix a été acceptée pour deux produits d'immunoglobulines représentant une part de marché importante. Cette augmentation de prix entrera bientôt en vigueur.

L'AFMPS et l'INAMI réfléchissent à des solutions à long et à moyen terme. Une *task force* formule des recommandations aux pharmaciens hospitaliers et aux médecins spécialistes travaillant dans les hôpitaux pour leur permettre de faire face aux conséquences des pénuries. Les recommandations de 2019 concernant l'usage rationnel ont été reconfirmées récemment, y compris pour les immunoglobulines sous-cutanées, qui ne sont pas non plus disponibles en quantités suffisantes. Cette indisponibilité a pour conséquence que certains patients doivent être traités à l'aide d'immunoglobulines administrées par intraveineuse, ce qui requiert une hospitalisation de jour et surcharge encore davantage les hôpitaux.

Dans des cas exceptionnels, les immunoglobulines peuvent être utilisées dans le traitement de patients atteints du covid. La pandémie a également eu un impact à un autre niveau, puisque la collecte de plasma a diminué sur le plan international.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): C'est une bonne chose que des mesures aient été prises et que les prix soient négociés. Plusieurs éléments illustrent une fois de plus notre vulnérabilité au sein de l'Europe. Un appel aux dons de plasma est vraiment souhaitable

andere medicatie en op het vlak van onze positionering binnen Europa. We hebben deze discussie al eerder gevoerd. We moeten vooral voorkomen dat er echt tekorten komen en we daardoor levens verliezen.

Een oproep om plasma te doneren is zeker op zijn plaats. Er zijn al een aantal acties in het kader van covid gebeurd.

Het is echter het moment om daarop nog eens de aandacht te vestigen, zodat onze zieken geholpen kunnen worden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsen en tandartsen die hun werkzaamheden stopzetten" (55012995C)

08 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médecins et dentistes qui cessent d'exercer" (55012995C)

08.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, er zijn signalen van op het terrein dat verschillende tandartsen en artsen hun werkzaamheden vroeger dan gepland stopzetten, vaak als zij de pensioenleeftijd naderen, maar toch wel eerder dan zij aanvankelijk hadden gedacht. Het is immers niet altijd evident om over te schakelen naar een meer digitale praktijkvoering en om de strengere regels met betrekking tot praktijkhygiëne toe te passen en daarvoor bepaalde investeringen te doen. In sommige gevallen zal ook het risico om geïnfecteerd te raken en zwaar ziek te worden na een covidinfectie meespelen.

Kunt u mij de cijfers meedelen van het aantal artsen en tandartsen dat zijn of haar praktijk heeft stopgezet in 2019 en in 2020, zodat wij de cijfers kunnen vergelijken? Kunt u de gegevens eventueel opsplitsen per leeftijd en provincie?

Indien inderdaad een tendens naar meer stopzettingen waarneembaar zou zijn, worden dan ook gegevens verzameld over de redenen die tandartsen of artsen hebben om vroegtijdig te stoppen met hun praktijk? Kan u die toelichten?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, helaas zijn vandaag geen exploiteerbare gegevens beschikbaar met betrekking tot artsen en tandartsen die hun praktijk stopzetten. Er zijn enkel gegevens inzake het aantal RIZIV-nummers dat in de loop van een jaar gedeactiveerd wordt, maar die laten vandaag niet toe om een correct antwoord te formuleren op uw vraag. Die deactivering gebeurt namelijk niet systematisch, maar enkel op expliciete vraag van een arts of tandarts. Het RIZIV noteert bij een deactivering ook geen reden hiervoor, zodat een causaal verband moeilijk te leggen is.

In het kader van de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg werkt de FOD Volksgezondheid, samen met het RIZIV, aan de uitbouw van een praktijkregister, waardoor in de toekomst een beter zicht zal worden verkregen op gegevens inzake de praktijkvoering en de stopzetting ervan.

car nous devons éviter des pénuries susceptibles de coûter des vies.

08.01 Frieda Gijbels (N-VA): Plusieurs dentistes et médecins mettent un terme à leurs activités plus tôt que prévu.

Quelles sont les statistiques à ce sujet pour 2019 et 2020? Est-il possible de les répartir par âge et par province? Des données relatives aux raisons de cet arrêt anticipé des activités sont-elles recueillies?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Aucune donnée ayant trait aux médecins et dentistes qui arrêtent leurs activités n'est disponible. Nous disposons uniquement des données relatives au nombre de numéros INAMI désactivés au cours d'une année, mais celles-ci ne permettent pas d'apporter une réponse correcte à cette question. En effet, la désactivation n'est pas systématique, mais intervient uniquement à la demande explicite d'un médecin ou dentiste. De plus, en cas de désactivation, l'INAMI ne note pas le motif de celle-ci.

Dans le cadre de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé, le SPF Santé publique développe, en collaboration avec l'INAMI, un registre des cabinets médicaux, lequel permettra d'avoir une idée plus précise des praticiens actifs et de ceux ayant arrêté toute activité.

08.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik vreesde het al. Het wordt inderdaad hoog tijd dat wij kunnen gebruikmaken van een dynamisch kadaster betreffende het aantal artsen en tandartsen, zodat wij daar altijd een correct zicht op hebben.

Ik ervaar nu immers in mijn omgeving – ik stelde de vraag om na te gaan of dat een algemeen fenomeen is – dat effectief heel wat artsen en tandartsen vroegtijdig gestopt zijn, waardoor het in sommige regio's moeilijker wordt om een arts of tandarts te vinden, terwijl er in de steden dikwijls een overaanbod is. Een dynamisch kadaster zou voor een herverdeling van het aantal zorgverstrekkers kunnen zorgen, dus ik hoop dat daarvan nu eindelijk heel snel werk wordt gemaakt.

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

09 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijfgedrag van artsen" (55013117C)

09 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le comportement prescripteur des médecins" (55013117C)

09.01 Nawal Farih (CD&V): België is één van de landen met het hoogste voorschrijfpercentage na een raadpleging. Artsen en ziekenhuizen schrijven te vaak en te gemakkelijk geneesmiddelen voor. Hierbij gaat het dan vooral om antibiotica, antidepressiva, geneesmiddelen tegen maagzuur en cholesterolverlagende middelen. Enkele van uw voorgangers hebben in het verleden reeds initiatieven genomen om het voorschrijfgedrag van artsen aan te passen. Voormalig minister Dermotte beloofde de artsen een opslag indien ze hun voorschrijfgedrag op een goede manier aanpassen. Onder minister De Block kregen artsen die te veel geneesmiddelen voorschrijven boete. Deze maatregelen moesten er dus voor zorgen dat artsen zuiniger en meer verantwoord zouden voorschrijven. Daarom ook enkele vragen, meneer de minister:

Hoe werden de maatregelen van voormalige ministers Dermotte en De Block geëvalueerd? Hebben zij een verandering in het voorschrijfgedrag tweegebracht?

Bent u zelf ook van plan om initiatieven te nemen om artsen te wijzen op het verantwoord voorschrijven van geneesmiddelen? Zoja, welke initiatieven zal u hiervoor nemen? Indien niet, waarom zal u geen verdere initiatieven nemen?

Deze vraag gaat over het hoog voorschrijfpercentage in ons land na raadpleging. Daarbij gaat het voornamelijk om antibiotica, antidepressiva en geneesmiddelen tegen maagzuur. Voormalige ministers hebben al verschillende initiatieven genomen. Toenmalig minister

09.01 Nawal Farih (CD&V): Le pourcentage de prescription après une consultation médicale est élevé en Belgique. Lorsqu'il était ministre de la Santé, Rudy Demotte avait promis une augmentation aux médecins s'ils adaptaient correctement leur comportement en matière de prescription. La ministre De Block a infligé des amendes aux médecins qui prescrivaient trop de médicaments.

Quel bilan le ministre tire-t-il de ces initiatives? La semaine dernière, l'organisation Domus Medica a déclaré que la prescription d'antibiotiques a diminué de 55 % durant la crise du coronavirus. Le ministre prendra-t-il des initiatives concernant le comportement des médecins en matière de prescription?

Demotte beloofde de artsen een opslag indien zij hun voorschrijfgedrag op een goede manier beheerden. Onder minister De Block kregen artsen een boete als zij te veel geneesmiddelen voorschreven. Dat zijn twee tegenstrijdige acties die wij al hebben gezien vanuit de regering.

Mijnheer de minister, hoe evalueert u die twee verschillende acties? Hebben die acties effectief een verandering teweeggebracht in het voorschrijfgedrag in die legislatuur of binnen die termijn?

Bent u zelf ook van plan om initiatieven te nemen omtrent het voorschrijfgedrag? Vorige week hoorden wij de heer Van Giel van Domus Medica, die verklaarde dat er in de huidige coronatijd maar liefst 55 % minder antibiotica is voorgeschreven, terwijl wij nochtans allemaal nog even gezond zijn. Daarom wil ik vernemen welke uw bevindingen zijn en of u eventueel actie zult ondernemen.

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, mijn voorgangers hebben inderdaad acties ondernomen om het voorschrijfgedrag doelmatiger te maken. Ik vernoem enkele projecten die uitgerold werden. De grote verpakkingen maagzuurremmers werden afgeschaft. In het KCE-project werd een app ontwikkeld ter berekening van het cardiovasculair risico, onder meer bedoeld om het onnodig voorschrijven van cholesterolverlagers te vermijden. Er vonden RIZIV-consensusconferenties plaats over het doelmatig gebruik van antibiotica bij kinderen, alsook een conferentie over opioïde en een over niet-opioïde pijnstillers. De quota voor goedkoop voorschrijven zijn de laatste jaren opgetrokken, teneinde financiële middelen vrij te maken voor nieuwe generaties van geneesmiddelen. Consultaties bij de psycholoog worden vergoed, ook met het oog op de terugdringing van onnodig gebruik van antidepressiva.

Het werk is niet af. Zoals u aanhaalt, het antibioticagebruik in ons land ligt nog steeds te hoog, ondanks voortdurende bewustwordingscampagnes sinds de jaren 2000. Ook inzake polymedicatie bij ouderen scoren wij internationaal slecht. De EU-SILC-survey verzamelde in 2015 voor het eerst gegevens over polymedicatie op Europees niveau. De prevalentie van polymedicatie voor ons land bedroeg 34 %, wat het op vier na hoogste cijfer is voor de achttien Europese landen in die survey. Ik kan concluderen dat wij nog steeds behoren bij de landen met een hoog voorschrijfpercentage.

We moeten dus blijvend inzetten op een doelmatig voorschrijfgedrag, niet alleen vanuit het oogpunt van een goed en zuinig gebruik van geneesmiddelen, maar ook en bovenal vanuit het oogpunt van volksgezondheid. Een van de doelstellingen van het regeerakkoord is om een nieuwe reeks maatregelen te ontwikkelen die gericht zijn op de volumes en op het gedrag van de voorschrijvers.

De regering wil ingaan tegen de verschijnselen die kunnen leiden tot een overmatige consumptie van geneesmiddelen. De doelmatigheid en kwaliteit van de farmacotherapeutische zorg op het niveau van het geneesmiddel en op het gebruik van geneesmiddelen in de dagelijkse zorg moeten worden verhoogd en dit op basis van wetenschappelijke feiten en van de nood van de patiënt.

Ik ben dan ook stellig van plan om bijkomende initiatieven te nemen om het rationeel voorschrijfgedrag te bevorderen. Het verheugt mij dat

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mes prédécesseurs ont pris plusieurs mesures visant à cibler plus efficacement les prescriptions, à savoir notamment la suppression des gros conditionnements d'antiacides, la création d'une application permettant de calculer les risques cardiovasculaires afin d'éviter la prescription inutile de médicaments hypocholestérolémiants, l'organisation de conférences sur l'utilisation des antibiotiques et des antalgiques et le remboursement des consultations de psychologues afin de limiter l'utilisation des antidépresseurs.

La consommation d'antibiotiques dans notre pays est toujours trop élevée et nous obtenons également un score beaucoup trop élevé en matière de polymédication. L'un des objectifs de l'accord de gouvernement est de développer une nouvelle série de mesures axées sur les volumes et le comportement des prescripteurs. J'ai la ferme intention de prendre des initiatives supplémentaires. Je me réjouis du fait que la prescription ciblée a reçu une place dans l'accord national médico-mutualiste 2021. Une *task force* a été créée au sein de l'INAMI afin d'élaborer un plan d'ici le 30 juin 2021. Au moyen d'un plan national intégré, je renforcerai la lutte contre l'usage excessif et inapproprié d'antibiotiques.

doelmatig voorschrijven ook een plaats heeft gekregen in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2021. De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen plant zo haar volle medewerking aan de taskforce die binnen het RIZIV wordt opgericht om een plan doelmatige zorg uit te werken tegen 30 juni 2021, waarin ook het rationeel voorschrijven zal worden opgenomen.

Ook stelt de NCAZ te zullen meewerken aan de uitvoering van de regeringsbeslissing om het aandeel van goedkope geneesmiddelen en *biosimilars* verder te verhogen en om voorschrijvers te responsabiliseren. Ik zal eveneens de strijd tegen overmatig en verkeerd gebruik van antibiotica voortzetten en versterken, onder meer met een geïntegreerd nationaal plan voor de strijd tegen de antimicrobiële resistentie.

