

# COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 8 MARS 2022

Après-midi

---

# COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 8 MAART 2022

Namiddag

---

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 19 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.19 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 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toekenning van een RIZIV-nummer aan een veroordeelde radioloog" (55023657C)**

**01 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'attribution d'un numéro INAMI à un radiologue condamné" (55023657C)**

**01.01 Dominiek Sneppe (VB):** Mijnheer de minister, op 17 december vorig jaar bracht een reportage van de RTBF aan het licht dat de beruchte radioloog Farid Alsaïd actief is als radioloog in Molenbeek. Hij is onder meer berucht omdat hij zowel door de Franse als de Belgische justitie veroordeeld werd, het doelwit is van een internationaal arrestatiebevel, een verbod kreeg op het beoefenen van de artsij en gevaarlijke diagnoses stelt. Desalniettemin krijgt hij een RIZIV-nummer en kan hij zonder problemen radiologie beoefenen in België.

Hebt u weet van de zaak, die vooral in Frankrijk ophef maakte en nu weer actueel is door de reportage van de RTBF? Hebt u contact met de Orde der artsen in België aangaande het dossier? Hoe is het mogelijk dat de man zonder problemen een RIZIV-nummer krijgt? Wordt zijn radiologiepraktijk extra in de gaten gehouden? Werden er reeds controles uitgevoerd en wat was daarvan het resultaat?

**01.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik werd op 5 december 2021 op de hoogte gebracht van een klacht aangaande de betreffende radioloog. Ik heb die op 8 december 2021 overgemaakt aan de bevoegde Provinciale Geneeskundige Commissie, die de klacht op 14 december 2021 behandelde en op haar beurt bezorgde aan de Provinciale Raad van de Orde der artsen voor verder nuttig gevolg. Aantijgingen van oplichting en verkeerde diagnose vallen immers onder de tuchtbevoegdheid van de Orde der artsen.

U vraagt of ik contact had met de Orde der artsen. Ik heb het dossier overgezonden aan de provinciale raad.

Hoe kan het dat de man zonder problemen een RIZIV-nummer krijgt? De betrokken arts behaalde zijn diploma op 26 september 1990 in België aan de ULB. Hij kreeg zijn visum op 18 juni 1991 en werd erkend als radioloog op 19 oktober 1995. Dat was dus duidelijk vóór de feiten in 2014 en 2015 in Frankrijk, waarvan melding wordt gemaakt in de reportage op de RTBF.

De feiten waarvan sprake in Frankrijk, zouden te maken hebben met fraude en oplichting. De veroordeling waarvan sprake in de pers, zou gaan over witwassen van gelden. In se is er in die veroordelingen en feiten dus geen sprake van onmiddellijk gevaar voor de volksgezondheid of van een fysieke of psychische ongeschiktheid om het beroep uit te oefenen. Dat zijn materies die onder de bevoegdheid van de Provinciale Geneeskundige Commissie vallen. Het RIZIV werd ook niet opgelicht.

Wat de klacht in België betreft, hier zou het gaan om een verkeerde diagnosestelling bij het protocolleren

van een RX, maar de radioloog is natuurlijk niet de enige arts die een patiënt onderzoekt. Het is niet aan mijn diensten, maar wel aan het parket om daarin een oordeel te vellen.

U vraagt of de radioloog in het oog wordt gehouden. Zoals ik al heb gezegd, wordt het dossier onderzocht en behandeld door de bevoegde instanties op verschillende niveaus.

**01.03 Dominiek Sneppe (VB):** Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik begrijp uit uw antwoord dat eenmaal men hier een RIZIV-nummer krijgt, dat op geen enkele manier meer kan worden afgenomen, aangezien hij in 1995 als radioloog werd erkend, dus vóór de feiten.

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

**01.05 Dominiek Sneppe (VB):** Neen, maar dan antwoordt u niet echt op mijn vraag.

Er is een hele waslijst aan problemen die volgens u met fraude te maken hebben, maar de klachten hier gingen toch over een verkeerde diagnose. Het kan wel zijn dat die man niet alleen verantwoordelijk is, maar er is toch wel een geurtje aan de zaak. Dan zou men denken dat men toch wat voorzichtiger zou zijn.

Ik neem akte van uw antwoord, dat er blijkbaar geen probleem is met die man, behalve dat hij fraude heeft gepleegd.

**01.06 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Sneppe, ik heb gezegd dat het dossier werd overgelegd aan de Provinciale Raad van de Orde der artsen, die ter zake bevoegd is en die daaraan gevolg zal geven.

**01.07 Dominiek Sneppe (VB):** De zaak is dus nog lopende bij de Orde?

**01.08 Minister Frank Vandenbroucke:** Ja.

**01.09 Dominiek Sneppe (VB):** Dank u.

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

**02 Samengevoegde vragen van**

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het elektronisch medisch dossier" (55024011C)

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het elektronisch medisch dossier" (55024037C)

**02 Questions jointes de**

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier médical électronique" (55024011C)

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dossier médical électronique" (55024037C)

De **voorzitter:** De heer Prévot liet zich verontschuldigen.

**02.01 Dominiek Sneppe (VB):** Mijnheer de minister, uit een bevraging in opdracht van de Koning Boudewijnstichting bleek dat een op de twee Belgen niet weet wat onder gezondheidsgegevens wordt verstaan en nog nooit over het elektronisch dossier heeft gehoord. Nochtans kreeg de digitalisering in de medische sector een boost door de coronacrisis. Vaccinatiebewijs, resultaten van medische onderzoeken, testresultaten, behandelingen zijn belangrijk om de individuele gezondheid te verbeteren en om ons gezondheidssysteem performanter te maken, maar de helft van de Belgen weet nog niet hoe die op te vragen of waar die te vinden zijn.

Mijnheer de minister, bent u zich bewust van deze slechte cijfers? Wat is daar volgens u de oorzaak van?

Wat zult u ondernemen om de digitalisering in onder meer de zorg toegankelijk te maken voor alle mensen, voor de zorgverstrekkers, maar zeker ook voor de patiënten?

**02.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, er is het voorbije decennium een zeer snelle ontwikkeling van allerlei e-gezondheidstoepassingen geweest. Ik verwijs onder meer naar de eHealthBox. We weten dat een deel van de bevolking nog geen toegang tot deze digitale toepassingen heeft gekregen. De digitale kloof is een belangrijk aandachtspunt.

Daarom worden zo veel mogelijk diensten, mits de patiënt zijn geïnformeerde toestemming geeft, gebaseerd op de elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverstrekkers, zorginstellingen en ziekenfondsen, zodat de patiënt zelf geen actie moet ondernemen. Dat is natuurlijk de beste manier om een verschillende behandeling naargelang de digitaliseringsgraad te vermijden.

De automatische elektronische doorgeve van het getuigschrift van verstrekte hulp door huisartsen aan het ziekenfonds, zodat de patiënt automatisch wordt terugbetaald, is daarvan een goed voorbeeld, maar het spreekt voor zich dat voor diensten waarvan de patiënt gebruik moet kunnen maken ook steeds papieren alternatieven worden aangeboden.

Zo worden vaccinatie-uitnodigingen ook op papier verstuurd of kunnen vaccinatie- of herstelcertificaten na een telefoontje naar een contactcenter ook per post worden verkregen. Vaak is het wel zo dat de digitale diensten efficiënter en sneller zijn. Daarom worden alle digitale diensten zo ontworpen dat personen die zelf niet over digitale infrastructuur of vaardigheden beschikken, zich kunnen laten bijstaan door een vertrouwenspersoon, zoals een gezins- of familielid, of door ondersteunende organisaties zoals ziekenfondsen of OCMW's.

**02.03** **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Het is positief dat u het probleem erkent. Dat is al het begin van de oplossing, maar ik heb toch nog een paar bedenkingen. U zegt dat, mits de patiënt zijn toestemming geeft, informatie wordt doorgestuurd naar de verschillende zorgverstrekkers. Dat is inderdaad efficiënt, maar ik vraag me of hoe een patiënt toestemming kan geven als hij niet weet waarover het gaat of als hij bijvoorbeeld niet weet wat gezondheidsgegevens zijn. U spreekt over "een deel van de bevolking", maar het gaat hier wel degelijk over een Belg op de twee, dus 50 % van de bevolking. Dat is toch wel een aanzienlijk deel.

Goed, het is allemaal snel gegaan, en uw diensten zullen het allemaal goed in het oog moeten houden. Het kan immers niet dat de helft van de Belgen uit de boot zou vallen omdat de digitalisering nu ineens in een stroomversnelling zit. Voorzichtigheid is daar geboden.

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

De **voorzitter**: Na enig beraad lijkt het mij een kwestie van respect dat men zich verontschuldigt bij afwezigheid. Als iemand zonder meer afwezig is, wordt zijn of haar vraag zonder voorwerp. Dat lijkt me evident. Als iemand laten weten heeft dat hij later zal zijn, kan de vraag nog worden gesteld. Eén keer uitstel is mogelijk.

**03** **Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toename van het aantal gevallen van artrose door de eerste lockdown" (55024048C)**

**03** **Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation des cas d'arthrose à la suite du premier confinement" (55024048C)**

**03.01** **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, de eerste lockdown in 2020 heeft een duidelijke impact gehad op mensen die lijden aan de gewrichtsziekte artrose. Dat blijkt uit een onderzoek van de Artrosestichting en AFLAR, een Franse vereniging die zich inzet voor patiënten met reuma. Volgens de studie kreeg bijna 36 % te maken met de ziekte voor de leeftijd van 40 jaar.