09.03 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik heb wel wat goede zaken gehoord, gaande van het blijven sensibiliseren tot het doelmatig voorschrijfgedrag. Ik hoorde u ook mooie doelstellingen formuleren rond *biosimilar uptake*, dus ik kijk ernaar uit om hopelijk deze legislatuur grote stappen te kunnen zetten op dat vlak. Dat kan via het Parlement, maar ook via u. Ik hoop dat we daarin partners kunnen zijn.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55013276C de Thibaut est transformée en question écrite.

10 Samengevoegde vragen van

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onbeschikbare geneesmiddelen" (55013284C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geneesmiddelentekorten" (55013423C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onbeschikbare geneesmiddelen" (55013534C)

10 Questions jointes de

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments indisponibles" (55013284C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pénuries de médicaments" (55013423C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments indisponibles" (55013534C)

10.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, dans une enquête publiée récemment, Test-Achats dénonce les pénuries de médicaments de plus en plus fréquentes en Belgique. Selon la liste officielle de l'Agence des médicaments, plus de 500 conditionnements de médicaments étaient indisponibles chez nous fin novembre, peut-on lire dans cet article. Cette liste s'allonge encore. Certains médicaments ne seront d'ailleurs pas disponibles avant plusieurs mois. Selon cette étude, qui s'est basée sur l'avis de 2 100 Belges, 28,5 % des ménages ont été confrontés à une pénurie ces deux dernières années.

Si pour la plupart, ces pénuries n'ont pas eu de conséquences graves, puisqu'en fait, des alternatives existent pour bon nombre de

10.01 Laurence Zanchetta (PS): Test Aankoop hekelt de steeds vaker voorkomende geneesmiddelentekorten in België: eind november waren er meer dan 500 verpakkingen niet verkrijgbaar, sommige gedurende meerdere maanden. Voor 6 % van de respondenten had dit significante gevolgen, waaronder soms zelfs een ziekenhuisopname. Die tekorten leiden tot extra kosten voor een derde van de patiënten, aan-

ces traitements, pour 6 % des répondants, cela a eu un impact important, menant parfois jusqu'à l'hospitalisation du patient. En effet, l'aspect le plus préoccupant de ces pénuries est sans nul doute l'indisponibilité d'un grand nombre de médicaments destinés à soigner de graves problèmes comme des problèmes cardiaques ou sanguins par exemple.

Enfin, ces pénuries représentent un surcoût pour 32 % des répondants, ce qui s'explique notamment par le fait que, lorsque le pharmacien doit commander un médicament à l'étranger, celui-ci ne peut plus être remboursé.

Monsieur le ministre, comment expliquez-vous ces pénuries ainsi que les longues périodes d'indisponibilité de certains médicaments dans notre pays? Test-Achats préconise d'imposer des mesures de prévention aux entreprises pharmaceutiques afin d'éviter ce type de pénuries. Pensez-vous que cela soit envisageable? Enfin, quelles autres mesures sont nécessaires, selon vous, pour remédier à ce problème sur le long terme? Je vous remercie pour vos réponses. Je suis désolée d'avoir oublié de mettre mon casque pour les traducteurs.

Le **président**: Pour une fois, on vous pardonne, madame Zanchetta.

10.02 Steven Creyelman (VB): *Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, uit een enquête van consumentenorganisatie Test Aankoop blijkt dat er steeds vaker problemen zijn met de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Meer dan een op de vier huishoudens (28,5%) heeft er in de afgelopen twee jaar mee te maken gehad. De gevolgen voor de patiënt zijn verre van verwaarloosbaar: bijna een op de twee respondenten die met een tekort te maken kregen, meldde niet alleen meer symptomen of problemen te hebben ondervonden als gevolg van het tekort, maar dit tekort leidde ook tot extra kosten voor bijna een derde van de respondenten. Test Aankoop vraagt de overheid om dit probleem aan te pakken. De consumentenorganisatie heeft dit punt op de agenda gezet voor haar komende vergadering met de minister van Volksgezondheid.*

Wanneer gaat/ging die vergadering door? Welke stappen zal de minister ondernemen om de onbeschikbaarheden tot een minimum minimum te herleiden? Begrijpt de minister de gevolgen voor veel patiënten en de daaruit voortvloeiende meerkost voor de ziekteverzekering?

10.03 Minister Frank Vandenbroucke: Het geplande onderhoud met Test Aankoop vond vorige week plaats. Er is daar uitvoerig van gedachten gewisseld over de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen.

Ik heb het FAGG en het RIZIV, elk binnen het kader van zijn bevoegdheid, de opdracht gegeven om de uitvoering voor te bereiden van de wet van 20 december 2019, die de leveringsplicht van farmaceutische firma's verduidelijkt. De uitvoering houdt niet het snel uitschrijven en ondertekenen van een koninklijk besluit in, zoals hier en daar gesuggereerd werd, maar wel het uitwerken van een concept over volgende punten die in de wet zijn opgenomen.

Ten eerste, er zal een meldingssysteem worden uitgewerkt waarmee

gezien in het buitenland bestelde geneesmiddelen niet worden terugbetaald.

Hoe kunnen dergelijke tekorten verklaard worden? Kunnen er preventieve maatregelen opgelegd worden aan de farmabedrijven?

10.02 Steven Creyelman (VB): *Selon Test Achats, des problèmes se posent de plus en plus souvent en ce qui concerne la disponibilité de médicaments. De telles pénuries peuvent être lourdes de conséquences.*

Quand le ministre se concertera-t-il avec l'organisation de protection des consommateurs? Quelles mesures vont être prises?

10.03 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai eu un entretien avec Test Achats la semaine dernière. L'AFMPS et l'INAMI vont préparer l'exécution de la loi du 20 décembre 2019 à ce sujet. Il sera procédé à la mise en place d'un système de signalement au moyen duquel les grossistes-répartiteurs et les pharmaciens pourront avertir les titulaires d'autorisation en cas de risque de pénurie. L'AFMPS travaille à une application informatique permettant un suivi précis

groothandelaars-verdelers en apothekers meldingen zullen versturen naar de vergunninghouders in geval van een vermoeden van onbeschikbaarheid of een probleem met de levering. Dat zal de problemen in de praktijk sneller aan het licht brengen en ook objectiveren.

Ook werkt het FAGG aan een informaticatoepassing voor het nauwkeurig opvolgen van de voorraden op de verschillende niveaus, bij de vergunninghouders, de groothandelaars, de groothandelaars-verdelers, de ziekenhuizen en de apotheken. Die aanpak is zeer nuttig gebleken tijdens de coronapandemie. Het is de bedoeling om voor essentiële en kritieke geneesmiddelen de voorraden continu op te volgen en via berekeningen onbeschikbaarheden te kunnen voorspellen. Zo kan er vroeger ingegrepen worden en is er meer tijd om oplossingen te zoeken.

De regeling maakt het voorwerp uit van een eerste ontwerp van koninklijk besluit, dat op korte termijn zal worden voorgelegd aan de Raad van State. Dat is het eerste punt uit de wet.

Ten tweede, is er de substitutie door de apothekers in geval van onbeschikbaarheid.

Ten derde, is er een compensatie voor de extra kosten voor de patiënt in geval van onbeschikbaarheid. De wet bepaalt dat het niet de bedoeling is dat de patiënt, de overheid of de verplichte verzekering hiervoor opdraaien. Ik onderschrijf dat zeker.

Ten vierde, de wet voorziet ook in het principe van een uitvoerverbod in geval van onbeschikbaarheid, dat slechts bij absolute noodzaak zou kunnen worden aangewend en met de nodige omzichtigheid. Hiermee komen wij op het toepassingsveld van het Europees verdrag en de Europese regelgeving.

Die concepten moeten inderdaad het onderwerp uitmaken van een koninklijk besluit. De ervaring uit het verleden heeft geleerd dat de af te leveren reglementering complex is, in die zin dat op het niveau van de uitvoering de diverse stakeholders ook betrokken zijn, met name de vergunninghouders, de groothandelaars-verdelers en de apothekers. Daarbij moet de taakverdeling zeer duidelijk en werkbaar zijn, wat een nauwgezet overleg met de sector impliceert.

Gelet op de recente ervaringen spreekt het voor zich dat de teksten op juridisch vlak volledig waterdicht moeten zijn, zodat het risico op vernietiging wordt vermeden.

10.04 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je vois qu'il y a une réelle volonté d'avancer sur ce sujet délicat. Le patient qui se rend dans une pharmacie a souvent très peu de réponses quant à la durée de cette indisponibilité. Si, en plus, il doit payer un surcoût pour une autre molécule ou un autre médicament, c'est réellement problématique.

10.05 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik ben blij dat u de problematiek erkent en dat u

des stocks de médicaments essentiels et critiques aux niveaux respectifs afin d'anticiper les indisponibilités. À cet effet, un projet d'arrêté royal sera soumis très prochainement au Conseil d'État.

La loi prévoit par ailleurs la substitution par les pharmaciens, une compensation des surcoûts pour le patient et une interdiction d'exportation en cas d'indisponibilité sur le terrain européen.

Pour l'élaboration des arrêtés royaux, une répartition claire des tâches doit être convenue avec les différentes parties prenantes. En outre, nous devons veiller à la rédaction de textes irréprochables sur le plan juridique.

10.04 Laurence Zanchetta (PS): De patiënt krijgt in de apotheek vaak weinig antwoorden als hij informeert naar de duur van de onbeschikbaarheid. Dat is des te problematischer als hij extra moet betalen voor een alternatief met een andere werkzame stof of voor een ander geneesmiddel.

10.05 Steven Creyelman (VB): Les systèmes de signalement et

initiatieven plant en zelfs in uitvoering hebt. Ik denk dat het meldingssysteem en het IT-systeem dat de voorraden bijhoudt, daarbij van groot belang kunnen zijn.

Ik druk ook de hoop uit dat u snel tot concrete resultaten komt, als het gaat over het substitutierecht en de financiële gevolgen voor de patiënten. Ik denk dat het inderdaad niet de bedoeling kan zijn dat de patiënten daarvoor opdraaien.

Ik vermoed dat ik niemand duidelijk hoeft te maken wat het betekent voor een patiënt om te worden geconfronteerd met de onbeschikbaarheid van een geneesmiddel, dat vaak van levensbelang is.

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

11 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance du titre d'alcoologue" (55013308C)

11 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de titel van alcooloog" (55013308C)

11.01 Catherine Fonck (cdH): *Monsieur le ministre, l'Enquête de Santé 2018 nous informe que "si la surconsommation de boissons alcoolisées (+14/F et +21/H par semaine) diminue depuis 2001, cette progression s'est toutefois ralentie depuis ces 5 dernières années pour se maintenir autour de 6%. D'autre part, certains comportements parmi les plus nocifs se sont maintenus dans le temps: il s'agit de l'hyper-alcoolisation (boire 6+ unités d'alcool en une même occasion) à laquelle 7,6% de la population s'adonne chaque semaine (ou au total 27,4% chaque mois). L'usage problématique de l'alcool parmi les consommateurs a augmenté: 10% des consommateurs en 2013 à 15% des consommateurs en 2018 rapportent avoir connu des problèmes liés à l'alcool à un moment de leur vie. Par ailleurs en 2018, 7% de la population de 15 ans et plus a connu de tels problèmes dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête."*

Lors des auditions en commission Santé au sujet de différentes propositions de loi relatives à la lutte contre la consommation nocive d'alcool, l'un des orateurs suggérerait d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'une consommation nocive d'alcool par la reconnaissance du titre d'alcoologue.

Des formations existent (notamment le certificat interuniversitaire en alcoologie organisée par la SSMG et des universités partenaires) pour les professionnels (para)médicaux en vue de les "aider à comprendre l'alcoolisme et les comportements addictifs grâce à une concertation professionnelle multidisciplinaire", à "mieux déceler et prendre en charge les mésusages de l'alcool tout en bénéficiant d'un réseau d'alcoologie."

Grace à cette formation de qualité, des professionnels (para)médicaux contribuent à l'amélioration de la prise en charge des personnes confrontées aux mésusages de l'alcool.

Avez-vous connaissance des formations existantes en alcoologie?

Quelle place reconnaissez-vous aux alcoologues dans la lutte contre la consommation nocive d'alcool en Belgique?

informatique représentent des initiatives importantes en matière de mise à jour des stocks de médicaments. J'espère que le droit de substitution et la suppression des conséquences financières pour le patient deviendront rapidement réalité.

11.01 Catherine Fonck (cdH): *Uit de Gezondheidsenquête 2018 blijkt dat de overconsumptie van alcoholische dranken sinds 2001 is gedaald, maar die daling is de afgelopen vijf jaar vertraagd en blijft steken op ongeveer 6%. Hyperalcoholisatie, d.w.z. het drinken van minstens zes glazen alcohol bij eenzelfde gelegenheid, heeft zich echter gehandhaafd. Het problematische gebruik van alcohol is toegenomen van 10 % tot 15 % in de periode van 2013 tot 2018, en 7 % van de jongeren van 15 jaar en ouder kampte daar mee in het jaar voorafgaand aan de enquête. Tijdens de hoorzittingen suggereerde een spreker om te zorgen voor een betere behandeling van mensen met een schadelijk alcoholgebruik door de erkenning van de titel van 'alcooloog'. Daar bestaan opleidingen voor.*

Draagt u daar kennis van? Welke plaats nemen alcohologenen in België in? Welke maatregelen zult u nemen voor hun erkenning en de terugbetaling van hun consultaties?