Tijdens de eerste lockdown was er minder ruimte om te bewegen, mensen raakten geïsoleerd en de pandemie woog zwaar door op de mentale gezondheid. Al die factoren hebben de algemene gezondheid van mensen met artrose uiteindelijk beïnvloed. Hoewel artrose vaak als ouderdomsziekte beschouwd wordt, gaf in het onderzoek 36 % van de ondervraagden aan reeds klachten te ervaren voor de leeftijd van 40 jaar.

Bent u op de hoogte van het onderzoek? Bent u er zich van bewust dat de aandoening erger werd door de lockdown, vooral de eerste dan?

Komt er een actieplan om dit en andere gevolgen van de lockdown in kaart te brengen en oplossingen te zoeken?

**03.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, de studie die u aanhaalt, werd uitgevoerd door de Artrosestichting, een Belgische vereniging die wetenschappelijk onderzoek naar artrose ondersteunt en die ook patiëntenbelangen verdedigt, en AFLAR, de Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale. Ongeveer 3.500 Belgische en Franse patiënten namen deel aan de enquête in de periode van september 2019 tot januari 2021. Een paar maanden na het begin van het onderzoek werd de covidpandemie uitgeroepen.

Tijdens de eerste lockdownperiode werd een verslechtering van het moreel en de algemene gezondheidstoestand van de patiënten vastgesteld, maar ook een toename van de intensiteit van de pijn. De onderzoekers verklaren dat door een waarschijnlijke vermindering van de lichaamsbeweging, gewichtstoename, veranderingen in het voedingspatroon, isolement, ook van de patiënten, en ten slotte meer beroeps- en gezinsgebonden stress.

Artrose is een veelvoorkomende degeneratieve aandoening waarbij het kraakbeen progressief verdwijnt. Door slijtage van het kraakbeen vermindert het schokabsorberend vermogen van het gewricht en kunnen uiteindelijk de botten over elkaar schuren, wat pijn veroorzaakt.

Er zijn verschillende factoren die bijdragen tot de ontwikkeling van artrose, zoals erfelijke aanleg, geslacht – artrose komt namelijk vaker voor bij vrouwen –, leeftijd, overgewicht, zware belasting van de gewrichten of trauma. In de behandeling van artrose is in de eerste plaats beweging belangrijk en wanneer men overgewicht heeft, kan gewichtsverlies de pijnklachten verminderen. De pijnsymptomen worden ook behandeld met pijnmedicatie, paracetamol en ontstekingsremmers. Bij ernstige aantasting van de gewrichten kan een gewrichtsprothese aangewezen zijn.

In België komt artrose voor bij 18,6 % van de bevolking vanaf 15 jaar. Vanaf 65 jaar lijden 32,4 % van de mannen en 47,9 % van de vrouwen aan artrose. Dat blijkt uit de *gezondheidsenquête 2018* van Sciensano. Het percentage van personen die aan artrose lijden, neemt toe. In 2008 leden 15,9 % van de mensen aan artrose, in 2013 was dat al 16,7 %. De incidentie van artrose neemt dus toe met de leeftijd. In de leeftijdsgroep van 36 tot en met 44 jaar bedraagt het aantal mensen met artrose ongeveer 10 % van de bevolking, in de groep van 45 tot en met 54 jaar is dit ongeveer 20 %. Bij de 75+ers stijgt dat percentage naar 44 %.

Aangezien pijnklachten door artrose over het algemeen verergeren bij minder beweging, kan worden verondersteld dat mensen met artrose die tijdens een lockdownperiode minder bewogen, inderdaad meer pijn zouden ervaren. Uitstel van zorg zoals kinesithérapie kan ook een factor zijn in het verergeren van pijnklachten door artrose. Ik beschik niet over gegevens over onderzoek in België naar de effecten van de lockdown speciaal voor artrosepatiënten, behalve de studie die u aanhaalt, maar die is toch wel interessant. Er is momenteel geen initiatief om specifiek voor artrose ten gevolge van de lockdown in kaart te brengen. Het zal voor alle chronische ziekten van belang zijn om in te zetten op het inhalen van uitgestelde zorg tijdens periodes van verhoogde viruscirculatie en de belasting van de ziekenhuizen, en te sensibiliseren in het algemeen voor een gezonde levensstijl met gezonde voeding en voldoende beweging.

**03.03** **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, het was een lang antwoord, maar met weinig inhoud. U hebt veel gezegd over zaken waarnaar ik niet gevraagd heb.

Mijn derde vraag was of er een actieplan komt om dit en andere gevolgen van de lockdown in kaart te brengen en om oplossingen te zoeken. Op die vraag heb ik niet echt een antwoord gekregen, behalve dat u wilt sensibiliseren. Er zal echter meer nodig zijn. U verwees ook naar uitgestelde zorg en dergelijke meer. Ook daar zal er een tandje bijgestoken moeten worden om dat nog in te halen en om deze mensen, maar inderdaad ook andere mensen met een chronische ziekte, te helpen.

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

**04 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de intensieve zorgen" (55024075C)**

**04 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme des soins intensifs" (55024075C)**

**04.01 Dominiek Snelpe (VB):** Mijnheer de minister, in april 2021 werd er vanuit een Belgisch ziekenhuis een voorstel tot hervorming van de intensieve zorg gedaan, dat op dat moment echter op weinig bijval kon rekenen. Nochtans voorspelden de initiatiefnemers haarfijn wat er in het najaar zou gebeuren en hoe de ziekenhuizen zich daar het best op zouden kunnen voorbereiden. Hun voorstel was ook grotendeels gebaseerd op het advies van het KCE over het beheer van de ziekenhuizen tijdens de eerste coronagolf. Er werd onder andere gesuggereerd om het bestaande MICA-programma verder uit te werken en te optimaliseren. Met het programma MICA of Monitoring Intensive Care Activities kunnen diensten intensieve zorg gegevens over operaties, types van patiënten en ernst van de aandoeningen in real time doorgeven en benchmarken tegenover andere ziekenhuizen in het land. Verder werd aanbevolen om meer te investeren in opleidingen en om een lijst van reservepersoneel aan te leggen.

Mijnheer de minister, waarom werd dat advies toen niet gevolgd? Zult u werk maken van de uitbreiding en de optimalisering van het MICA-programma? Kunt u daar een tijdlijn voor geven?

Wat is de stand van zaken van de ziekenhuishervorming? Zult u de afdelingen intensieve zorg daarin prioritair behandelen?

**04.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Snelpe, ik meen dat uw vraag gebaseerd is op een artikel dat op 4 januari in *De Morgen* verscheen. Ik kan bevestigen dat er eind april 2021, meer bepaald op 29 april, binnen het Hospital Transport & Surge Capacity Committee gedebatteerd werd over de evaluatie van de eerste golf en de voorbereiding van eventuele volgende golven. Tijdens deze zitting van het comité werd er door Sciensano, dat ook lid is, een presentatie gegeven met onder andere de elementen waarnaar u verwijst, namelijk de definitie van intensieve zorg en het project MICA.

Het comité suggereerde inderdaad als verbeterpunten een mogelijke hervorming van het ziekenhuislandschap en een betere definitie van wat intensieve zorg nu juist is. Het comité gaf ook aan dat dit een dossier is dat dient te worden opgenomen door de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, samen met experts uit de betrokken beroepsorganisaties, en eigenlijk niet door het HTSC zelf. Mijn administratie heeft onmiddellijk stappen gezet om samen met de ziekenhuizen die vandaag al actief zijn binnen het MICA-project te bekijken welke gegevens, geregistreerd binnen MICA, beleidsmatig kunnen bijdragen aan het beheer van de crisis.

Er werden in juni 2021 overeenkomsten gesloten met de deelnemende ziekenhuizen, met daaraan verbonden een financiële vergoeding voor de terbeschikkingstelling van de gegevens. Zonder in technische details te treden kan ik meedelen dat er twee elementen gevraagd werden aan de ziekenhuizen, namelijk indicatoren betreffende het totaalbeeld van het begin van de pandemie tot heden en nadien een gestructureerde, regelmatige rapportage over deze indicatoren. Er is ondertussen een gegevensstroom opgezet. De retroactieve dataset werd echter nog niet aangeleverd. De bestaande datastroom beantwoordt nog steeds niet aan wat overeengekomen werd. Mijn administratie blijft echter hoopvol en blijft verder daarin investeren.

Daar waar MICA in het voorjaar 2021 nog een quick win leek te zijn, blijkt dit nu echter niet dé oplossing te vormen. Gelukkig werd door het Hospital & Transport Surge Capacity Committee samen met de FOD Volksgezondheid en Sciensano ook verder geïnvesteerd in de bijsturing van de eigen datastromen, de datastroom Surge en de datastroom Clinical Survey. Gelukkig kunnen we via deze wegen bijvoorbeeld een beeld krijgen van de leeftijden van nieuwe gehospitaliseerden of van de vaccinatiestatus.

De organisatie en de financiering van intensieve zorg maken het voorwerp uit van een door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg geplande studie. We blijven dit dus absoluut bekijken. Het blijft een belangrijk thema, maar MICA heeft voorlopig niet datgene opgeleverd waarop we echt gehoopt hadden.

**04.03 Dominiek Snelpe (VB):** Dat we vaak niet beschikken over de nodige data om bepaalde conclusies te kunnen trekken is een pijnpunt dat in de hele coronacrisis en eigenlijk ook daarvoor al aangekaart werd. U

zegt dat het MICA-programma niet geleid heeft tot wat het zou moeten hebben leiden. Waarom is dat zo? Dat programma leek immers veelbelovend te zijn. Zeker wanneer het werkveld er zelf naar verwijst, zou men toch kunnen denken dat het wat meer in zijn mars zou hebben. Waarom voldoet MICA niet?

**04.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Er is vertraging bij het aanleveren van een deel van de data, dat is het belangrijkste wat ik helaas moet vaststellen. Dat betekent echter niet dat het project niets zal opleveren. Ik denk dat dit wel zal gebeuren, maar er is gewoon ernstige vertraging.

**04.05** **Dominiek Sneppe** (VB): Het ligt dus aan de ziekenhuizen zelf als dit niet tot stand komt.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**05** **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beveiligingsproblematiek van ziekenhuisgegevens" (55024205C)**

**05** **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le problème de la sécurisation des données des hôpitaux" (55024205C)**

**05.01** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, eind 2021 zou de Orde der artsen u in gebreke hebben gesteld, omdat patiëntengegevens in ziekenhuizen niet altijd conform de Europese en GDPR-richtlijnen worden verwerkt. De systemen van 3M, die ook voor benchmarking worden gebruikt, zouden namelijk onvoldoende beveiligd zijn en zouden herkenbare persoonsgegevens laten verwerken in onder andere de Verenigde Staten en Rusland. Het basiscontract zou destijds zijn gesloten tussen de toenmalige minister van Volksgezondheid en 3M.

Ik krijg graag een update over de situatie. Welke potentiële beveiligingsproblemen zijn er precies? Werd nagekeken of er patiëntengegevens in verkeerde handen zijn terechtgekomen? Indien ja, wat is daarvan de uitkomst? Welke stappen werden gezet om de problemen te verhelpen? Zijn de problemen ondertussen opgelost? Zo ja, op welke wijze? Zo niet, wat moet er nog worden ondernomen?

Aan welke voorwaarden moeten dergelijke systemen voldoen? Werden de systemen die patiëntgegevens verwerken, allemaal in kaart gebracht? Op welke manier worden die systemen gecontroleerd? Werden er ook andere problemen vastgesteld? Zo ja, welke?

**05.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik heb inderdaad een schrijven ontvangen van de Orde der artsen over de systemen van 3M en meer bepaald over de tool voor benchmarking van 3M. Ik heb de Orde der artsen dan ook uitgebreid geantwoord.

U vraagt welke problemen ik zie. Het gebruik van een benchmarkingtool enerzijds, en 3M als leverancier daarvan anderzijds, is een beslissing van een individueel ziekenhuis als een private onderneming. In principe kan benchmarking ook worden aangeboden door andere firma's dan 3M of door netwerken waartoe de ziekenhuizen behoren.

Daarbij behoort het goed en verantwoord gebruik van medische persoonsgegevens in het ziekenhuis volledig tot de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis zelf en dus moet een *data protection officer* van het ziekenhuis erop toezien dat het gebruik van gevoelige persoonsgegevens conform de geldende Europese en Belgische privacywetgevingen gebeurt.

Zo moet het ziekenhuis erop toezien hoe en in welke mate de medische persoonsgegevens van zijn patiënten in België worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en andere benchmarkinginitiatieven. Ik begrijp uw bezorgdheid omtrent het hergebruik van Belgische gezondheidsgegevens voor allerlei doeleinden. Ik deel die bezorgdheid, maar in België hebben wij de Gegevensbeschermingsautoriteit, die sanctionerend moet optreden in geval van overtreding van de toepasselijke wetgeving.

Ter zake heeft 3M ook een advies gevraagd aan de GBA, die tevreden was met de duiding en de bijkomende informatie die ze daarbij had ontvangen.

U vraagt aan welke voorwaarden dergelijke systemen moeten voldoen. Ik verwijs daarvoor graag naar het advies van Zorgnet-Icuro, dat het heeft besteld bij Ernst & Young. Ter zake zijn een aantal concrete

aanbevelingen geformuleerd over het dienstencontract, de verwerkersovereenkomst, de dataminimalisatie en de proportionaliteit van het gegevensgebruik, waarbij geen blokkerende issues zijn gedetecteerd. 3M heeft zich naar die adviezen geschikt.

**05.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden.

De vraag is ondertussen actueler geworden dan toen ik ze indiende. Er zou immers sprake van zijn dat herkenbare persoonsgegevens in Rusland zouden worden verwerkt.

Ik begrijp dat het de verantwoordelijkheid is van de artsen. Anderzijds is het de taak van de overheid om burgers en dus patiënten te beschermen. Zij hebben zelf geen zicht op wat met hun gegevens gebeurt. Artsen hebben ook niet altijd een volledig zicht op waar de gegevens naartoe gaan.

U geeft ook aan dat de Gegevensbeschermingsautoriteit ter zake een rol speelt.

Ik heb u in 2021 ook een schriftelijke vraag gesteld over cybersecurity en ziekenhuizen. Ik had toen begrepen dat in het relanceplan een bepaalde som zou worden gereserveerd voor onder andere de cybersecurity van ziekenhuizen. Ik begrijp evenwel dat er op dat vlak nog een lange weg te gaan is en dat een en ander nog niet voor morgen is.

U had het ook over de nieuwe NIS-richtlijn, die wordt opgesteld. De bescherming van de diensten die ziekenhuizen via het internet aanbieden, zouden worden geverifieerd via een project bij het RIZIV. Ik heb echter de indruk dat een en ander nog niet op punt staat en nog niet is waar het moet zijn. Wij moeten daarvoor nu zeker aandacht hebben. Ziekenhuizen kunnen ook een strategisch doelwit zijn, onder andere voor landen als Rusland.

Ik zou er dus op willen aandringen om daarop in te zetten en de middelen daar zo snel mogelijk nuttig voor aan te wenden. De ziekenhuizen konden tot nu toe op vrij weinig ondersteuning bij hun digitale diensten rekenen. Ook in uw plannen voor de hervorming van de ziekenhuizen wilt u veeleer kostendekkend werken, hoewel de ziekenhuizen op dit moment de winsten die ze kunnen realiseren, vaak inzetten voor hun digitale services en hun digitalisering.

Ik dring er dus op aan om de ziekenhuizen meer dan vandaag het geval is daarin te ondersteunen.

**05.04 Minister Frank Vandenbroucke:** Ter aanvulling, u maakt inderdaad een terechte opmerking. Wij maken de komende jaren 126 miljoen euro vrij voor de digitalisering in de Belgische gezondheidszorg. Dat is vooral federaal geld, alsook Europees geld dat we federaal mobiliseren in het kader van het Europese RESTART-programma. Een deel van dat geld gaat rechtstreeks naar de ziekenhuizen. Er is ook een deel dat buiten de ziekenhuizen zit. Het is wel een zeer grote investering, die volgens mij onder meer moet bijdragen tot meer cybersecurity. Dat is, zoals u zegt, inderdaad een grote zorg. De middelen zijn nu voorhanden. Het zal wel een paar jaren duren vooraleer we een aantal projecten kunnen voltooien. Ik denk dat we hoe dan ook op dit moment een zeer grote investering doen.

**05.05 Frieda Gijbels (N-VA):** Ik zal het mee opvolgen, bedankt.

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

**06 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ontwikkeling van moedermelkbanken en donormelk" (55024224C)**

**06 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le développement de banques de lait maternel et le recours au lait de don" (55024224C)**

**06.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen):** Mijnheer de minister, het betreft eigenlijk een opvolgvraag over een resolutie waaraan we in het begin van de legislatuur in deze commissie hebben gewerkt en waar ik u vorig jaar ongeveer tijdens deze periode een schriftelijke vraag over heb gesteld. U antwoordde daar toen op dat er wel veel plannen en doelstellingen waren. Die waren op dat moment echter nog niet erg concreet. We zijn inmiddels een jaar verder en ik begrijp dat de ziekenhuizen en uw diensten het voorbije jaar andere prioriteiten hadden, maar tegelijkertijd denk ik ook dat we belangrijke zaken zoals investeren in donormelk

en het nog beter ondersteunen van mama's die borstvoeding geven, niet uit het oog mogen verliezen. Daarom zou ik graag een stand van zaken over de uitvoering van uw plannen krijgen.

**06.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Creemers, mijn medewerkers hebben deze zomer de Belgische Vereniging voor Neonatologie uitgenodigd om hun kennis en expertise met betrekking tot deze kwestie te delen. Het is immers nodig een nauwkeuriger beeld te krijgen van de opdrachten van deze toekomstige banken, evenals een prognose van hun activiteit en een evaluatie van hun behoeften ter zake. Indicaties voor het voorschrijven, de jaarlijkse hoeveelheid verwerkte en afgeleverde melk, de herkomst van de melk – namelijk binnen of buiten het ziekenhuis –, het type en het aantal ziekenhuizen, de toegepaste controleprocedures, de melkverwerkingsprocedures – gaat het om pasteurisatie of andere procedures? –, de bestemming, de verwerking en de opslag voor uitgestelde toediening aan het eigen kind of externe donatie en dergelijke meer. Dit zijn belangrijke vragen waar antwoord op moet worden gegeven.