Quelles mesures allez-vous prendre en termes de reconnaissance du titre d'alcoologue et de remboursement des consultations en alcoologie?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, il existe des formations interuniversitaires en matière d'alcoologie, comme la SSMG et les universités partenaires, comme indiqué. Mais l'offre est plus large que cela. Par exemple, la base de données de l'INAMI relative aux formations et post-formations agréées pour l'accréditation des médecins montre une attention évidente à la problématique d'abus d'alcool.

Entre 2015 et 2020, le nombre de formations enregistrées est le suivant. En 2015: 109; en 2016: 104; en 2017: 131; en 2018: 102; en 2019: 103; en 2020: 96. Je peux même vous communiquer la distinction entre les francophones et les néerlandophones. Cependant, il n'y a rien de surprenant à y trouver.

Ces formations sont organisées par diverses institutions telles que les cercles de médecins généralistes, les associations scientifiques, les universités et les hôpitaux universitaires. Les organisateurs les plus actifs sont: *Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen* qui a organisé 192 activités; la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) qui en a organisé 89 et le Réseau d'Aide aux Toxicomanes avec 33 activités.

Ils comprennent une diversité d'approche de cette problématique, comme l'impact sur la santé dans des domaines spécifiques, la thérapie et les interventions familiales ou autres mais aussi des aspects juridiques et sociaux.

L'intensification de la formation continuée peut aller d'une formation continue de base sur un thème spécifique à des modules faisant partie d'une formation à part entière.

Il existe toutefois d'autres formations sur le thème de l'alcool. Les associations professionnelles comme la SSMG et Domus Medica en proposent. Par ailleurs, je finance, en partenariat avec la chancellerie du premier ministre, le développement d'une formation visant la sensibilisation des médecins généralistes à la prise en charge de patients consommant de l'alcool de façon problématique. Cette offre sera lancée cette année avec, dans un premier temps, un module d'*e-learning*; dans un second temps, des formations multidisciplinaires sur un modèle de *blended learning*.

De plus, un projet pilote visant à améliorer la détection et la prise en charge en hôpital général des problèmes d'alcool est actuellement financé par mes services dans plusieurs structures hospitalières. Pour atteindre cet objectif, les hôpitaux doivent s'engager à investir, entre autres, dans la formation et la sensibilisation du personnel soignant. Le projet a également pour but d'aider à la formalisation d'un circuit de soins alcool - que faire ou orienter - au sein de chacun des hôpitaux impliqués.

La reconnaissance du titre d'alcoologue n'est pas à l'ordre du jour; l'accompagnement dans le sevrage de l'alcool nécessite tant une prise en charge qu'un suivi d'ordre médical. Par ailleurs, je rappelle

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er bestaan interuniversitaire opleidingen over drankverslavingsziekten. Uit de gegevensbank van het RIZIV betreffende de erkende opleidingen en bijscholingscursussen voor de accreditatie van artsen blijkt dat er duidelijk aandacht is voor de problematiek van het alcoholmisbruik. Die opleidingen worden georganiseerd door de huisartsenkringen, wetenschappelijke verenigingen, universiteiten of universitaire ziekenhuizen.

De aanpak is divers en er komen verschillende aspecten aan bod: niet alleen de gevolgen voor de gezondheid, de behandeling, het betrekken van de familie of anderen, maar ook de juridische en sociale aspecten van alcoholmisbruik.

Beroepsverenigingen zoals de Société scientifique de médecine générale of Domus Medica bieden andere opleidingen aan. In samenwerking met de FOD Kanselarij van de Eerste Minister financier ik de ontwikkeling van een opleiding om huisartsen beter bewust te maken van de zorg voor patiënten met een problematisch alcoholgebruik. Dit gratis aanbod zal dit jaar van start gaan.

Mijn diensten financieren ook een proefproject om de screening en behandeling van alcoholproblemen in de algemene ziekenhuizen te verbeteren. Het project heeft tot doel bij te dragen tot de formalisering van een zorgtraject in elk van de betrokken ziekenhuizen.

De erkenning van de beroepstitel van alcohololoog is niet aan de orde. De begeleiding van patiënten bij een ontwenning vereist medische

que les consultations chez un psychologue ou un orthopédaogogue de première ligne sont en partie remboursées lorsqu'elles sont prescrites par un médecin. Voilà des éléments de réponse.

zorg en follow-up. De consultaties bij een eerstelijnspsycholoog of -orthopedagoog worden gedeeltelijk vergoed als een arts ze voorschrijft.

11.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je me permettrai d'abord une petite taquinerie à l'égard du ministre. En vous voyant éternuer, monsieur le ministre, je me demande si vous ne devriez pas faire un test covid.

11.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Moi?

11.05 Catherine Fonck (cdH): Au moindre doute, au moindre symptôme, monsieur le ministre.

11.06 Frank Vandenbroucke, ministre: C'est vrai. On ne sait jamais.

11.07 Catherine Fonck (cdH): On ne sait jamais. Si le rhume persiste ou s'il y a des signes de rhume, je me permettrai de vous le conseiller. Pour vous d'abord et pour tous les autres, évidemment. Je vous taquine, monsieur le ministre.

11.08 Frank Vandenbroucke, ministre: Je comprends.

11.09 Catherine Fonck (cdH): On est comme tout le monde. On fait tous partie de la même galère dans cette pandémie. Merci pour votre réponse.

11.09 Catherine Fonck (cdH): Het aanbieden van een opleiding via e-learning is een positief initiatief van de regering. Weinig zorgverleners zijn echter in staat de noodzakelijke langdurige zorg te verlenen aan alcoholverslaafden, wat de vraag doet rijzen naar de erkenning van een meer specifieke en intensieve opleiding, met terugbetaling van de consultaties, zoals het geval is voor de tabacologen.

C'est vrai que les nombreuses formations que vous avez évoquées, si je ne m'abuse, se déroulent essentiellement dans le cadre des GLEM, de la formation continue etc. C'est évidemment quelque chose de très positif car énormément de médecins, généralistes ou spécialistes, ou encore des paramédicaux, sont directement confrontés à de nombreux patients qui viennent les voir pour les ravages de l'alcool ou pour tout autre chose, mais avec des ravages malheureusement dus à l'alcool. C'est sûrement une initiative positive de la part du gouvernement de prévoir une formation en *e-learning*. Je pense que l'on devrait capitaliser beaucoup plus sur des formations en *e-learning* mais c'est un autre débat.

Ceci étant, les prises en charge des personnes malheureusement dépendantes de l'alcool sont particulièrement difficiles. Ce sont des prises en charge très longues et le nombre de soignants, au sens général du terme, qui sont aujourd'hui en capacité de les assumer n'est pas très élevé. Cela pose clairement la question de la reconnaissance d'une formation plus spécifique et plus poussée, reconnaissons-le, en alcoologie, telle que je l'avais évoquée dans ma question, y compris avec un remboursement de consultation particulier. Vous savez que c'est le cas pour la tabacologie, donc pourquoi pas en alcoologie? Il me semble que c'est une matière qui devrait pouvoir être abordée, pourquoi pas dans le cadre d'une étude avec une comparaison internationale, qu'elle soit faite par le KCE ou le Conseil supérieur de la Santé? Je fais en tout cas ici des suggestions. Je vous remercie pour vos réponses.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur

"Les nitrites dans les charcuteries" (55013309C)

12 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Nitriet in vleeswaren" (55013309C)

12.01 Catherine Fonck (cdH): *Monsieur le ministre, en 2015, le Centre international de Recherche sur le Cancer de l'OMS a classé la viande transformée comme "cancérogène pour l'homme". Chaque portion de 50 grammes de viande transformée consommée quotidiennement accroît le risque de cancer colorectal de 18%.*

En 2019, Test-Achats demandait à l'industrie de limiter/supprimer l'utilisation des nitrites dans les charcuteries, appelait la Commission européenne à baisser le niveau des seuils autorisés sur base du principe de précaution et encourageait la Belgique à prévoir des règles plus strictes. Elle appelait également les fabricants à une démarche volontaire de limitation de cet additif.

En avril 2019, dans un article intitulé 'Le clean labelling n'est pas toujours aussi propre qu'il n'y paraît', l'AFSCA constatait que les entreprises du secteur alimentaire avaient recours à des "ingrédients qui ne sont pas typiquement utilisés comme ingrédient alimentaire et qui sont délibérément ajoutés aux denrées alimentaires à des fins technologiques et deviennent un ingrédient de ces aliments", c'est-à-dire des additifs. Ces ingrédients remplissent la fonction des numéros E omis volontairement, à la différence qu'ils ne sont pas contrôlés par le producteur en termes de pureté, de concentration, de sécurité et qu'ils ne sont pas mentionnés en tant qu'additif sur l'étiquette. En plus d'un risque potentiel pour la sécurité alimentaire (...) les consommateurs sont également trompés."

En France, l'ANSES s'est vu confier en 2020 la mission de réaliser une étude sur les nitrites dans l'alimentation.

Monsieur le ministre,

- Est-ce que des évolutions ont eu lieu à ce sujet au niveau européen et au niveau belge (réglementation plus stricte, concertation et sensibilisation de l'industrie alimentaire)?*
- Quelle est l'évolution de l'utilisation de ces produits ces dernières années (nombre et taux)?*
- Avez-vous confié au CSS (ou autre instance) la réalisation d'une étude comme celle réalisée par l'ANSES?*
- Vous êtes-vous déjà concerté avec le Ministre de l'Agriculture en charge de la sécurité de la chaîne alimentaire à ce sujet?*

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: *Madame Fonck, des discussions sont en cours au plan européen pour revoir les conditions d'utilisation du nitrite et du nitrate dans des viandes transformées. Le SPF Santé publique, qui représente la Belgique, reste en contact avec les parties prenantes belges, parmi lesquelles l'industrie alimentaire, et communique au sujet de ses travaux au sein du Conseil consultatif en matière de politique alimentaire. Plusieurs documents sont déjà disponibles en vue de soutenir ces discussions, tels que les avis de l'Autorité alimentaire européenne, un rapport européen sur les besoins technologiques de ces additifs dans les aliments, des documents du Codex alimentarius, la législation danoise, la législation relative à l'utilisation des nitrites dans la production biologique, les*

12.01 Catherine Fonck (cdH): *In 2015 zette het Internationaal Instituut voor Kankeronderzoek van de WHO bewerkt vlees op de lijst van kankerverwekkende levensmiddelen. In 2019 verzocht Test Aankoop de voedingsindustrie om het gebruik van nitriet in vleeswaren te beperken of zelfs stop te zetten en de consumentenvereniging riep de Europese Commissie en België ertoe op om de toegestane drempelwaarden te verlagen.*

In april 2019 constateerde het FAVV dat voedingsbedrijven ingrediënten gebruikten die doorgaans niet voor voedingsdoeleinden worden gebruikt, als additieven. Die ingrediënten vervullen dezelfde functie als de E-nummers, maar die laatste werden bewust vervangen door die ingrediënten om controles op het gebied van zuiverheid, concentratie en veiligheid te vermijden. In Frankrijk kreeg het voedselagentschap Anses de opdracht een studie uit te voeren naar nitriet in levensmiddelen.

Zijn de Belgische en Europese regelgeving gewijzigd? Op welke manier werden zulke producten de afgelopen jaren gebruikt? Hebt u een soortgelijk onderzoek besteld als de studie van het Franse Anses? Hebt u overleg gepleegd met de minister van Landbouw, die bevoegd is voor voedselveiligheid?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: *Europa overweegt om de voorwaarden voor het gebruik van nitriet en nitraat in bewerkt vlees te herzien. De FOD Volksgezondheid blijft in contact met de Belgische stakeholders en communiceert aan de Adviesraad inzake voedingsbeleid. Verschillende Europese en nationale documenten kunnen als basis dienen voor die debatten.*

positions respectives des États membres de l'Union européenne et les avis des parties prenantes.

Certains projets visent à réduire l'exposition en fixant non seulement des niveaux maximaux d'utilisation lors du processus de fabrication, mais également des niveaux maximaux résiduels à la fin du même processus ou aux stades de la commercialisation – qui sont inférieurs aux niveaux d'utilisation.

Les discussions les plus difficiles portent sur des produits spécifiques dits 'produits traditionnels', pour lesquels des exceptions avaient été demandées et accordées par le passé. Supprimer ou, du moins, fortement réduire ces exceptions représenterait une simplification.

Depuis plusieurs années, nous avons constaté que des producteurs remplaçaient le nitrite, tel que légalement autorisé, par des extraits contenant du nitrite. Une telle pratique a été qualifiée à plusieurs reprises d'illégale par les autorités européennes et nationales compétentes, parce que ces extraits remplissent bien une fonction d'additif, qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une demande d'autorisation et qu'aucune autorisation n'a donc pu être établie conformément à la législation européenne sur les additifs alimentaires. De plus, cette pratique est également trompeuse pour le consommateur. Une déclaration en confirmant l'illégalité a été de nouveau publiée en 2019 à l'échelle européenne et figure dans la liste des questions et réponses fréquemment posées au sujet de la législation sur les additifs, qui est publiée sur les sites du SPF Santé publique et de l'AFSCA.

S'agissant de l'évaluation, l'AFSCA se livre à des contrôles. Pour disposer de données sur les teneurs en nitrite dans les aliments, vous pouvez adresser votre question à mon collègue Clarinval, étant donné que l'AFSCA relève de sa compétence.

L'ANSES a en effet été saisie en 2020 et a constitué un groupe multidisciplinaire pour identifier les risques associés à la consommation de nitrite et de nitrate.

Il est certain que l'EFSA suivra de près ces travaux. Il est possible qu'il fasse l'objet d'une collaboration dans le cadre de la coopération scientifique institutionnalisée entre l'EFSA et les États membres. Les résultats pourraient alimenter une mise à jour de l'opinion de l'EFSA qui a réévalué cet additif en 2017, mais à condition qu'ils apportent des éléments nouveaux.

Cependant, seul un avis de l'EFSA peut servir de base scientifique à l'élaboration ou à la révision de la législation européenne. Quoi qu'il en soit, le processus de révision des conditions d'utilisation est déjà en cours comme dit précédemment.

À ce stade, il n'est donc pas approprié de saisir le Conseil supérieur de la Santé sur cette question d'autant plus que cela conduirait à une duplication inutile des travaux scientifiques de l'EFSA et de l'ANSES.

À la question de savoir si je me suis déjà concerté avec le ministre de l'Agriculture? Ces dossiers sont abordés au Conseil consultatif en matière de politique alimentaire où toutes les parties prenantes sont représentées y compris moi-même et mon collègue David Clarinval.

Sommige ontwerp teksten strekken ertoe maximale hoeveelheden vast te leggen tijdens en na de productie en op het ogenblik waarop het product in de handel gebracht wordt.

De moeilijkste discussies gaan over de 'traditionele' producten, waarvoor er uitzonderingen gelden. Het zou eenvoudiger zijn als het aantal uitzonderingen beperkt wordt.

Sommige producenten vervangen nitriet door nitriethoudende extracten. De bevoegde Europese en nationale instanties beschouwen dat als een onwettige praktijk, aangezien die extracten dienst doen als additief, maar geen toelating kregen overeenkomstig de Europese wetgeving inzake levensmiddelenadditieven. De consument wordt dan ook misleid. In 2019 werd dat onwettige karakter bevestigd in een Europese verklaring die opgenomen werd in de vragen over de wetgeving inzake additieven op de websites van de FOD Volksgezondheid en het FAVV.

Mijn collega Clarinval is bevoegd voor vragen over de controles door het FAVV.

Het Franse Anses heeft een multidisciplinaire groep opgericht om de risico's van de consumptie van nitriet en nitraat in kaart te brengen.

EFSA zal die werkzaamheden op de voet volgen. Als de resultaten nieuwe bevindingen opleveren, zou EFSA, die dat additief in 2017 al opnieuw geëvalueerd heeft, haar mening kunnen herzien.

Alleen een advies van EFSA kan de wetenschappelijke grond vormen voor het opstellen of de herziening van Europese wetgeving. De herzieningsprocedure is hoe dan ook aan de gang. In deze fase is het niet nuttig om de

Hoge Gezondheidsraad om een advies te vragen, temeer omdat men daardoor de werkzaamheden van EFSA en het Anses nog eens zou overdoen.

Die dossiers worden in de Adviesraad inzake voedingsbeleid en gebruik van andere consumptieproducten besproken. Alle partijen zijn daarin vertegenwoordigd, mezelf en mijn collega David Clarinval inclusief.

12.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je prends bonne note qu'il n'y aura pas d'étude spécifique réalisée en Belgique via le Conseil supérieur de la Santé. Pas de problème! Mais cela signifie qu'il faudra pouvoir tenir compte des conclusions des études réalisées dans d'autres pays et non pas attendre deux ans pour décider d'en refaire de nouvelles. Rappelons que le cancer colorectal est un enjeu de santé publique particulièrement important! C'est un des premiers cancers en Belgique touchant d'ailleurs les femmes autant que les hommes.

Nouvelles données scientifiques en attente, ok! J'interrogerai le ministre de l'Agriculture pour connaître l'évolution des taux en Belgique et le nombre de produits contenant ces nitrites, voire les autres types d'additifs utilisés en alternative. Ne conviendrait-il pas, avec l'ensemble des parties prenantes et d'abord avec les producteurs de charcuteries, d'examiner l'éventualité d'une dynamique positive à mettre en place, avec des objectifs à se donner en termes de contenance et de nombre de produits ce, afin d'avancer de manière positive et constructive avec le secteur pour tendre progressivement vers une meilleure protection des consommateurs?

12.03 Catherine Fonck (cdH): Als de Hoge Gezondheidsraad geen studie uitvoert, moet men met de resultaten van de studies uit andere landen rekening houden en geen twee jaar wachten alvorens te beslissen om toch nieuwe studies uit te voeren. Colorectale kanker is een zeer belangrijke uitdaging voor de volksgezondheid.

Ik zal de minister van Landbouw vragen naar de evolutie van het percentage nitrieten of andere additieven in de producten in België, alsook naar de evolutie van het aantal producten die nitrieten en andere additieven bevatten. Er moet een positieve dynamiek met de producenten van fijne vleeswaren tot stand gebracht worden met doelstellingen op het vlak van het gehalte en van het aantal producten.

Le **président**: J'attire votre attention sur le fait que le ministre Clarinval sera présent lundi après-midi en commission pour répondre à vos questions.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het FAGG" (55013313C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het FAGG" (55013316C)

13 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'AFMPS" (55013313C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'AFMPS" (55013316C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in de

13.01 Kathleen Depoorter (N-

covidcrisis heeft het FAGG een heel belangrijke rol gespeeld, met wisselend succes. Wij hebben hierover al gedebatteerd in de plenaire vergadering, waar u aangaf dat bijvoorbeeld de vergeten handtekening voor de extra bestelling van 2,5 miljoen vaccins in december zou worden meegenomen in de evaluatie.

Ik heb hierover de volgende vragen, mijnheer de minister.

Wanneer werd het FAGG voor het laatst geëvalueerd? Wie voerde de evaluatie uit? Ging het over de organisatie of de personen of over beide?

Hebt u ondertussen de opdracht gegeven voor een interne en externe evaluatie van het FAGG? Zo niet, wanneer bent u dat van plan?

Wij staan aan de vooravond van een derde golf. Werd er een debriefing gehouden over de eerste en de tweede golf?

Hoe verloopt de doorstroming van communicatie tussen het FAGG en uw diensten? Verloopt dat allemaal optimaal? Is er een duidelijke taakomschrijving in de crisis?

Bent u ervan overtuigd dat de onafhankelijkheid en de objectiviteit van het FAGG ten opzichte van de farmasector gegarandeerd kunnen worden? Zijn daar afspraken over?

In hoeverre bepaalt de regering de positie die het FAGG inneemt tijdens de onderhandelingen over het covidvaccin? Komen daarover richtlijnen rechtstreeks uit de regering of bepaalt het FAGG zelf welke positie het inneemt?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het FAGG is een instelling van openbaar nut met rechtspersoonlijkheid ingedeeld in categorie A volgens de wet van 16 maart 1954 en is gebonden aan de regels die gelden binnen de federale overheid, in het bijzonder met betrekking tot de jaarlijkse opvolging van zowel het strategisch als het operationeel plan van het agentschap. Het FAGG staat onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid.

Zoals ik al heb gezegd, wordt de opvolging van het operationeel plan tweemaal per jaar voorgelegd aan het Doorzichtigheidscomité van het FAGG. Mijn vertegenwoordiger zal vanaf dit jaar deelnemen aan de werkzaamheden van dat comité. De laatste door het FAGG verrichte evaluatie van het operationeel plan is ons bezorgd en wordt bekeken.

Wat uw derde en vierde vraag betreft, de aanstelling, de uitvoering en de evaluatie van de mandaatfuncties binnen het FAGG zijn onderworpen aan de bepalingen van het koninklijk besluit van 16 november 2006. Ik heb al naar de evaluatie verwezen in een eerder gegeven antwoord en de evaluatie gebeurt in het kader van die procedures.

Het FAGG heeft na de eerste golf op eigen initiatief een interne evaluatie uitgevoerd.

Wat uw zevende vraag betreft, er zijn verschillende coördinatieorganen gelinkt aan het beheer van de covidcrisis die zouden moeten

VA): À quand remonte la dernière évaluation de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)? Celle-ci a-t-elle porté sur l'organisation ou sur le personnel ou les deux? Qui a effectué ce travail? Le ministre a-t-il entre-temps demandé une évaluation interne et externe?

Les première et deuxième vagues de la pandémie de coronavirus ont-elles déjà fait l'objet d'un débriefing? Les communications entre l'AFMPS et les services ministériels sont-elles optimales? Les tâches ont-elles été clairement définies durant cette crise? L'indépendance et l'objectivité de l'AFMPS à l'égard du secteur pharmaceutique sont-elles garanties? Jusqu'à quel point le gouvernement détermine-t-il l'attitude adoptée par l'AFMPS lors des négociations sur le vaccin contre le covid?

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'AFMPS est placée sous la tutelle et la responsabilité du ministre de la Santé publique. Deux fois par an, le suivi du plan opérationnel est soumis au Comité de transparence de l'AFMPS. À partir de cette année, mon représentant participera aux travaux de ce comité. L'AFMPS nous a transmis sa dernière évaluation du plan opérationnel et nous analysons à présent ce document.

La désignation, l'exercice et l'évaluation des fonctions de mandat de l'AFMPS sont soumis aux dispositions de l'arrêté royal du 16 novembre 2006.

Au terme de la première vague de coronavirus, l'AFMPS a pris l'initiative de procéder à une évaluation interne.

Il est attendu de l'AFMPS qu'elle

toelaten om duidelijk en transparant te communiceren. Het agentschap speelt daarin een belangrijke rol en wordt geacht rechtstreeks met de beleidscel te communiceren wanneer het gaat om informatie die zeker ter kennis moet worden gebracht van de voogdijoverheid en omgekeerd.

Tijdige en adequate informatiedoorstroming is cruciaal, zeker voor het beheer van een acute gezondheidscrisis met zoveel impact op de bevolking. Het is belangrijk om daaraan te allen tijde voldoende aandacht te spenderen. Dat doen wij en wij denken ook na over de vraag hoe bijvoorbeeld de communicatie in alle richtingen zo optimaal mogelijk kan verlopen. Waar nodig nemen wij maatregelen om dat te versterken.

Wat uw achtste vraag betreft, deze informatie is beschikbaar op de website van het FAGG. Ze werd al overgemaakt aan de volksvertegenwoordigers in het kader van de bijzondere commissie COVID-19.

Wat uw negende vraag betreft, alle medewerkers van het FAGG zijn gehouden tot een belangenverklaring die jaarlijks dient te worden hernieuwd en zijn gebonden door de deontologische code die geldt voor ambtenaren van de federale overheid.

Wat uw aanvullende vraag betreft, de posities die het FAGG inneemt, bijvoorbeeld in Europese onderhandelingen, worden ingenomen in opdracht van – in dit geval – de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Die worden daar politiek afgeklopt en vervolgens verder geïmplementeerd door het FAGG in het kader van de onderhandelingsprocedures die door de Europese Commissie worden gevoerd. De Europese Commissie heeft daarvoor het basismandaat gekregen van de lidstaten.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, dat het Doorzichtigheidscomité twee keer per jaar zal samenkomen en dat iemand van uw kabinet daaraan zal deelnemen, lijkt mij een goede zaak. U moet de laatste evaluatie nog bekijken.

Ik krijg niet veel concrete antwoorden en ook niet veel bevestiging van het feit dat er al veel stappen zijn ondernomen met betrekking tot de werking van die organisatie, die tijdens deze pandemie echt wel cruciaal is geweest en nog steeds is voor de covidvaccinatie. Ik denk dat het uw verantwoordelijkheid is om daarin stappen naar een externe evaluatie te zetten, zodat we ons in de toekomst effectief kunnen wapenen.

Ik vind het dan ook heel bijzonder dat in het wetsontwerp dat nu ter controle voorligt bij de Europese Commissie geen sprake is van een evaluatie van het FAGG vooraleer u het agentschap extra taken, bevoegdheden en macht zult geven. Dat zullen wij zeker meenemen in de bespreking van uw wetsontwerp.

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

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De strategische stock spuiten en naalden" (55013322C)

14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)

communiquer directement et en toute transparence avec la cellule stratégique lorsqu'une information doit absolument être portée à la connaissance de l'autorité de tutelle. La communication adéquate de l'information, en temps utile, est cruciale, particulièrement lorsqu'il s'agit de gérer une crise sanitaire aiguë. Nous y consacrons une attention permanente et réfléchissons à la manière d'optimiser la communication dans toutes les directions. Là où c'est nécessaire, nous prenons des mesures pour la renforcer.

Tous les collaborateurs de l'AFMPS sont tenus d'établir une déclaration de conflit d'intérêts et de la renouveler chaque année. Ils sont également soumis au code déontologique qui s'applique aux fonctionnaires de l'administration fédérale.

Les positions adoptées par l'AFMPS, par exemple dans le cadre de négociations européennes, le sont pour le compte de la conférence interministérielle Santé publique.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Je n'ai pas obtenu d'indications me permettant d'établir que de nombreuses démarches ont déjà été entreprises quant au fonctionnement de l'AFMPS, par exemple en ce qui concerne une évaluation externe.

sur "Le stock stratégique de seringues et d'aiguilles" (55013322C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de strategische stock van spuiten en naalden werd in 2014 vernietigd en niet aangevuld. Op dit moment is ons een zekere penurie van spuiten van 1 milliliter bekend en die strategische stock omvatte onder andere ook zulke spuiten.