Momenteel is de enige gekwantificeerde evaluatie van de verwerkte hoeveelheden waarover wij beschikken, afkomstig van de gegevens van de terugbetaling door het RIZIV van moedermelk die door ziekenhuizen wordt ingezameld voor kwetsbare premature baby's. Deze facturatiegegevens zijn wellicht onvolledig vermits ze slechts betrekking hebben op drie ziekenhuizen in Wallonië, vier in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en geen enkel in Vlaanderen. Dat is een beetje teleurstellend. Binnen de Belgische Vereniging voor Neonatologie is een werkgroep bijeengekomen en een eerstvolgend overleg met mijn medewerkers is ingepland aan het einde van deze maand.

De donatie van moedermelk zou idealiter moeten worden geïntegreerd in een gecoördineerd nationaal beleid dat de voordelen van borstvoeding bij het grote publiek promoot en borstvoeding op lange termijn ondersteunt, zowel voor, tijdens als na de neonatale ziekenhuisopname en dit voor zowel voldragen als premature pasgeborenen. Een dergelijk plan kan alleen in samenwerking met de gemeenschappen en gewesten tot stand komen.

Op federaal niveau ontwikkelde de FOD Volksgezondheid twee proefprojecten in ziekenhuizen teneinde via specifieke opleidingen goede praktijken te bevorderen op het gebied van begeleiding bij borstvoeding en ondersteuning van de ontwikkeling van premature baby's, de projecten Baby Friendly Hospital Initiative en Ontwikkelingsgerichte Zorg.

Tot daar een voorlopige stand van zaken. Wij zien die mensen einde maart. Dit wordt dus vervolgd.

**06.03** **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dank u voor de update. Ik kijk uit naar de resultaten van de werkgroep einde maart.

De Belgische Vereniging voor Neonatologie is in eerste instantie de logische gesprekspartner omdat zij ervaring hebben, maar in de periode dat wij aan de resolutie hebben gewerkt, hebben we ook met lactatiedeskundigen gesproken die buiten de ziekenhuizen, op het terrein, vaak zien dat de opstart van borstvoeding fout loopt. Zij stonden toen te springen om de moedermelkbanken opgericht te zien worden en om nog meer samen te werken met de ziekenhuizen, maar ook om dit in en buiten de ziekenhuizen meer te stimuleren.

Zij zien immers de omgekeerde weg. Bij neonatologie is er veel vraag. Bij de lactatiedeskundigen op het terrein is er veel aanbod. Het zou goed zijn dat de Belgische Vereniging voor Lactatiedeskundigen hierbij betrokken wordt, want zij hebben heel goede ideeën en zij staan te popelen om die moedermelkbanken opgericht te zien.

Wij hebben de voorbije twee jaar heel veel over het belang van onze gezondheid geleerd. Het begint bij goede voeding van de allerkleinsten. Ik hoop dat we het erover eens zijn dat de beste voeding nog altijd moedermelk is. Ik hoop dan ook dat er snel werk wordt gemaakt van een interfederaal plan of een interfederale samenwerking, zodat iedereen er op lange termijn wel bij vaart.

**06.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Dank u voor uw repliek. Ik zal signaleren aan de mensen die daarmee bezig zijn, dat u beklemtoont dat men ook de lactatiedeskundigen moet betrekken.

**06.05** **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Zij hebben ons in die fase toen ook advies gegeven, dus zij zijn erbij betrokken geweest. Zij zullen zeer graag helpen.

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

**07 Questions jointes de**

- **Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du Kaftrio contre la mucoviscidose pour les enfants de 6 à 11 ans" (55024228C)**
- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du Kaftrio pour les patients souffrant de mucoviscidose" (55025802C)**

**07 Samengevoegde vragen van**

- **Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van Kaftrio tegen mucoviscidose voor kinderen van 6 tot 11 jaar" (55024228C)**
- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van Kaftrio voor mucoviscidosepatiënten" (55025802C)**

**07.01 Caroline Taquin (MR):** Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous ai déjà interpellé sur l'accessibilité des traitements pour les personnes atteintes de mucoviscidose et encore récemment sur la procédure de remboursement en cours pour le médicament Kaftrio pour les personnes de plus de douze ans. Il est question de meilleures conditions de vie et même d'un allongement de la vie. Vous m'aviez indiqué que la procédure était en cours et que les éléments de négociation ne pouvaient être rendus publics.

Je vous ai aussi questionné sur l'avis favorable de l'Agence européenne du Médicament pour l'utilisation de ce médicament pour les enfants de six à onze ans. Vous m'indiquiez que la société pharmaceutique du Kaftrio n'avait effectivement pas encore déposé de demande auprès de la CRM pour cet usage. De très nombreux pays ont permis l'accessibilité de ce médicament pour les plus de douze ans et il est essentiel de pouvoir maintenant avancer vite. Il faudrait pouvoir avancer sans attendre dans les démarches à entreprendre pour les jeunes enfants de moins de douze ans. À cet effet, les accords du type BeNeLuxA peuvent faciliter l'accès aux médicaments innovants. Cette coopération internationale dans un processus de décision est bénéfique. Souvenons-nous de la procédure d'accessibilité belge pour l'Orkambi.

Monsieur le ministre, des initiatives ont-elles été prises en matière de scanning des médicaments modulateurs CFTR ces deux dernières années par la structure BeNeLuxA?

Des démarches sont-elles engagées ou des rapports d'évaluation collectifs sur ce traitement pour les enfants de six à onze ans, compte tenu de l'avis de l'EMA en novembre 2021?

Précisément, des contacts informels et discussions sur des éléments de remboursement de ce traitement pour ces enfants sont-ils engagés en vue de négociations communes avec nos partenaires européens?

Pour terminer, à ce stade et pour ne pas perdre de temps, est-il possible d'engager le dialogue avec la société pharmaceutique pour inciter au dépôt d'une demande visant entre autres la Belgique?

**07.02 Frank Vandenbroucke, ministre:** Madame Taquin, tant au niveau national qu'au sein du partenariat international du BeNeLuxA, l'évolution au sein des modulateurs CFTR a été et est suivie de près. Par ailleurs, dans le cadre de la coopération européenne sur le remboursement des médicaments orphelins et des médicaments innovants, la Belgique joue un rôle important dans l'*International Horizon Scanning Initiative* (IHSI), une coopération internationale qui associe huit pays et qui a pour but de cartographier et de partager des informations sur de futurs médicaments innovants importants. IHSI vise la création d'une base de données très large, qui rassemblera toutes les informations accessibles au public sur les médicaments. Il en ressortira des *high impact reports*, qui analyseront les traitements ayant un impact potentiellement important.

Vous demandez ensuite si des démarches ont été engagées ou si des rapports d'évaluation collectifs ont été publiés sur ce traitement pour les enfants de six à onze ans. En effet, le 11 novembre 2021, le Comité des médicaments à usage humain (CHMP) au sein de l'Agence européenne des médicaments (EMA) a rendu un avis favorable pour cette indication pédiatrique. Dès ce moment-là, conformément à la réglementation en vigueur en Belgique, la société pharmaceutique Vertex peut déjà introduire auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) une demande pour le remboursement du Kaftrio chez les enfants de six à onze ans.

J'ai été informé que le secrétariat de la CRM vient de recevoir cette demande à la mi-février. La date à laquelle une décision doit être prise dans ce dossier est prévue pour le mois d'août 2022, sauf en cas de suspension supplémentaire du délai par la firme elle-même. En outre, dans le cas où des négociations au titre des articles 111, 112 et 113 seraient nécessaires, un délai supplémentaire de 90 jours devrait également être pris en considération. Comme toujours, je ferai tout mon possible pour prendre une décision dès que possible.

Enfin, les programmes d'usage compassionnel et les programmes médicaux d'urgence permettent aux firmes pharmaceutiques qui commercialisent des médicaments en Belgique de mettre leur traitement innovant à disposition des patients qui en ont besoin avant que les procédures d'accès au marché ne soient finalisées.

Certains médicaments innovants peuvent également faire l'objet d'une intervention avant même leur enregistrement, lorsqu'ils traitent une maladie grave ou mortelle et qu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique. Cette procédure a été baptisée *unmet medical need*, donc un besoin médical non satisfait. Elle permet de donner accès plus rapidement aux médicaments innovants. L'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 prévoit également la possibilité pour les firmes pharmaceutiques d'introduire des demandes de remboursement auprès de la Commission de remboursement des médicaments au moment de l'obtention de l'opinion positive du *committee for medicinal products for human use* (CHMP) de l'EMA à laquelle j'ai fait référence, il y a quelques minutes.

Le recours à cette possibilité permet de gagner 75 jours dans la procédure. Toutes les possibilités administratives ont été développées pour accélérer l'accès aux traitements innovants en Belgique et pour offrir des solutions dans une approche de *early access* pour les patients. On peut donc espérer que les entreprises essaient d'exploiter au maximum ces possibilités.

**07.03 Caroline Taquin (MR):** Monsieur le ministre, je tenais à vous remercier pour la réponse qui est suffisamment précise ce jour, et pour votre détermination à avancer dans ce dossier. On constate qu'il y a une évolution. Mi-février a eu lieu l'introduction de la demande. Une échéance tombera en août 2022. Je reviendrai régulièrement vers vous pour me tenir informée de l'évolution de ce dossier. Je vous remercie pour l'attention portée également aux enfants de six à onze ans et pour toute l'importance que vous accordez à ce sujet.

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

**08 Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ondersteuning van de psychiatrische thuiszorg" (55024328C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan crisisbedden en psychiatrische thuiszorg" (55025254C)

**08 Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le soutien aux soins psychiatriques à domicile" (55024328C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque de lits de crise et de soins psychiatriques à domicile" (55025254C)

**08.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, de geestelijke gezondheidszorg is een thema dat ons allebei zeer interesseert en dat we ter harte nemen. Ik heb toch nog een aantal vragen.