Mijnheer de minister, hoe komt het dat die stock niet aangevuld werd? Wanneer werd u ervan op de hoogte gebracht dat die stock ooit bestond, maar niet werd aangevuld? Hebben uw diensten op dit moment al een advies uitgebracht om de stock opnieuw aan te vullen?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, u hebt een vraag gesteld over het verleden en een vraag over wat wij nu doen.

Op 17 augustus 2015, in een voorgaande legislatuur, werd inderdaad een gunningsbeslissing ondertekend voor de vernietiging van een vervallen deel van de strategische stock, naalden en spuiten inbegrepen. De toenmalig genomen beslissing kunnen wij nu uiteraard bespreken op basis van de huidige inzichten en ervaringen. Een van de huidige ervaringen is uiteraard dat pandemieën ons plots en onverwacht kunnen bedreigen en dat wij met dat gegeven in de toekomst misschien rekening moeten houden. Met de kennis waarover wij nu beschikken, zou die aangelegenheid zeker anders zijn verlopen. Meer zal ik daarover niet zeggen, omdat ik de gewoonte heb om vooruit te kijken, niet achteruit. Films van het verleden afspelen, is niet zo bijzonder interessant.

Het is wel belangrijk dat wij nu lessen trekken en in de mate van het mogelijke voorbereid zijn op de toekomst. Wij moeten leren uit het verleden en vooral leren uit het recente verleden, uit wat deze pandemie heeft betekend.

U vraagt terecht wat ik zelf heb gedaan. Welnu, toen ik aantrad, bestond er geen strategische stock van spuiten en naalden. Hoe dan ook, via nationale procedures kocht de overheid ongeveer 29 miljoen injectiespuiten en ongeveer 25,5 miljoen naalden aan. Een wekelijks overzicht daarvan vindt u op de website van het FAGG. Een Europese *joint procurement procedure* heeft voorlopig niet geresulteerd in aankopen voor ons land, in de eerste plaats vanwege de onzekere levertermijnen van de leveranciers, die nochtans als laureaten uit die Europese procedure kwamen. Om die reden hebben wij andere pistes bewandeld.

Over het feit dat wij ons aankoopbeleid ook nog bijgestuurd hebben naar aanleiding van het specifiek type spuiten dat we nodig hebben in verband met de zesde dosis uit de *via's* van Pfizer, hebben wij vorige week nog gesproken en ik wil dan ook verwijzen naar mijn antwoord van vorige week.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik zal kort repliceren, in dezelfde trend als mijn repliek van daarnet. De strategische stock van spuiten behoorde tot de verantwoordelijkheid van de FOD Volksgezondheid. De FOD Volksgezondheid heeft die stock niet verder aangevuld en heeft aldus

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Pourquoi le stock stratégique de seringues et d'aiguilles, qui avait été détruit en 2014, n'a-t-il pas été alimenté? Depuis quand le ministre a-t-il connaissance de cette situation? Un avis a-t-il déjà été émis en vue du renouvellement du stock?

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre Le 17 août 2015, il a été décidé de détruire une partie périmée du stock stratégique, dont des aiguilles et des seringues. Avec les connaissances dont nous disposons à l'heure actuelle, ces faits se seraient certainement déroulés différemment. Je n'en dirai pas davantage à ce sujet: je veux regarder vers l'avant, pas vers l'arrière. Il s'agit à présent de tirer les enseignements de la récente pandémie à cet égard.

Lors de mon entrée en fonction, il n'existait aucun stock stratégique de seringues et d'aiguilles. Par le biais de procédures nationales, l'autorité publique a entre-temps acheté environ 29 millions de seringues et 25,5 millions d'aiguilles. L'aperçu complet figure sur le site de l'AFMPS. Compte tenu des délais de livraison incertains des fournisseurs résultant de la procédure européenne d'achat commun, nous avons opté pour une voie différente.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Il incombait au SPF Santé publique de compléter le stock stratégique et il n'a pas pris les dispositions nécessaires. Avant

zijn taak niet op zich genomen. In uw plannen van wetsontwerp lees ik dat de FOD Volksgezondheid nog meer macht en bevoegdheden zal krijgen. Ik raad u daarom aan om eerst heel duidelijk te evalueren, vooraleer over te gaan tot nieuwe stappen.

d'accroître encore le pouvoir et les compétences du SPF, le ministre ferait bien de réfléchir sérieusement.

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

15 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het globaal medisch dossier" (55013337C)

15 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier médical global" (55013337C)

15.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het wordt aanbevolen om een GMD bij de huisarts te laten aanleggen, omdat er op die manier een beter overzicht bestaat over de medische historiek van een patiënt en zodat er ook beter informatie kan worden uitgewisseld met de tweede lijn. Recent werden huisartsen ook extra ondersteund in hun aanpak van de covidcrisis door hen 20 euro extra uit te keren per GMD. Om een idee te hebben van de mate waarin het GMD ingang heeft gevonden in de huisartsenpraktijk, had ik graag geweten:

- hoeveel procent van de bevolking een GMD heeft? Graag de cijfers per provincie.
- hoeveel procent van de bevolking een GMD heeft met aanmerking "chronische aandoening"? graag de cijfers per provincie.
- hoeveel er extra werd uitgekeerd voor de GMD's in het kader van de coronapandemie? graag per provincie.
- of het GMD zal worden gebruikt om patiënten op te sporen die geprioriteerd moeten worden bij de vaccinaties?
- of het effect van het GMD op de volksgezondheid op enige manier wordt gemeten? Zo ja, kan u dit dan toelichten? Zo neen, is men dit van plan?

15.01 Frieda Gijbels (N-VA): Il est recommandé depuis longtemps de constituer un dossier médical global (DMG) auprès de son médecin généraliste. Quel pourcentage de la population dispose-t-il d'un DMG? Parmi ces personnes, combien souffrent d'une affection chronique?

Durant la crise du coronavirus, les médecins généralistes reçoivent 20 euros supplémentaires par DMG. Quel montant total a-t-il été versé dans ce cadre? Le DMG sera-t-il utilisé pour établir qui sera prioritaire dans le cadre de la campagne de vaccination? L'effet du DMG sur la santé publique est-il mesuré?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, mijn medewerkster laat mij meteen weten dat we heel wat meer informatie kunnen geven, mits een schriftelijke procedure. U vraagt namelijk heel veel cijfers. Het onderwerp ligt mij echter ook na aan het hart, dus ik zal u enige cijfers geven.

Volgens de meest recente cijfers die ik kon bekijken, van 2018, beschikt 75,5 % van de Belgen over een globaal medisch dossier. In Limburg ligt het percentage het hoogste met 87,6 %. In Brussel ligt dat het laagste met 58,6 %. Dat verschilt dus nogal. Antwerpen heeft dan weer een percentage van 81,7 %, wat ook hoog is. Henegouwen heeft 76,7 %, Luik 71,0 %, Luxemburg 67,9 %, Namen 71,3 %, Oost-Vlaanderen 81,3 %, Vlaams-Brabant 76,4 %, Waals-Brabant 63,8 % en West-Vlaanderen 85,6 %. De provinciale cijfers zijn niet echt verrassend. Ze bevestigen een bestaand beeld waaraan gewerkt moet worden. In de IMA-Atlas kan u de cijfers terugvinden tot op het niveau van het arrondissement, alsook een evolutie over de jaren. De evolutie is gunstig. In 2009 had nog maar 49,9 % van de Belgen een GMD.

De cijfers van het aantal patiënten met het statuut chronische aandoening met een GMD heb ik nog niet gekregen. Het bedrag voor een GMD is sinds 1 januari 2016 55 euro voor patiënten tussen 45 en

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Cette question concerne de nombreuses statistiques et devrait donc plutôt faire l'objet d'une question écrite, afin que davantage de données puissent être fournies.

En 2018, 75,5 % des Belges disposaient d'un DMG. Le pourcentage le plus élevé est observé dans le Limbourg, le plus bas, à Bruxelles. La situation évolue favorablement.

Je ne dispose pas de statistiques concernant les patients atteints de maladies chroniques.

Le DMG constitue un outil important pour garantir la continuité et la qualité des soins. Des points à améliorer ont encore été

74 jaar met het statuut chronische aandoening. Het bedrag voor het GMD is, zoals u weet, eenmalig verhoogd met 20 euro. We gingen er namelijk van uit dat de huisartsen heel wat administratieve lasten hadden bijgekregen door COVID-19. We verdelen dat op basis van het aantal GMD's.

Het GMD is een zeer belangrijk instrument voor de continuïteit en kwaliteit van zorg. Het is beter voor de individuele patiënten en voor het overleg tussen patiënten en artsen. Ik zeg echter niet dat het niet nog beter kan. Een studie van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle ziet nog verbetering. Dat is zeker ook een aandachtspunt van mij.

U vraagt veel gegevens, maar misschien moet u nog een schriftelijke vraag indienen, zodat we u een goed gedocumenteerd schriftelijk antwoord kunnen geven.

15.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik weet dat het veel vragen zijn.

Ik ben wel heel benieuwd of het effect van het GMD op de volkgezondheid wordt gemeten. Kan ik de toelichting daarover ook schriftelijk krijgen? Het extra budget dat voor de GMD's in het kader van COVID-19 werd uitgekeerd, was een goede stimulans om mensen aan te sporen om de GMD's in de toekomst te gaan gebruiken. Ik vond dat een goede zet.

Dat er werk aan de winkel is, wordt ook nu weer bevestigd. Ik ben blij te horen dat u zelf de grote voordelen hiervan inziet.

Ik zal dan met uw medewerkster bekijken of ik direct de gegevens kan krijgen, of dien ik een nieuwe vraag in?

15.04 Minister Frank Vandenbroucke: Niet dat ik u wil vertragen, maar het lijkt mij de beste procedure dat u een nieuwe vraag indient.

15.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, dan komt die eraan.

identifiés par une étude du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

15.03 Frieda Gijbels (N-VA): Le budget supplémentaire versé pour les DMG dans le cadre de la crise du coronavirus est un excellent stimulant pour en intensifier l'usage.

15.05 Frieda Gijbels (N-VA): Je déposerai une question écrite.

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

16 Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De controles van de DGEC bij thuisverpleegkundigen" (55013392C)

16 Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contrôles d'infirmiers à domicile par le SCEM" (55013392C)

16.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de minister, de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) is de dienst die onze zorgverleners controleert. Vanuit het veld had ik opgevangen dat de zelfstandige thuisverpleegkundigen zich gevisieerd voelden. Daarom vroeg ik schriftelijk gegevens bij u op: dat was vraag nr. 294. Uit de cijfers die u aanleverde, blijkt dat de overgrote meerderheid van de controles daadwerkelijk plaatsvindt bij zelfstandige thuisverpleegkundigen, zeg maar bij de neutrale thuisverpleging, en niet bij de diensten die gelinkt zijn aan verzekeringsinstellingen.

Hoe komt dat, mijnheer de minister? Waarom zijn er zo veel controles

16.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Les infirmiers à domicile indépendants se sentent visés par les contrôles du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM). Il ressort de la réponse à une précédente question écrite que l'écrasante majorité des contrôles est effectuée auprès d'infirmiers à domicile indépendants et pas auprès des services liés à des

bij de neutrale thuisverpleging, terwijl er amper controles zijn bij de thuisverpleegkundige diensten, gelinkt aan de verzekeringsinstellingen?

Begrijpt u de frustratie van het werkveld en dat de zelfstandige thuisverpleegkundigen zich geïsoleerd voelen?

Misschien is het verschijnsel gelinkt aan het percentage overtredingen. Hoe dan ook, waarom wordt de neutrale zelfstandige thuisverpleging zo geïsoleerd door de controle-eenheid?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV voert inspectieactiviteiten uit op basis van meldingen en eigen risicoanalyses. Er is dus geen specifieke focus op zelfstandigen dan wel op personeel in loondienst, wel op het aanrekgedrag en mogelijke administratieve fouten, misbruik, intentionele inbreuken enzovoort. Voor alle duidelijkheid wil ik beklemtonen dat in de voor de DGEC beschikbare gegevens het niet zichtbaar is welke thuisverpleegkundigen al dan niet gelinkt zijn aan een verzekeringsinstelling.

U geeft aan dat mensen zich geïsoleerd voelen. Als dat zo is, dan hoopt de DGEC dat, zoals ik zonet heb gezegd, die gevoelens daarin een correcte plaats krijgen. Slechts bij een heel kleine minderheid van alle zelfstandige thuisverpleegkundigen start de dienst een onderzoek op. Ik hoop werkelijk dat men ervan uitgaat dat hier geen vorm van vooringenomenheid speelt.

Zoals ik heb geantwoord op uw schriftelijke vraag nr. 294, beschikt de dienst niet over informatie die zou bevestigen dat thuisverpleegkundigen gelinkt zijn aan verzekeringsinstellingen. De ten laste gelegde inbreuken bij enkele zorgverleners zijn ook niet representatief voor de hele groep of extrapoleerbaar naar de sector. Dat is niet juist. Ik ga daar ook absoluut niet van uit. Ik zou evenmin willen dat iemand dat gevoelen heeft.