Er zijn al inspanningen geleverd. U hebt bijvoorbeeld aangekondigd dat u met 35 miljoen euro extra crisisbedden zou creëren voor jongeren. Die zijn er vandaag de dag namelijk niet voldoende. Veel te vaak horen we noodkreten van bezorgde ouders die geen adequate en snelle hulpverlening voor hun kinderen kunnen krijgen. De drempel naar hulp is nog altijd te hoog. De psychiaters bevestigen dit ook.

Tijdens mijn vorige vragen heb ik vaak gepeild naar de stand van zaken rond de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg en de verbetering ervan. Ik heb u ook reeds geduid op een probleem dat zich stelt rond de psychiatrische thuiszorg. Psychiatrisch thuisverpleegkundigen kunnen slechts twee

nomenclatuurnummers gebruiken om hun patiënten te begeleiden. Nochtans is de rol die zij zouden kunnen spelen bij de voor- en nazorg van psychiatrische patiënten heel groot. Dit zou niet alleen voor het comfort van de patiënten een heel groot verschil kunnen maken, maar ook voor de doorstroming naar crisisbedden en andere bedden voor langdurige opname, die zo vrij zouden kunnen komen voor andere patiënten.

Graag had ik dus van u vernomen welke stappen u zult nemen om de psychiatrische thuiszorg beter en op een toegankelijker manier te organiseren. Voorziet u in extra ondersteuning voor de psychiatrische thuiszorg of een concreet project dat de toegang ertoe en de organisatie van de psychiatrische thuiszorg kan verbeteren? Bent u bereid om deze vorm van hulpverlening en bijkomende functies te onderzoeken, te ondersteunen en echt in te bedden in de eerste lijn, met de begeleiding van de psychiaters uit de tweede lijn? Bent u bereid om in te zetten op de psychiatrisch thuisverpleegkundigen?

Ik had ook graag van u vernomen wat de stand van zaken rond de crisisopvang van jongeren vandaag is. Hoe kunt u ook op dat gebied nog bijkomende stappen nemen? Covid mag dan vandaag de dag via code geel wel on hold staan, de mentale impact van de pandemie – zeker op onze jonge bevolking – is er en zal jammer genoeg nog een nasleep hebben.

**08.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, psychiatrische thuiszorg en alle vormen van *outreaching* werk staan centraal in de visie op de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg die wij doorvoeren. Die hervormingen zijn gebaseerd op het principe van getrapte en evenwichtige zorg, waarbij ons zorgsysteem moet bestaan uit verschillende zorgvormen, gaande van ambulante tot residentiële zorg, om op de adequaatste manier voor zorg en zorgcontinuïteit te kunnen zorgen.

Ik ben dus absoluut bereid om in te zetten op psychiatrische thuiszorg, via onder meer psychiatrisch verpleegkundigen. Wij hebben daar eigenlijk reeds in geïnvesteerd. In februari 2021 hebben we namelijk maatregelen genomen om kinderen, jongeren en jongvolwassenen met acute psychische klachten en problemen of jongeren in een crisissituatie sneller op te vangen met de mobiele crisisteams van de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. Op die manier werd de capaciteit voor mobiele crisisopvang op korte termijn aanzienlijk uitgebreid. Ik spreek over bijna 51 voltijdse eenheden aan extra personeel. Die teams zijn mobiel en leveren bijgevolg zorg en ondersteuning in de thuissituatie en in eender welke andere context. Deze teams zijn over het hele grondgebied verspreid. Ze maken een snelle toegang in de leefomgeving van de burger mogelijk.

Ten gevolge van de coronacrisis werden ook de mobiele crisisteams voor kinderen en jongeren en de mobiele teams voor ouderen versterkt. Wij versterken tevens de kinderpsychiatrische diensten met een bijkomende functie, zodat zij zowel voor als na een opname verder kunnen werken in de thuisomgeving.

Om de overgang van de residentiële opvang naar de thuiscontext te vergemakkelijken heb ik in april 2021 besloten om het residentiële zorgaanbod voor de opvang van kinderen en jongeren met ernstige en complexe psychische problemen te intensifiëren door de personeelsomkadering van de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten te verhogen. Deze intensifiëring maakt het mogelijk dat het personeel ook instaat voor de zorgoverdracht van de residentiële setting naar het thuis- of thuisvervangend milieu. Het personeel wordt dan ingezet in een zogenaamde brugfunctie, die zowel aan zorgtoeleiding, voor de opname, als aan zorgtransmissie, na de opname, doet om de zorgcontinuïteit voor deze jongeren en hun gezinnen te optimaliseren en om de opnameduur in de K-diensten te verkorten. In totaal werden 212 voltijdse eenheden personeel gefinancierd, met een jaarbudget van bijna 16 miljoen euro.

Deze vormen van psychiatrische thuiszorg maken deel uit van de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg die in het hele land zijn opgezet. De netwerken bestaan uit alle voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg waarop de mobiele crisisteams en de mobiele teams langdurige zorg een beroep kunnen doen. De nieuwe conventie inzake psychologische eerstelijnszorg vult het scala van actoren die betrokken zijn bij de zorgverlening aan de bevolking aan door laagdrempelige en snelle hulp te bieden aan kwetsbare groepen met lichte tot matige problemen, in samenhang met de eerste lijn. Het betreft een aanvullend aanbod gericht op kinderen en jongeren, maar ook op volwassenen en ouderen.

Dit is niet het einde van wat we ondernemen. Met een extra investering van 35 miljoen zullen de netwerken voor kinderen en jongeren ervoor kunnen kiezen om, naast bijvoorbeeld het voorzien in bijkomende crisisbedden, nog meer in te zetten op zorg in de thuissituatie, afhankelijk van de behoefte van het werkingsgebied. De bedoeling is dat elk werkingsgebied binnen het toegewezen budget ten laatste tegen juni 2022 een grondige analyse maakt van het beschikbare aanbod en de prioritaire noden.

Mevrouw Depoorter, u verwees vooral naar mogelijkheden via de nomenclatuur. Het beleid dat we ontwikkelen op basis van de netwerken geestelijke gezondheidszorg brengt een sterk populatiegericht aanbod tot stand in elke regio. We bieden hiermee op de beste wijze antwoord op de vraag naar thuiszorg. Daar kunnen ook psychiatrisch verpleegkundigen actief in zijn. Het verhaal staat nog niet op punt voor de eerste lijn, daar wordt nog aan gewerkt. Bovendien zijn nog niet alle inspanningen geïmplementeerd. De investering van 35 miljoen waarnaar ik verwees moet nog geïmplementeerd worden, maar de voorbereidingen daartoe worden getroffen.

**08.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord, waarin u verwees naar de netwerken en naar het extra personeel dat in dienst is genomen. Dat is inderdaad een piste die u kunt bewandelen, maar die piste zal niet volstaan.

Heel belangrijk zijn de zelfstandige thuisverpleegkundigen of de verpleegkundigen die in een organisatie werken en de patiënt thuis begeleiden.

Wat betreft de nomenclatuur kan ik alleen vaststellen dat de huidige nomenclatuur met de twee bestaande nummers ontoereikend en ondergefinancierd is. Een verpleegkundige die bij de patiënt thuis gaat, de patiënt begeleidt en medicatie klaarzet, bijvoorbeeld ook in het kader van een verslavingsproblematiek, moet daarvoor geremunereerd worden. Vandaag is dat niet het geval. Ik kan mij het precieze cijfer niet voor de geest halen, maar vandaag krijgen de verpleegkundigen 2,6 of 5 euro per huisbezoek.

In het kader van intensieve zorg wordt er pas een tweede consultatie aangerekend vanaf het vijfde bezoek per dag bij de patiënt. Het is dus voor de thuisverpleegkundigen niet haalbaar om in dat heel belangrijke domein van de psychiatrische thuiszorg te worden ingezet. Dat is nochtans voor de begeleiding van patiënten na een opname essentieel. Ik spreek nu uit ervaring. De medicatie moet correct worden genomen en de patiënt moet worden begeleid. De mentale begeleiding van de patiënt is cruciaal op dat moment en kan zeker het verschil maken bij psychiatrische patiënten die in de maatschappij gere-integreerd moeten worden.

Het is niet de eerste keer en het zal waarschijnlijk ook niet de laatste keer zijn, maar ik doe dus nogmaals een oproep om de psychiatrisch thuisverpleegkundigen te erkennen en voor de benodigde financiering en nomenclatuur te zorgen.

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

**09 Question de Albert Vicaire à Eva De Bleeker (Budget et Protection des consommateurs) sur "Le registre officiel des nanomatériaux" (55024366C)**

**09 Vraag van Albert Vicaire aan Eva De Bleeker (Begroting en Consumentenbescherming) over "Het nanoregister" (55024366C)**

**09.01 Albert Vicaire (Ecolo-Groen):** Monsieur le président, monsieur le ministre, maintenant que cette crise a été gérée et que tout doucement les pages se tournent, nous pouvons enfin nous pencher sur d'autres problèmes qui, en comparaison, semblent moins prioritaires et plus secondaires.