16.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb uw antwoord op die vraag er nog eens bijgenomen. Daarin wordt gesteld dat de overgrote meerderheid van de onderzoeken plaatsvindt bij de zelfstandige thuisverpleging en amper bij de instanties gelinkt aan de mutualiteiten.

Misschien moet u zelf de cijfers eens bekijken, om na te gaan of dat effectief klopt en er dan iets aan doen. Het antwoord dat mij is verschaft met daarin de cijfers, lijkt mij erop te wijzen dat een en ander het geval blijkt te zijn. Dat moet bijgevolg worden geremedieerd.

De controles in de sector moeten gelijk zijn, ongeacht of het gaat om zelfstandige thuisverpleging of thuisverpleging gelinkt aan verzekeringsinstellingen. De controles moeten gespreid worden. Het zou ons plezier doen, mocht u de cijfers ter zake eens nakijken evenals uw antwoord dat u zelf hebt verschaft, namelijk dat de controles vooral plaatsvinden bij de zelfstandige thuisverpleging. Het zou ons ook plezierigen, mocht u dat onevenwicht rechtzetten, indien het zou worden bevestigd en uw antwoord zou blijken te kloppen.

L'incident est clos.

organismes assureurs. Pourquoi?

16.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le SECM organise ses inspections sur la base de signalements et de ses propres analyses de risque. Ces contrôles ne ciblent donc pas particulièrement les indépendants et les données du SECM ne permettent même pas de distinguer les infirmiers à domicile indépendants de ceux liés ou non à un organisme assureur. Le SECM n'ouvre une enquête qu'auprès d'une infirmière minorité d'infirmiers à domicile indépendants. Les infractions incriminées ne sont pas représentatives de l'ensemble du groupe ni extrapolables à l'ensemble du secteur.

16.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Il ressort pourtant de la réponse à ma question écrite que la plupart des enquêtes ont lieu auprès des infirmiers à domicile indépendants. Je demande au ministre de veiller à une meilleure répartition des contrôles.

Het incident is gesloten.

17 Question de Nathalie Gilson à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le capteur intelligent pour les tests du sommeil" (55013406C)

17 Vraag van Nathalie Gilson aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De testkit met smart sensor om slaapstoornissen te meten" (55013406C)

17.01 **Nathalie Gilson** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, je voulais vous parler des troubles du sommeil, et plus précisément du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS).

Jusqu'à présent, ce syndrome est détecté par un examen réalisé à l'hôpital, avec des électrodes placées sur la personne qui dort - ou ne dort pas - pendant toute une nuit.

D'après les statistiques que j'ai trouvées, en Belgique, près de 140 000 personnes ont été diagnostiquées comme souffrant d'un SAOS en 2018, contre 51 000 en 2011. Il y a quand même eu une forte augmentation. Est-ce parce qu'il y a eu plus de diagnostics qui ont été posés ou pas? Je l'ignore.

Une société start-up, Sunrise, vient de décrocher à Las Vegas un *Innovation award* dans la catégorie santé et bien-être dans le cadre du Consumer Electronics Show, le plus gros salon high-tech au monde. La société y a présenté un capteur intelligent, nommé Sunrise.

Le Sunrise, dont la taille est réduite, se pose sur le visage et permet de diagnostiquer le SAOS dans un environnement à domicile. C'est une espèce de pré-diagnostic qui permettrait de décider s'il est nécessaire de faire le diagnostic avec les électrodes en hôpital pendant toute une nuit.

Monsieur le ministre, avez-vous pris connaissance de cette nouvelle technologie? En plus, il me paraît important de le souligner, elle est développée par une start-up belge. Il est vrai que le groupe MR est toujours sensible à l'esprit d'entrepreneur et à l'innovation.

Des discussions sont-elles en cours au sein de l'administration et avec le corps médical, pour permettre d'utiliser ce dispositif pour un pré-diagnostic à domicile du syndrome d'apnées obstructives du sommeil?

Cela permettrait aussi de faire des économies, puisque ce dispositif coûte moins cher qu'une nuit à l'hôpital. Cela me permet d'aborder aussi la question du coût/efficacité, de l'impact sur les dépenses de l'utilisation d'innovations technologiques de ce type. Je vous remercie.

17.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Gilson, Sunrise est un dispositif médical certifié pour l'étude du sommeil, permettant un diagnostic rapide à domicile de l'apnée du sommeil. Pour toutes les applications médicales mobiles, il existe une pyramide de validation. Permettez-moi de vous l'expliquer.

Le niveau 1 est le niveau de base. Pour obtenir une validation à ce stade, il suffit que la technologie médicale dispose d'un marquage CE en tant que dispositif médical, que celui-ci soit éventuellement notifié volontairement en tant qu'application mobile auprès de l'Agence

17.01 **Nathalie Gilson** (MR): Het obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) wordt opgespoord aan de hand van een onderzoek in het ziekenhuis waarbij elektroden aangebracht worden bij een slapende patiënt. In 2018 werden er in België 140.000 OSAS-diagnoses gesteld tegenover 51.000 in 2011. Een Belgische start-up heeft tijdens de Consumer Electronics Show een prijs gewonnen in de categorie 'gezondheid en welzijn' voor zijn intelligente sensor die op het gezicht kan worden aangebracht en waarmee er bij de patiënt thuis een prediagnose van het OSAS kan worden gesteld.

Draagt u kennis van deze nieuwe technologie? Wordt er overlegd met de medische sector over het gebruik van dit apparaat? Hoeveel uitgaven zou dat meebrengen of hoeveel besparingen zou dat kunnen opleveren?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Sunrise is een gecertificeerd medisch apparaat dat een thuisdiagnose van slaapapneu mogelijk maakt.

Om een validatie van niveau 1 te verkrijgen, moet een medische applicatie over een CE-markering beschikken als medisch hulpmiddel.

fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et que son fabricant déclare être en ordre du point de vue du RGPD.

Le niveau 2 de validation concerne l'interopérabilité et la connectivité avec les services de base de la plate-forme eHealth.

Le niveau 3 est réservé aux applications qui répondent à tous les critères des deux premiers niveaux et qui peuvent démontrer une plus-value socio-économique. Le cas échéant, ces applications peuvent être financées par l'INAMI après un avis positif quant à leur demande de remboursement. Depuis quelques jours, la procédure pour introduire une demande à cette fin est publiée sur le site internet de l'INAMI. Comme l'url en est fort long, Mme Schelens, ma conseillère ici présente, peut vous envoyer ma réponse écrite.

À l'heure actuelle, le dispositif médical Sunrise est validé au niveau 1. Avant que l'entreprise puisse introduire une demande de remboursement auprès de l'INAMI, elle doit encore introduire une demande de validation au niveau 2. L'information nécessaire à cette procédure peut être trouvée sur le site internet d'eHealth.

Pour le moment, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est encore le plus souvent diagnostiqué sur la base d'un examen polysomnographique, qui est mené en hôpital et remboursé dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé. Pour obtenir une intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de certains traitements du SAOS, notamment dans le cas du CPAP - appareil qui soutient la respiration pendant la nuit - et par le biais d'orthèses d'avancée mandibulaire, une telle polysomnographie pratiquée en hôpital est toujours requise. Toutefois, il est clair que le système de diagnostic et le traitement du SAOS doivent être réexaminés à partir des constatations et recommandations du rapport KCE 330 y relatif, qui a été publié l'été dernier.

Il appartient à l'INAMI et ses commissions concernées d'évaluer le système actuel et d'en entreprendre éventuellement une réforme.

Dans ce contexte, la méthode pour poser le diagnostic doit, en tout cas, être évaluée. Il est clair qu'il y a plusieurs alternatives à la méthode diagnostique actuelle d'une polysomnographie réalisée en hôpital. L'application médicale mobile Sunrise n'est qu'une de ces alternatives. Il est également possible de réaliser une polysomnographie, jusqu'à présent toujours faite à l'hôpital ou au domicile du patient. On peut aussi y réaliser une polygraphie qui enregistre moins de données qu'une polysomnographie, mais qui enregistre plus de données que le dispositif médical Sunrise. Les avantages et désavantages de toutes ces méthodes diagnostiques et leur place dans l'organisation future du diagnostic du SAOS doivent donc être examinés.

Votre troisième question est très large. Étant donné que les innovations technologiques dans les soins de santé se présentent partout, une liste de toutes ces innovations introduites durant ces 10 ou 15 dernières années, dans n'importe quel domaine des soins de santé et pour n'importe quelle pathologie, n'existe pas, selon ce que je sais. Je n'ai donc pas connaissance des études globales qui examinent le rapport coût/efficacité et l'impact sur les dépenses de toutes ces innovations technologiques.

De applicatie moet bovendien bekendgemaakt worden bij het FAGG en voldoen aan de algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Niveau 2 betreft de interoperabiliteit en de verbindingsmogelijkheden met eHealth. Om niveau 3 te behalen, moet de applicatie daarbovenop ook een aantoonbare sociaal-economische meerwaarde hebben.

Die applicaties kunnen eventueel gefinancierd worden door het RIZIV na een positief advies. De procedure om daartoe een aanvraag in te dienen staat op de website van het RIZIV.

Sunrise beschikt momenteel over een validatie van niveau 1. Alvoorens een aanvraag tot terugbetaling te kunnen indienen bij het RIZIV, moet het bedrijf een validatie van niveau 2 aanvragen.

Tot op heden wordt de OSAS-diagnose nog steeds meestal gesteld aan de hand van een polysomnografisch onderzoek in het ziekenhuis, dat wordt terugbetaald. Dat onderzoek is nog steeds vereist om een tegemoetkoming te krijgen in de kosten van bepaalde OSAS-behandelingen.

Het systeem voor de diagnose en de behandeling moet worden herzien op basis van de bevindingen en aanbevelingen van het KCE-rapport nr. 330, dat afgelopen zomer verscheen. Het is aan het RIZIV om het systeem te evalueren en het zo nodig te hervormen.

Er zijn meerdere alternatieven voor de huidige methode van de polysomnografie in het ziekenhuis. De medische app Sunrise is er één van, maar het is ook mogelijk om thuis een polysomnografie uit te voeren, of een polygrafie, waarbij er minder data geregistreerd worden, maar toch meer dan bij de medische app Sunrise.

Gezien de boeg golf aan tech-

En général, les études existantes se limitent à examiner le rapport coût/efficacité et l'impact budgétaire d'une innovation technologique particulière.

Il me semble qu'il n'est pas possible de vous communiquer un relevé complet des nombreuses études scientifiques publiées qui traitent de ce sujet.

Par ailleurs, au niveau de l'assurance soins de santé, le coût de ces innovations technologiques n'est pas toujours facile à évaluer, étant donné que ce coût fait partie, dans de nombreux cas, du coût global de certaines prestations de santé.

17.03 Nathalie Gilson (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour les informations complémentaires que vous avez données.

Je note que l'application est déjà validée pour ce qui concerne le niveau 1 et que les niveaux 2 et 3 doivent encore être parcourus.

De manière générale, j'entends que vous êtes toujours attentif aux possibilités visant à intégrer les nouvelles technologies dans le diagnostic des pathologies, dans la mesure où c'est efficace et où cela peut permettre des économies en faveur du budget de l'État, et ce, bien entendu, dans le respect des données de la vie privée. Comme vous l'avez évoqué, une vérification du respect du RGPD devra avoir lieu dans le cadre de la validation n° 2.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'instauration d'une indemnité kilométrique pour les médecins généralistes de garde" (55013412C)

18 Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De invoering van een kilometervergoeding voor de huisartsen van wacht" (55013412C)

18.01 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, il semblerait que depuis la mise en place des nouveaux postes de garde, les trajets et déplacements des médecins généralistes se voient drastiquement allongés durant la période de garde qu'ils doivent assurer. Cela impacterait logiquement davantage les professionnels exerçant dans des zones plus rurales, régions où la densité de population est plus faible.

Vous le savez, la nomenclature prévoit déjà une indemnité supplémentaire pour les médecins généralistes qui travaillent dans ces régions mais celles-ci englobent actuellement uniquement les déplacements supérieurs à trois kilomètres effectués. C'est pourquoi l'Association belge des Syndicats médicaux (ABSyM) a récemment formulé la proposition d'instaurer une indemnité kilométrique supplémentaire pour les déplacements de longue durée durant la période de prestation de la garde.

Monsieur le ministre, que représentent les médecins généralistes exerçant dans ces zones rurales sur l'ensemble des médecins qui prestent actuellement? Tous les médecins généralistes exerçant dans

niche innovaties op het vlak van de gezondheidszorg bestaat er geen lijst met alle innovaties van de jongste tien of vijftien jaar, en evenmin zijn er globale studies over de kosten-batenverhouding ervan.

De kosten op het niveau van de ziekteverzekering zijn overigens niet altijd gemakkelijk in te schatten, aangezien deze in vele gevallen in het globale tarief voor bepaalde gezondheidszorgverstrekingen verrekend worden.

17.03 Nathalie Gilson (MR): Zoals u gezegd hebt, moet in de context van de validatie nr. 2 nagegaan worden of die tool AVG-conform is.

18.01 Caroline Taquin (MR): Sinds de oprichting van de nieuwe huisartsenwachtposten moeten de huisartsen van wacht aanzienlijk langere ritten afleggen, vooral in landelijke gebieden. De nomenclatuur voorziet al in een aanvullende vergoeding voor huisartsen die in die regio's actief zijn, maar die geldt alleen voor verplaatsingen van meer dan 3 kilometer. De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) stelt dan ook voor om een extra kilometervergoeding in te voeren.