Comme vous le savez, beaucoup d'incertitudes planent encore sur les effets potentiels des nanomatériaux. En effet, nous ne savons pas totalement quels sont les dangers de ces produits pour la santé et l'environnement. Ceux-ci sont 10 000 fois plus fins qu'un cheveu. Ils peuvent traverser la paroi de l'intestin, les parois des vaisseaux, la barrière hémato-encéphalique. Pourtant, ils sont largement employés comme additifs alimentaires dans les bonbons, dans les agents cosmétiques ainsi que dans toutes sortes de médicaments et de peintures. Le plus célèbre d'entre eux est l'oxyde de titane utilisé comme agent blanchissant.

En France, l'utilisation des nanomatériaux doit normalement être déclarée dans un registre officiel (R-Nano) depuis 2013. Autrement dit, les producteurs, les importateurs et les distributeurs de substances contenant des nanomatériaux doivent, chaque année, déclarer l'identité et les caractéristiques physico-chimiques de ces substances. Il s'avère cependant que ces données sont parfois absentes ou erronées.

Monsieur le ministre, qu'en est-il dans notre pays? Un registre officiel dans lequel les entreprises doivent déclarer leur usage des nanomatériaux existe-t-il? Si oui, quelles données les entreprises sont-elles tenues d'y renseigner? Des contrôles sont-ils organisés pour vérifier que les entreprises se plient bien à ces obligations? Si un tel registre n'existe pas, est-ce à l'étude?

**09.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, monsieur Vicaire, en effet, au vu de leur dimension extrêmement réduite et de leur caractère physico-chimique propre, les nanomatériaux peuvent posséder des propriétés toxicologiques ou écotoxicologiques spécifiques encore peu connues. Dès lors, il est apparu indispensable de mettre en place un système permettant d'assurer la traçabilité des nanomatériaux, de manière à identifier les risques potentiels pour être en mesure, le cas échéant, de réagir rapidement et efficacement, étant donné le nombre croissant de produits contenant des nanomatériaux mis sur le marché belge.

Un arrêté royal relatif à la mise sur le marché de substances manufacturées à l'état nanoparticulaire a donc été pris le 27 mai 2014. Cet arrêté a mené en 2015 à la création d'un registre belge officiel des nanomatériaux manufacturés et mis sur le marché en Belgique, c'est-à-dire en quantités supérieures à 100g par an.

Ce registre est alimenté par les entreprises qui mettent sur le marché, fabriquent ou importent des produits contenant de telles substances, seules ou sous forme de mélange. Il donne également un aperçu des quantités et types de nanomatériaux mis sur le marché ainsi que leurs propriétés physico-chimiques et vise leur traçabilité tout au long de la chaîne de valeur par l'identification des utilisateurs professionnels.

L'enregistrement des substances à l'état nanoparticulaire et des mélanges en contenant au moins une est obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 1<sup>er</sup> janvier 2017 respectivement.

L'enregistrement s'effectue préalablement à la mise sur le marché belge de la substance ou du mélange sur le nanoregistre belge, disponible sur le site internet du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Une actualisation annuelle des données est demandée aux déclarants, afin qu'ils puissent déterminer avec certitude la quantité finale de nanomatériaux mise sur le marché, ainsi que les utilisateurs professionnels de leurs produits.

Les données nécessaires pour procéder à l'enregistrement d'une substance ou d'un mélange sont explicitées dans les annexes 1 et 2 de l'arrêté royal susmentionné. Elles concernent notamment l'identification du déclarant de la ou des substance(s) à l'état nanoparticulaire, la quantité de substance mise sur le marché durant la période considérée, les usagers et l'identification des utilisateurs professionnels.

En termes de contrôle organisé, l'article 21 de l'arrêté rend compte des dispositions prises pour rechercher, constater et poursuivre les infractions conformément aux articles 15 à 18 de la loi du 21 décembre 1998. De plus, une analyse de la qualité des données renseignées par les déclarants sur le nanoregistre a été réalisée par Sciensano pour les enregistrements des années 2017 et 2018.

Enfin, l'administration fédérale rédige chaque année au mois d'avril, après la période d'actualisation, un rapport annuel reprenant le nombre d'enregistrements réalisés, de comptes actifs, de dossiers actualisés, mais aussi les types de déclarants et d'utilisateurs. Les différents rapports annuels et les résultats de l'étude de Sciensano sont disponibles sur le site internet du nanoregistre.

Un chapitre spécifique de cet arrêté royal concerne la notification préalable à la mise sur le marché belge des articles et objets complexes contenant des nanomatériaux: le chapitre 3 "Notifications des articles et objets complexes dans lesquels une ou des substances manufacturées à l'état nanoparticulaire ont été incorporées" – articles 11 à 17. Sa mise en oeuvre a été reportée à une date ultérieure déterminée par le Roi suite à la décision du Conseil des ministres après une évaluation des articles. À l'heure actuelle, nous étudions l'opportunité d'entrée en vigueur de ce chapitre 3.

Il faut noter que la Belgique n'est pas la seule à posséder une législation spécifique concernant les nanomatériaux. Comme vous le mentionniez, un registre a été créé en France – le R-Nano – tant pour les substances et mélanges que pour les articles contenant des composés chimiques nanométriques. En Suède, un registre des produits existe pour les substances chimiques, avec une obligation de notifier tout

nanomateriau ajouté au produit de manière intentionnelle.

**09.03 Albert Vicaire** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je suis heureux de savoir qu'il existe un registre. J'ai cherché mais je n'avais pas trouvé. J'avais interrogé l'AFSCA, qui m'a renvoyé vers le SPF Santé publique.

Je prendrai les références dans votre réponse pour voir comment ces contrôles sont organisés. Je reviendrai éventuellement vers vous si j'ai des questions les concernant.

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

**10 Samengevoegde vragen van**

- **Robby De Caluwé** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het cannabisbureau" (55024367C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De status van het cannabisbureau en het toezicht door het FAGG" (55024470C)
- **Els Van Hoof** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het cannabisbureau" (55024569C)

**10 Questions jointes de**

- **Robby De Caluwé** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le bureau du cannabis" (55024367C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le statut du bureau du cannabis et sa supervision par l'AFMPS" (55024470C)
- **Els Van Hoof** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le bureau du cannabis" (55024569C)

De **voorzitter**: De heer De Caluwé heeft laten weten dat hij verhinderd is wegens een belangrijke gebeurtenis in zijn gemeente.

**10.01 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, op 7 april 2019 werd beslist dat er een cannabisbureau zou worden opgericht en dat dit bureau cannabis ter beschikking zou stellen van apotheken en ziekenhuizen, voor patiënten die medicinale cannabis voorgeschreven krijgen door een arts. De uitrol daarvan laat wat op zich wachten.

Graag hoor ik van u wat de jongste stand van zaken is van dat cannabisbureau. Wat is de geplande opstartdatum? Wanneer zou het in werking treden?

Hoe verloopt het toezicht van het FAGG op het cannabisbureau? Welke conclusies trekt u na afloop van het geplande overleg met het FAGG, eind 2021?

**10.02 Els Van Hoof** (CD&V): Mijnheer de minister, ik was mede initiatiefneemster van dit voorstel, dat uiteindelijk door de regering is overgenomen op 7 april 2019 tot oprichting van een Cannabisbureau, zoals dat ook bestaat in Duitsland. Het Cannabisbureau moet wetenschappelijk onderzoek toelaten, nakijken wie de telers zijn, en erop toezien dat de overheid het monopolie behoudt.

Op die manier kan worden toegelaten dat er medicijnen worden ontwikkeld op basis van cannabis, waarvoor vele patiënten vragende partij zijn. Nu gaan ALS-patiënten hun cannabisolie dikwijls in een Nederlandse apotheek halen en die illegaal over de grens brengen. Om dit te voorkomen, zou het goed zijn dat wij cannabis voor medicinale doeleinden toelaten, uitgebreider dan het medicijn Sativex, dat vandaag voorhanden is.

Daarvoor moet in een bureau worden voorzien, dat de gronden moet vergunnen waarop cannabisplanten verbouwd mogen worden. Het moet een vergunning verstrekken aan de telers. De volledige cannabisooft moet beheerd worden door de overheid. Zoals ik al zei, wordt zo het monopolie behouden op de in- en uitvoer van de cannabis.

Ik heb daarover al heel veel parlementaire vragen gesteld. Ik heb er wel begrip voor dat de covidperiode voor departementen weinig ruimte liet om dergelijke zaken ter hand te nemen. Daarom leg ik vandaag

opnieuw mijn vraag voor. Hopelijk gaat de epidemie liggen en is er tijd en ruimte om hiervan werk te maken.

Mijnheer de minister, in oktober 2021 vond er overleg plaats. Wat is het resultaat daarvan? Op welke termijn is de uitvoering van die wetgeving gepland?

**10.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Hoof, ik moet uw vrees bevestigen. Het is vervelend om te zeggen, maar door de covidcrisis lopen wij inderdaad weer vertraging op in een aantal andere projecten. De covidcrisis heeft een impact gehad op mijn beleidscel, maar ook op het betrokken Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. Er is vertraging in de planning. Na de zomer heeft er inderdaad overleg plaatsgevonden om te bekijken welke stappen er eerst gezet dienen te worden. Een tweede overleg was eind 2021 gepland, maar werd uitgesteld naar het voorjaar van dit jaar en moet dus nog plaatsvinden. Ik wil nu niet vooruitlopen op de resultaten van die besprekingen en ook niet op de verdere planning. De problematiek is inderdaad wel relevant, zoals ook mevrouw Depoorter heeft onderstreept. Ik hoop er nu weer schot in te krijgen.

**10.04** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dat was een zeer kort antwoord over het medisch gebruik van een bepaalde substantie. Ik kan begrijpen dat covid spelbreker is geweest in heel veel zaken. Ik stel echter vast dat de beslissing om medicinale cannabis ter beschikking te stellen van patiënten met oncontroleerbare spasmen, en voor wie er een zekere evidentie bestaat om cannabis toe te dienen, niet wordt uitgevoerd. Tegelijkertijd hoor ik in bepaalde politieke kringen een pleidooi om cannabis te legaliseren en zelfs cocaïne via de apothekers aan te bieden. Dat is toch wel de omgekeerde wereld.

Ik had meer verwacht van iemand die gezondheidszorg hoog in het vaandel draagt. Ik denk dat de patiënt voorrang moet hebben op de recreatieve gebruiker, dus de uitvoering van de beslissing over medicinale cannabis is belangrijk werk. U hebt gezegd dat dit naar het voorjaar verdaagd is. Ik ben benieuwd wat ervan zal komen en of patiënten effectief zullen krijgen wat ze nodig hebben. Ik hoop dat u dat belangrijke werk voorrang zult geven op de lopende discussie over hallucinogene en andere middelen, die volgens mij op een heel ander niveau gevoerd moet worden. U bent als minister bevoegd voor Volksgezondheid. Ik denk dat de patiënt altijd centraal moet staan.

**10.05** **Els Van Hoof** (CD&V): Mijnheer de minister, ik begrijp dat de covidpandemie heel wat roet in het eten heeft gegooid, ook in oktober 2021, met een piek. Dat neemt niet weg dat er mensen vragende partij zijn. Groepen patiënten beginnen nu op eigen houtje en eigen initiatief producten te nemen om bepaalde symptomen onder controle te krijgen, zelfs bij kinderen met epilepsie. Op die manier verergeren ze bepaalde symptomen nog. Die patiënten raken wat ontmoedigd. 2019 was hoopvol, eindelijk werd het taboe rond het medicinaal gebruik doorbroken voor ruime patiëntengroepen.

Ik hoop dat men dit snel ter hand zult nemen, want wat vandaag gebeurt, vind ik onverantwoord. Bepaalde groepen van patiënten experimenteren zelf met dosissen. Dit moet gebeuren onder toezicht. Ik ben voorstander van het medicinaal gebruik, veel minder van het recreatief gebruik.

Laten wij hiervan eerst werk maken. Er zijn mensen die ermee geholpen kunnen worden op heel korte termijn. Er staan ook wetenschappelijke onderzoeksbureaus klaar om ermee te experimenteren, om het toe te passen op die diverse groepen. Laten wij hiervan snel werk maken, zodat wij dit jaar schot in de zaak kunnen krijgen. Hopelijk zal er in het voorjaar dan een plan worden ontwikkeld. Dan zullen wij u opnieuw bevragen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55024508C van de heer Patrick Prévot wordt uitgesteld.

Vragen nrs. 55024536C, 55024537C, 55024538C, 55024539C en 55024540C van de heer De Caluwé worden uitgesteld.

**11** **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oversterfte in de verschillende provincies in 2021" (55024599C)**

**11** **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur**

## "La surmortalité dans les différentes provinces en 2021" (55024599C)

**11.01 Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, Sciensano publiceerde op 26 januari een analyse van de oversterfte in 2021. Ook Statbel publiceerde recent cijfers van de sterfte in 2021. Verschillen in cijfers tussen beide publicaties zijn toe te schrijven aan methodologische verschillen, zoals het meenemen van sterfgevallen in het buitenland en een verschil in referentiejaar.

Opvallend in de publicatie van Statbel is de evolutie van de sterftcijfers per provincie van 2017 tot 2021. Zo blijken er behoorlijke verschillen te bestaan tussen de provincies, met bijvoorbeeld + 0,6 % voor Vlaams-Brabant en + 1,3 % voor Luik tot + 6,3 % voor Luxemburg en + 6,9 % voor Limburg. Deze hogere oversterfte in Luxemburg en Limburg zien we ook terugkeren in de cijfers voor de respectievelijke provinciehoofdsteden, Aarlen en Hasselt.

Wordt onderzocht hoe deze verschillen tussen provincies en provinciehoofdsteden verklaard kunnen worden? Op welke manier? Wat zijn de mogelijke verklaringen voor de verschillen? In welke mate is er oversterfte door niet-covidgerelateerde aandoeningen en welke zijn dat dan? Is hier ook een verschil tussen de provincies waarneembaar en kunt u dit verder toelichten?

**11.02 Minister Frank Vandenbroucke:** De verschillen waar u naar verwijst, zijn moeilijk precies te verklaren zolang de gegevens over de doodsoorzaken niet beschikbaar zijn. In afwachting van de beschikbaarheid van deze gegevens zal het HELICON-project provinciale verschillen in oversterfte bestuderen. De provincie van woonplaats vormt een controlevariabele bij het analyseren van sociale verschillen in oversterfte in de verschillende epidemiegolven. De resultaten kunnen meer inzicht geven in de invloed van de sociodemografische en de socio-economische compositie per provincie en hoe deze zich vertalen in deze relatieve verschillen in oversterfte. Provinciehoofdsteden zullen daarbij niet worden bestudeerd. De eerste resultaten van de analyses worden verwacht in juni 2022. Momenteel voert de Research Unit Knowledge-based Systems van de UGent een studie uit op het niveau van het arrondissement. Ze brengen geografische verschillen in covidincidentie en oversterfte in kaart aan de hand van mobiliteitsgegevens en Sciensano-data.

U vraagt wat de mogelijke verklaringen zijn. Daar is grondig wetenschappelijk onderzoek voor nodig. In het algemeen zullen provincies of provinciehoofdsteden met minder sterfgevallen in absolute cijfers een grotere procentuele stijging kennen.

De provincie Limburg kent een stijging van 6,3, met een gemiddelde van 2.716 sterfgevallen in 2017 en 2019 en 2.886 sterfgevallen in 2021. Dat is een verschil van 170 sterfgevallen. Dat verschil zou gedeeltelijk kunnen worden verklaard door het vergelijkbare aantal COVID-19-sterfgevallen, aangezien er in 2021 195 COVID-19-sterfgevallen waren in de provincie Limburg. COVID-19, overstromingen en sociaal-economische en demografische factoren zijn allemaal factoren die invloed kunnen hebben op de verschillen in sterfte tussen de provincies.

Wat uw laatste vraag betreft, kan ik het volgende zeggen. In België is de oorzaakspecifieke sterfteregistratie via overlijdensakten een tweejarig proces. De statistiek van de doodsoorzaken wordt opgesteld door middel van de statistische overlijdensformulieren die bij elk in België plaatsgevonden overlijden door een attesterend arts worden ingevuld en daarna worden vervolledigd door het gemeentebestuur van de plaats van overlijden. De formulieren worden doorgestuurd naar de gefedereerde entiteiten, die de informatie nakijken, coderen en invoeren om hun eigen statistieken op te stellen. De gegevens worden 12 à 17 maanden na het einde van de referentieperiode doorgestuurd naar Statbel, dat ze dan samenvoegt, controleert en verwerkt om de statistiek op te maken op federaal niveau. Die statistiek wordt ongeveer een à twee maanden na de laatste dataontvangst gepubliceerd.

Momenteel zijn de doodsoorzaken voor 2021 die de reguliere weg volgen dus nog niet bekend. Statbel heeft enkel voorlopige cijfers over het aantal overlijdens in 2021 volgens alle oorzaken en niet van de achterliggende oorzaak, waardoor de vraag vandaag niet kan worden beantwoord.

Het systeem laat dus helaas op geen enkele manier een bijna realtime monitoring van oorzaakspecifieke mortaliteit toe, wat natuurlijk essentieel is tijdens een pandemie.

Zoals u weet, heeft Sciensano vervolgens een ad-hocregistratie opgezet voor de specifieke monitoring van COVID-19-mortaliteit. Met de gegevens die nu beschikbaar zijn, als wij de COVID-19-sterfte aftrekken van

de sterfte door alle oorzaken samen voor het jaar 2021, zien we een zeer lichte oversterfte voor niet-COVID-19-doden alleen rond de piek van de vierde golf en bij de 65- tot 84-jarigen.

We beschikken niet over nauwkeurigere informatie over de oversterfte per provincie in het Be-MOMO-model, waarbij het laagste territoriale niveau het Gewest is.

**11.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, als ik het dus goed begrijp, duurt het twee jaar alvorens de doodsoorzaken verwerkt zijn en bekeken kunnen worden? Ik heb daar vroeger, denk ik, aan mevrouw De Block reeds een vraag over gesteld. Ik vind die periode toch lang. Toen ik de vraag voor het eerst stelde, was er ook nog geen sprake van covid. Ik begrijp dat de gefedereerde entiteiten daarin een rol spelen en dat dit vanuit de verschillende beleidsniveaus moet worden gecommuniceerd. Ik vraag me echter toch af of dat niet sneller kan in tijden waar er een snelle manier van data-input en dataverwerking moet zijn. Ik meen ook dat de doodsoorzaken in Nederland bijna onmiddellijk beschikbaar zijn. Zeker in tijden van een pandemie is het belangrijk om onmiddellijk een juist overzicht te hebben om ook het onderscheid te kunnen maken tussen oversterfte door covid en andere oorzaken. Zo kan er ook tijdig worden ingegrepen als bepaalde tendenzen duidelijk zouden worden.