Welk percentage van de huisartsen is in een landelijk gebied werkzaam? Krijgen alle huisartsen

les zones rurales perçoivent-ils l'indemnité supplémentaire? Quel est l'estimation de ces indemnités en moyenne par an?

Dans ce cadre, vos services ont-ils déjà été sollicités par les associations de médecins généralistes? Si oui, quelles sont précisément leurs sollicitations? Quelles réponses avez-vous pu leur apporter?

Quelle est précisément votre position par rapport à la proposition de l'ABSyM, à savoir d'instaurer une indemnité kilométrique supplémentaire? Celle-ci a-t-elle déjà été soumise au Conseil technique médical de l'INAMI? Dans l'affirmative, quelles en sont les conclusions?

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taquin, nous n'avons pas reçu de signaux selon lesquels les nouveaux postes souhaiteraient allonger les trajets. De plus, la grande majorité des postes est en contact avec des firmes de transport spécialisées qui mettent à disposition une voiture avec un chauffeur.

Je n'ai que des réponses partielles et il serait peut-être préférable d'introduire une question écrite.

Nous n'avons pas d'information directe de l'INAMI pour pouvoir répondre à votre première question. Pour votre deuxième question, je n'ai pas cette analyse mais on pourrait faire un examen sur ce qui est payé aux médecins en moyenne annuelle.

Mais je n'ai pas pu faire cette analyse. En général, je peux dire les choses suivantes. Le poste de garde offre normalement divers moyens de transport aux médecins afin que ceux-ci n'utilisent pas ou très peu leur véhicule.

Différentes possibilités sont validées par l'INAMI:

- transport via une firme externe all-in (voiture et chauffeur);
- transport via une firme externe (chauffeur uniquement);
- transport via une firme externe (voiture uniquement);
- le médecin conduit la voiture appartenant au poste de garde;
- le médecin conduit lui-même (utilisation d'un taxi social),
- le médecin utilise son propre véhicule et reçoit une indemnité.

Les derniers cas cités - utilisation d'un taxi social, le médecin conduit lui-même la voiture appartenant au poste de garde, le médecin utilise son propre véhicule et reçoit une indemnité - concernent une très importante minorité de postes de garde. En effet, seuls trois postes de garde ont déclaré des dépenses importantes concernant ce type de transport en 2019: AGRF Chimay (57 000 euros); poste de garde national 6 à Tubize (50 000 euros); transports mixtes avec une société de transport all-in Meander (?) (14 000 euros). Selon les chiffres basés sur les rapports financiers 2019, certains postes de garde paient une indemnité à des médecins mais dans des cas exceptionnels, cela entraîne des coûts minimes, entre 10 et 250 euros.

Je n'ai pas été contacté par les organisations de médecins en la matière. Un budget maximum octroyé pour le transport est

die in die gebieden werken de aanvullende vergoeding? Hoeveel bedraagt die vergoeding naar schatting gemiddeld per jaar?

Hebben de huisartsenverenigingen contact opgenomen met uw diensten? Zo ja, wat zijn hun eisen? Wat hebt u hun geantwoord?

Hoe staat u tegenover het voorstel van de BVAS? Werd dat voorstel aan de Technisch-medische raad van het RIZIV overgelegd? Zo ja, wat zijn de bevindingen?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Wij hebben geen signalen gekregen die erop wijzen dat men in de nieuwe wachtposten de trajecten zou willen verlengen. Bovendien staan veruit de meeste posten in contact met vervoersbedrijven die een wagen met chauffeur ter beschikking stellen.

Op uw eerste vraag moet ik het antwoord schuldig blijven bij gebrek aan informatie van het RIZIV. Wat uw tweede vraag betreft, beschik ik niet over die analyse, maar we kunnen onderzoeken welk bedrag er jaarlijks gemiddeld aan de artsen uitbetaald wordt.

De wachtpost stelt de artsen normaal gezien verschillende vervoersmiddelen ter beschikking, zodat ze hun eigen auto niet hoeven te gebruiken: een door een extern bedrijf geleverde wagen met chauffeur, enkel een chauffeur, enkel een wagen, een chauffeur die met de wagen van de wachtpost rijdt, een sociale taxi, een arts die met de wagen van de wachtpost of met de eigen wagen rijdt en daarvoor een vergoeding ontvangt.

In 2019 werden die laatste oplossingen maar door drie wachtposten toegepast. Sommige wachtposten betalen een vergoeding aan de artsen, maar alleen in uitzonderlijke gevallen, wat zeer lage kosten van 10 à 250 euro met

normalement basé sur le contrat commercialement le plus favorable pour les 101 heures de transport/médecin via une firme de transport externe pour une voiture all-in avec chauffeur.

J'ai des réponses très partielles. Vous l'entendez, cette réponse n'est pas très bien organisée. Puis-je suggérer que vous introduisiez une question écrite? Ainsi nous pourrions vraiment faire des analyses. Ce sont des questions intéressantes mais il faudrait vraiment prendre un peu de temps pour faire ces analyses et vous fournir des statistiques appropriées.

zich meebrengt. Een maximum-budget voor het vervoer wordt normaal gebaseerd op het meest gunstige contract voor een wagen met chauffeur bij een extern bedrijf.

Mijn antwoorden zijn niet volledig. Zou u een schriftelijke vraag kunnen indienen, zodat ik u de gepaste statistieken kan bezorgen?

18.03 Caroline Taquin (MR): Je remercie monsieur le ministre d'avoir tenté de répondre. Je reviendrai bien évidemment par écrit; cette question me semble importante, surtout en cette période. Vous faites état des chiffres que vous avez pour 2019, mais avec la crise covid et les mesures imposées, j'imagine que les médecins ont sans doute préféré aussi l'utilisation de leur véhicule personnel. C'est à analyser et à étudier mais je reviendrai sur cette question par écrit.

18.03 Caroline Taquin (MR): Dat zal ik doen, wat dit is een belangrijke vraag. Ik kan me voorstellen dat de artsen in het licht van de crisis en de daarmee gepaard gaande gezondheidsmaatregelen liever hun eigen wagen gebruikten.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 Questions jointes de

- **Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La potentielle augmentation des chirurgies de l'obésité" (55013415C)**

- **Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les opérations de chirurgie bariatrique" (55013425C)**

19 Samengevoegde vragen van

- **Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mogelijke toename van het aantal heelkundige ingrepen tegen zwaarlijvigheid" (55013415C)**

- **Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bariatrische chirurgie" (55013425C)**

19.01 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, l'obésité devient de plus en plus une question de santé publique. Il est malheureusement à craindre que la pandémie ne fasse qu'accentuer cette problématique. Vous m'avez d'ailleurs récemment indiqué, en réponse à une question écrite sur l'obésité des enfants, que les résultats obtenus d'une étude pilotée aux Pays-Bas étaient inquiétants (net recul de l'hygiène de vie depuis le début de la crise sanitaire, prise de poids constatée auprès de 20 % des enfants, notamment).

Il ressort d'une enquête menée conjointement par le SPF Santé publique et Sciensano qu'en 2018, la prévalence du surpoids atteignait les 49 %, et les 16 % pour la prévalence de l'obésité.

C'est pourquoi certains professionnels de la santé craignent très prochainement une explosion des demandes de chirurgie de l'obésité. Toutefois, ce type de chirurgie n'est pas sans risque. Il ne faut pas sous-estimer les effets secondaires et les complications qu'une telle opération peut engendrer.

En 2020, le KCE formulait quelques recommandations en la matière, notamment: élaborer un document de consensus national énumérant les interventions pour les soins pré- et postopératoires multidisciplinaires; d'appliquer un délai minimum de trois mois entre le premier

19.01 Caroline Taquin (MR): Uit een enquête van de FOD Volksgezondheid en Sciensano van 2018 bleek dat 49 % van de bevolking te zwaar was en 16 % aan obesitas leed. Door de pandemie bestaat het risico dat dat probleem nog zal verergeren. Sommigen vrezen dat de vraag naar obesitaschirurgie, die een zeker risico inhoudt, exponentieel zal toenemen.

In 2020 adviseerde het KCE onder meer om een nationaal consensusdocument met een opsomming van de interventies voor de multidisciplinaire pre- en postoperatieve zorg op te stellen, een minimumwachtijd van drie maanden tussen het eerste contact en de operatie in te stellen en in elk ziekenhuis een zorgcoördinator

contact et l'opération; de désigner un coordinateur de soins dans chaque hôpital; d'assurer un suivi minimal de deux ans après l'opération; d'établir des conditions supplémentaires pour le remboursement; ou encore de financer les soins de la chirurgie bariatrique par un système de conventions, avec un forfait englobant l'ensemble des soins pré- et postopératoires.

Combien de patients ont-ils recours à un traitement bariatrique comme le *bypass* ou la *sleeve* sur notre territoire? Dans combien de cas, ces traitements ont-ils donné lieu à des complications? Quelles en sont les causes? Pourriez-vous détailler ces données et leur évolution par type d'opération et pour les cinq dernières années? Sur la base des études réalisées, une estimation du nombre de futurs patients a-t-elle pu être réalisée par les experts spécialistes? Avez-vous pris connaissance des recommandations formulées par le KCE l'année dernière? Quelles mesures concrètes comptez-vous et pouvez-vous prendre rapidement?

19.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les deux questions portent sur les interventions bariatriques.

La prise de poids pendant la période de confinement est un phénomène qui n'est pas observé uniquement en Belgique mais qui est également démontré dans diverses études internationales. Plusieurs causes peuvent être identifiées à cet égard: la consommation excessive de snacks, la consommation de repas principaux plus copieux et le manque d'exercice physique en période de confinement.

Comme vous le soulignez à juste titre, l'obésité est un facteur de risque entraînant une évolution plus grave de l'infection au covid-19. La surcharge pondérale et l'obésité figurent parmi les principaux défis de la politique de santé d'aujourd'hui et de demain, ce qui est encore davantage souligné en cette période.

La manière classique de perdre du poids est de changer ses habitudes alimentaires et d'accroître son activité physique. Si ces changements livrent peu de résultats voire aucun, une opération permettant de perdre du poids et appelée chirurgie bariatrique peut être envisagée. Entre 2007 et 2017, plus de 105 000 personnes ont subi ce type d'intervention dans notre pays. En Belgique, les interventions les plus courantes sont le *bypass* gastrique (63 % des interventions) et le *sleeve* ou gastrectomie, qui consiste en une réduction de l'estomac (35 % des interventions). L'anneau gastrique n'est quasiment plus utilisé.

Ces interventions dites bariatriques sont efficaces et ont un effet à long terme, à condition que les patients adaptent ensuite leurs habitudes alimentaires et leur comportement pour le reste de leur vie. Les chances de réussite augmentent davantage lorsque les patients se font accompagner sur les plans médical, nutritionnel et psychologique, tant avant l'intervention que deux ans après celle-ci.

Je ne peux donc pas miser sur un seul type de traitement mais aborder les problèmes tels que l'obésité dans le cadre d'une politique intégrée. Les clés de la lutte contre l'obésité sont la prévention, la sensibilisation à une alimentation saine et la promotion d'une activité physique. Comme vous le savez, la prévention et les campagnes de

aan te duiden.

Hoeveel patiënten ondergaan er in België een bariatrische ingreep? In hoeveel gevallen hebben die behandelingen tot complicaties geleid? Kon er een schatting gemaakt worden van het aantal patiënten in de toekomst? Welke maatregelen zult u naar aanleiding van de aanbevelingen van het KCE nemen?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Verscheidene internationale studies tonen aan dat gewichtstoename tijdens de lockdown een fenomeen is dat niet alleen in ons land vastgesteld wordt. Mensen eten meer, letten minder op hun voeding en bewegen minder. Obesitas is een risicofactor voor COVID-19. De klassieke manier om te vermageren is dat men zijn voedingspatroon verandert en meer beweegt. Als dat niet helpt, kan een operatie overwogen worden.

In de periode 2007-2017 ondergingen meer dan 105.000 personen bariatrische chirurgie in België. De meest toegepast ingrepen zijn de *gastric bypass* (63 %) en de *sleeve gastrectomy*, waarbij er een groot deel van de maag wordt weggenomen en er enkel een buisvormige maag overblijft (35 %). De maagring wordt nagenoeg niet meer gebruikt. Deze bariatrische ingrepen zijn efficiënt en hebben ook een effect op lange termijn, voor zover de patiënt zijn voedingsgewoonten en levensstijl aanpast en die nieuwe gewoonten ook de rest van zijn leven volhoudt. Het succes van dergelijke ingrepen is zeer groot als de patiënt zich vóór en tot minstens twee jaar na de operatie laat begeleiden.

Preventie is van cruciaal belang in

sensibilisation de la population relèvent des compétences des entités fédérées. Au niveau fédéral, plusieurs mesures ont été prises en matière d'alimentation saine: l'introduction du Nutriscore, la Convention Alimentation équilibrée avec le secteur alimentaire, ainsi que le remboursement d'un traitement diététique pour les enfants et les adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité.

La lutte contre l'obésité sera poursuivie en concertation avec mes collègues des entités fédérées au sein de la Conférence interministérielle. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) recommande d'harmoniser la préparation intensive. Mes services continueront à examiner la façon de parvenir à cette harmonisation. En outre, il y a lieu d'éviter que les patients ne voient dans ces interventions une solution rapide et facile.

Le patient doit être encouragé à adapter ses habitudes de vie et d'alimentation dans un premier temps. Il faut donc prendre le temps avant de décider d'opter pour une intervention bariatrique. Mais l'implication du patient n'est pas uniquement importante dans la préparation. Elle est aussi importante dans les soins de suivi. La recommandation de rédiger un document de consensus national sera étudiée par mes services.

Enfin, comme je l'ai déjà mentionné, l'accompagnement psychologique est également important. Les soins de santé mentale sont au cœur de ma politique. Sur prescription médicale, ces patients pourront également compter sur un remboursement lorsqu'ils se rendent chez un psychologue conventionné.

de strijd tegen obesitas. Dat is een bevoegdheid van de deelgebieden. De federale overheid heeft ook maatregelen genomen om een beter voedingspatroon te bevorderen, zoals de invoering van de Nutri-Score, de Convenant Evenwichtige Voeding, de terugbetaling van een behandeling door een diëtist voor kinderen met overgewicht of obesitas.

Men moet vermijden dat patiënten bariatrische chirurgie als een gemakkelijksoplossing zien.

De patiënt moet in de eerste plaats gestimuleerd worden zijn levensstijl aan te passen. Men mag niet over één nacht ijs gaan voor een bariatrische ingreep. Het commitment van de patiënt is erg belangrijk, bij de voorbereiding en bij de nazorg. Ook de psychologische begeleiding is een belangrijke factor: als deze voorgeschreven wordt, krijgt de patiënt zijn consulten bij een geconventioneerde psycholoog terugbetaald.

Mijn diensten bestuderen de aanbeveling om een nationaal consensusdocument op te stellen.

19.03 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour cette réponse complète.

On sent toute l'importance que cette question revêt pour vous. Vous mentionnez l'utilité du travail en Conférence interministérielle. Vous insistez sur l'importance des habitudes alimentaires et sur l'importance de pratiquer des activités physiques.

Je profite donc de cette réplique pour vous demander d'être attentif à la question de la semaine dernière sur le sport par ordonnance. Vous mentionniez que ce n'était pas une compétence fédérale. Je vous invite, dès lors, à en parler lors de la Conférence interministérielle.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

20 Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incidence du métier de pompier sur la santé de ces professionnels" (55013422C)

20 Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van het beroep van brandweerman op de gezondheid van die beroepscategorie" (55013422C)

20.01 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, monsieur le

20.01 Caroline Taquin (MR): De

ministre, comme je l'ai récemment indiqué à votre collègue, la ministre de l'Intérieur, le métier de sapeur-pompier est une vocation aux conditions de travail parfois éprouvantes.

Nous le savons, le stress fait partie intégrante de leur quotidien. Leur activité n'est malheureusement pas sans risque pour leur santé. À long terme, il semble en effet que l'inhalation de fumées ait de lourdes conséquences sur la santé des pompiers.

Grâce à de nouveaux équipements expressément conçus pour cela, les fumées ne semblent plus atteindre directement les poumons. Néanmoins, il apparaît que les tenues souillées joueraient un rôle dans le développement des cancers lorsque celles-ci sont retirées. En 2016, nos universités ont étudié cette question. Les résultats sanguins révèlent un taux élevé de substances toxiques chez les pompiers.

Tout en assurant leur devoir, qui est de porter secours à autrui dans des situations d'extrême urgence, l'une des préoccupations des hommes du feu est bien légitimement la sauvegarde de leur santé. Cela doit aussi être notre cas.

Selon une étude du SPF Intérieur, l'espérance de vie des sapeurs-pompiers est de 70 ans. Ce chiffre est inférieur de 10 ans par rapport à la moyenne nationale.

Par ailleurs, en cette période de crise sanitaire, les professionnels du service de secours ont encore davantage été soumis à des grandes tensions.

Monsieur le ministre, comment expliquer précisément que l'espérance de vie de nos hommes du feu soit drastiquement plus courte que la moyenne nationale? Possédez-vous des résultats d'études et des statistiques scientifiques plus précises à ce sujet? Si oui, quelles initiatives concrètes sont-elles planifiées pour lutter contre cette situation? Dans la négative, pourrions-nous lancer des initiatives pour spécialiser les recherches en la matière?

Des corrélations ont-elles déjà été établies entre l'intervention des pompiers et le développement de certaines maladies, par exemple les cancers ou encore l'incidence sur le cœur? Un lien de causalité a-t-il déjà pu être démontré? Possédez-vous des éléments à ce sujet?

20.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, madame Taquin, l'étude que vous mentionnez ne nous a pas encore été transmise et n'a pas été abordée non plus avec le SPF Santé publique ou Sécurité sociale. Nous n'avons pas trouvé en Belgique d'autre étude corroborant la découverte d'une espérance de vie trop basse chez les pompiers.

Dans la littérature internationale, plusieurs études ont montré que la mortalité toutes causes (la mortalité générale) était plus basse chez les pompiers que dans la population générale, car il pourrait y avoir une sélection de personnes en bonne santé à l'embauche des pompiers, soit de la part de l'employeur, soit du côté de la personne qui choisit ce métier. Cela devrait plutôt entraîner une augmentation relative de l'espérance de vie.

arbeidsomstandigheden van de brandweperlui zijn belastend en houden gezondheidsrisico's in zich, onder meer door de inademing van rook.

Dankzij hun nieuwe uitrusting bereikt de rook niet langer de longen van de brandweelieden. Wanneer ze hun verontreinigde pakken uittrekken, zouden ze wel in contact komen met kanker-verwekkende stoffen. Zo werden er in het kader van een universitaire onderzoek hoge concentraties van toxische stoffen gedetecteerd in het bloed van brandweperlui.

Volgens een studie van de FOD Binnenlandse Zaken hebben brandweelieden een levensverwachting van 70 jaar. Dat is tien jaar minder dan de nationale gemiddelde levensverwachting.

Hoe verklaart u die kortere levensverwachting? Beschikt u over nauwkeurigere wetenschappelijke studies en statistieken? Zo ja, welke initiatieven plant u om dat te verhelpen? Zo niet, zou u dat kunnen laten onderzoeken?

Zijn er correlaties vastgesteld tussen brandweerinterventies en bepaalde ziekten, zoals bepaalde vormen van kanker of hartziekten? Is er een bewezen oorzakelijk verband?

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De studie die u aanhaalt, werd ons niet bezorgd en ze werd dan ook niet besproken met de FOD Volksgezondheid, noch met de FOD Sociale Zekerheid. We hebben in België geen studie gevonden, waaruit zou blijken dat brandweelieden een te korte levensverwachting hebben.

Verschillende buitenlandse onderzoeken hebben daarentegen uitgewezen dat het algemene sterfte-

En réponse à votre deuxième question, je suis en mesure de vous informer que le Conseil scientifique de l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris) a fait réaliser par sa commission médicale "Agents chimiques et toxiques" un vaste relevé international des littératures scientifiques sur la question des cancers professionnels chez les pompiers. Conçue dans la seconde moitié de 2019, cette étude visait précisément à établir la présence de preuves suffisantes pour reconnaître un type de cancer spécifique comme une maladie professionnelle chez les pompiers et à vérifier s'il était possible d'élaborer des recommandations en matière de prévention et, éventuellement, de surveillance prolongée de la santé. Cette étude a conclu que les pompiers sont potentiellement exposés à de multiples substances cancérigènes, tant dans leur activité proprement dite de combat contre le feu que durant leur entraînement – par inhalation et contact cutané – ainsi qu'au sein de la caserne – lors du nettoyage de l'équipement.

Pour ce qui relève de la reconnaissance d'une maladie professionnelle, le problème substantiel réside dans l'évaluation de l'exposition, laquelle se révèle extrêmement diversifiée qualitativement et quantitativement. Les types de cancer et les organes cibles potentiels sont également très variés. Il est à noter que les pompiers peuvent être exposés à d'autres risques tels que le travail de nuit, le nettoyage, la dépollution, les accidents de camion-citerne, les nids de guêpes, etc.

De manière générale, en nous appuyant sur l'analyse de la littérature scientifique pertinente disponible, nous pouvons conclure que la preuve que les pompiers présentent un risque accru de développer un type particulier de cancer fait défaut. Un risque légèrement accru de plusieurs cancers est rapporté dans la plupart des études épidémiologiques, mais la preuve reste équivoque et les résultats manquent de consistance. Il importe de noter que le temps de latence d'apparition du cancer varie fortement: 5 à 45 ans. Pour certains types de cancer, il peut être particulièrement long. La durée de suivi des pompiers est trop limitée pour objectiver un risque éventuellement accru.

Sur la base de cette analyse pointue, le Conseil scientifique a conclu qu'il était difficile de proposer des recommandations spécifiques à visée de détection précoce du cancer dans cette population de travailleurs. Une suggestion pourrait être que le Registre du cancer investigue et rapporte les cancers par profession. La surveillance de santé prolongée requiert, elle aussi, la connaissance précise du type de cancer. Néanmoins, des mesures préventives adéquates et propres à limiter l'exposition, l'usage des moyens de protection individuels, une information et formation optimisée, de même qu'une surveillance médicale générale sont nécessaires. C'est en fait la combinaison d'une caractérisation limitée – insuffisamment précise – de l'exposition et d'un manque de reproductibilité dans la détermination de l'incidence de la mortalité pour des types de localisation des cancers qui empêche de tirer des conclusions précises et définitives – excepté pour le mésothéliome.

En effet, les pompiers peuvent être considérés comme présentant un risque accru de mésothélium, affection grave caractérisée par un temps de latence particulièrement long. Le mésothélium figure sur la liste belge des maladies professionnelles depuis décembre 1982 et

cijfer, dus ongeacht de oorzaak, onder brandweerlieden lager is dan onder de bevolking. Dat komt allicht doordat er bij de brandweer gezonde mensen worden geselecteerd bij de aanwerving, vandaar de relatief hogere levensverwachting.

Het Federaal agentschap voor beroepsrisico's (Fedris) heeft een overzicht van de internationale wetenschappelijke literatuur over beroepskankers bij brandweerlieden opmaken.

Die studie was erop gericht een specifiek type kanker bij brandweerlieden te erkennen en aanbevelingen te formuleren. De conclusie was dat brandweerlieden aan tal van kankerverwekkende stoffen blootgesteld worden.

Voor de erkenning van een beroepsziekte schuilt het probleem in de evaluatie van de blootstelling, die blijkbaar zeer uiteenlopend is. Ook de types kanker zijn erg verschillend. Brandweerlieden worden bovendien aan andere risico's blootgesteld, waaronder nachtwerk, sanering, ongevallen met tankwagens, wespennesten enz.

Er is geen bewijs dat brandweerlieden een verhoogd risico lopen om een specifiek type kanker te ontwikkelen. Uit epidemiologische studies komt een licht verhoogd risico op verschillende kankers naar voren. De resultaten zijn niet consistent genoeg. De latentietijd van de kanker varieert sterk: 5 tot 45 jaar. De brandweerlieden worden te kort opgevolgd om objectief te kunnen stellen dat er sprake is van een verhoogd risico.

Het is moeilijk om specifieke aanbevelingen te formuleren voor de vroegtijdige opsporing van kanker bij die werknemers. Het Kankerregister zou de cijfers per beroep kunnen opsplitsen. Preventieve maatregelen, individuele

les critères de reconnaissance et de réparation ont été définis en 2004.

En ce qui concerne d'éventuelles mesures de surveillance prolongée de la santé, le Conseil scientifique de Fedris a déjà examiné de manière approfondie son bien-fondé et ses pertinences pour certains cancers dont le mésothélium. La réponse était négative, sauf pour le cancer nasosinusal pour les anciens travailleurs du bois.

De l'analyse réalisée spécifiquement pour les pompiers, il n'est pas apparu d'élément nouveau susceptible de modifier ces conclusions. Les recommandations que l'on peut donner aux pompiers ne diffèrent donc pas de celles que l'on donne à la population en général.

beschermingsmiddelen, betere informatie en opleiding, en medisch toezicht zijn noodzakelijk. Door de beperkte typering van de blootstelling en het gebrek aan replicerbaarheid om de mortaliteitsgraad vast te stellen kunnen we geen definitieve conclusies trekken, behalve voor het mesotheliom.

Sinds december 1982 staat mesotheliom op de lijst van beroepsziekten. De erkennings- en vergoedingscriteria werden in 2004 bepaald.

De Wetenschappelijke Raad van Fedris vindt een langdurige gezondheidsopvolging voor mesotheliom niet relevant. Uit de specifieke analyse voor de brandweerlieden zijn er geen nieuwe elementen naar voren gekomen die ertoe zouden nopen die conclusies te wijzigen. Er bestaat dus geen specifieke advies voor dat beroep.

20.03 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour les précisions que vous venez de m'apporter.

Vous vous doutez que c'est un dossier que je continuerai à suivre de près car il reste encore des points d'ombre qui m'inquiètent fortement.

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

Le **président**: La question n° 55013424C de Mme Zanchetta est reportée à sa demande. Les questions de M. Patrick Prévot sont également reportées à sa demande.

*La réunion publique de commission est levée à 16 h 29.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.29 uur.*

20.03 Caroline Taquin (MR): Er blijven nog een aantal aspecten onopgehelderd en dat is zorgwekkend.