In juni van dit jaar kan ik blijkbaar meer informatie verwachten. Ik zal hierover dus zeker nog bijkomende vragen stellen.

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

**12 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De NIP-test" (55024570C)**

**12 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le DPNI" (55024570C)**

**12.01 Els Van Hoof (CD&V):** Ongeveer 8 op 10 vrouwen laten tegenwoordig de NIP-test, die sinds juli 2017 nagenoeg volledig wordt terugbetaald, uitvoeren. Sinds dat jaar daalt ook het aantal kinderen dat met het syndroom van Down geboren werd, met een derde. Toch rijzen er problemen met de NIP-test, zoals ook werd vastgesteld in het Amerikaanse onderzoek waarover rapport werd uitgebracht in *The New York Times*, ten eerste omdat het valspositieve resultaten geeft bij bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld 9 op 10 bij het syndroom van Prader-Willi. Dat kan natuurlijk wel zware gevolgen hebben, want 6 % van de moeders blijkt dan tot een abortus over te gaan, zonder dat men dan een betrouwbaardere test, zoals een vlokcentest of een vruchtwaterpunctie, doet.

Ten tweede waarschuwde het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek ook voor een overmatig routineus gebruik van de NIP-test, vooral bij detectie van aandoeningen met een redelijk mild ziektebeeld.

Ten derde is, aldus Fara vzw, die zwangere vrouwen en zwangere tieners begeleidt, de informatieverstrekking naar koppels om het resultaat uit de NIP-test te interpreteren gebrekkig en ontbreekt het aan algemene richtlijnen om koppels te adviseren.

Mijnheer de minister, bevestigt u de gerapporteerde problemen? Volgt uw administratie die op? Welke richtlijnen worden ter zake gehanteerd? Voor de detectie van welke problemen wordt de NIP-test vandaag toegestaan? Zou men dat niet strikter moeten afbakenen? Hebt u ook cijfers over het aantal koppels dat na een positief resultaat tot een abortus overgaat? Bevestigt u de problemen rond informatieverstrekking om het resultaat uit een NIP-test te interpreteren? Erkent u ook dat de begeleiding na een resultaat niet afdoende is? Zult u dus algemene richtlijnen uitbrengen, ook voor zorgverstrekkers, om koppels te adviseren over de NIP-test?

**12.02 Minister Frank Vandenbroucke:** De screening wordt gedaan bij zwangere vrouwen op basis van een bloedstaal, waarin naast eigen DNA ook erfelijk materiaal van de baby zit. De test kan ernstige genetische afwijkingen detecteren en kan worden afgenomen vanaf twaalf weken zwangerschap. Door de invoering van de test kunnen een groot aantal invasieve onderzoeken, zoals vruchtwaterpuncties, die kunnen leiden tot een miskraam, vermeden worden. De NIP-test wordt in België voor het grootste deel terugbetaald sinds 1 juli 2017 voor alle zwangere vrouwen die dat wensen. Er is in terugbetaling voorzien voor het prenataal opsporen van trisomie 21 door middel van een moleculaire biologische methode op een bloedstaal van de

moeder vanaf de twaalfde zwangerschapsweek. De voorwaarde van terugbetaling van de test vermeldde enkel de opsporing van trisomie 21.

De test gebeurt in de acht genetische centra in België door middel van een genoomwijde screeningstest, waarbij alle chromosomen betrokken zijn die niet alleen trisomie 21, dus eigenlijk het syndroom van Down, veroorzaken, maar ook andere genetische afwijkingen, zowel bij de moeder als het kind. De gevoeligheid en de specificiteit van de test voor de opsporing van trisomie 21, 18 en 13 bedraagt 99 %. Dat betekent dat in 1 % van de gevallen een valspositief resultaat verkregen wordt. Omdat bij de test het volledige genoom onderzocht wordt, kunnen ook andere afwijkingen gedetecteerd worden. Voor zeer zeldzame afwijkingen is een klinische validatie van de resultaten niet altijd mogelijk. Er zijn te weinig data beschikbaar om een uitspraak te kunnen doen over de betrouwbaarheid van de test voor die aandoeningen. Voor minder zeldzame afwijkingen zou klinische validatie in de toekomst wel mogelijk kunnen zijn, afhankelijk van de prevalentie van de aandoening in de populatie. Naarmate een bepaalde techniek in de praktijk langer gebruikt wordt en er meer gegevens beschikbaar zijn, zullen er meer afwijkingen klinisch gevalideerd kunnen worden.

De betrouwbaarheid van de test voor andere aandoeningen is dus variabel en momenteel nog onvoldoende gedocumenteerd. In het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek waarnaar u verwijst, worden bijvoorbeeld positieve voorspellende waarden aangehaald voor het syndroom van Turner van 26 %, voor het triple X-syndroom van 50 % en voor het syndroom van Klinefelter van 86 %. In een recente studie van het UZ Leuven in samenwerking met alle genetische centra wordt aangegeven dat in de twee jaar volgend op de introductie van de NIP-test, dus de periode van 1 juli 2017 tot 30 juni 2019, in totaal 188.130 testen werden geregistreerd door het RIZIV. 80 % van de zwangere vrouwen koos om een NIP-test te laten uitvoeren. In ongeveer 1 op 200 zwangerschappen werd trisomie 21, 13 of 18 gedetecteerd. Voorts meldt de studie ook een halvering van het aantal invasieve testprocedures sinds de invoering van de NIPT. In die studie wordt een daling van een derde van het aantal pasgeborenen met het downsyndroom vermeld. In 2014 bedroeg het percentage neonati met het downsyndroom 0,06 % en in 2018 0,04 %.

In het geval van een positieve NIPT kunnen, als het koppel dat wenst, vervolgonderzoeken, dus een vruchtwaterpunctie of een vlokkentest, worden uitgevoerd voor verder genetisch onderzoek. Afhankelijk van de resultaten daarvan zal het koppel een keuze kunnen maken voor een zwangerschapsafbreking, als het gaat over een belangrijk gezondheidsprobleem bij de foetus.

Er dient voorts nog te worden beklemtoond dat de genoomwijde screening bij de NIPT niet alle genetische afwijkingen kan opsporen of uitsluiten. Een negatieve test biedt met andere woorden geen honderd procent zekerheid dat er geen genetische afwijkingen bij de foetus zijn.

Sinds het begin van de invoering van de NIPT wordt het belang van voldoende informatie aan de zwangere vrouw over de gevolgen van de test onderstreept. Ik verwijs ook naar het advies nr. 8912 van de Hoge Gezondheidsraad. Een geïnformeerde toestemming voor de afname van de test en genetische counseling van de zwangere vrouw in het geval van een afwijkend resultaat is hier dus van groot belang.

In België wordt genetische counseling voor iedereen volledig vergoed. Wanneer een foetale of maternale genetische afwijking wordt ontdekt, wordt de verloskundige op de hoogte gebracht en wordt de zwangere vrouw uitgenodigd voor genetische counseling.

Naast het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 2016 en 2020 en de Hoge Gezondheidsraad van 2014 heeft het College voor Menselijke Erfelijkheid in samenwerking met de BSHG, de Belgian Society for Human Genetics, richtlijnen uitgebracht over goede praktijken bij de NIPT en voor incidentele bevindingen, gedetecteerd door de NIPT.

Samenvattend worden de volgende aanbevelingen gegeven. Ik citeer: "Bij de rapportage van incidentele bevindingen moet de nadruk liggen op het risico van potentieel ernstige schade voor de gezondheid van de moeder of de foetus, wanneer deze bevinding niet wordt gerapporteerd. Daarom moeten incidentele bevindingen alleen worden gemeld als ten eerste, ze als technisch valide worden beschouwd, ten tweede, er gevalideerd bewijs is voor het geassocieerde fenotype en, ten derde, ze als klinisch relevant en bruikbaar worden beschouwd".

In verband met het aantal abortussen na een positief resultaat van de NIPT, bij een afwijkend resultaat worden er eerst vervolgonderzoeken gepland om de resultaten te bevestigen, alsook genetische counseling.

Het cijfer over het aantal abortussen in België wordt verzameld door de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking, die daarover om de twee jaar verslag aan het Parlement uitbrengt.

Artikel 350, 4°, van het Strafwetboek bepaalt dat de zwangerschap na de termijn van 12 weken kan worden afgebroken onder de voorwaarden bepaald in artikel 350, 1°, b), 2° en 3° van hetzelfde wetboek, wanneer het voltooiën van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of wanneer vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose.

In het jongste rapport, dat dateert van februari 2021 en dat de jaren 2018-2019 behandelt, wordt het aantal zwangerschapsafbrekingen na de termijn van 12 weken gepreciseerd: 69 zwangerschapsafbrekingen in 2018, 77 in 2019. Als zware of ongeneeslijke aandoeningen waaraan het kind zou kunnen lijden, worden naast congenitale afwijkingen of misvormingen ook een aantal chromosomale aandoeningen aangehaald, zoals trisomie 13, 18, 21 en 22.

**12.03 Els Van Hoof (CD&V):** Mijnheer de minister, bedankt voor uw uitgebreide antwoord, dat ik er zeker nog eens op na zal lezen. Ik had gehoord dat er voor bepaalde aandoeningen nog geen klinische validatie plaatsvindt en dat de betrouwbaarheid varieert. Het is een belangrijk element dat er wel degelijk genetische counseling gebeurt, die wordt terugbetaald.

Waar ik geen antwoord op kreeg, was op de vraag hoe de koppels in kwestie, naast de genetische counseling, begeleid worden bij de interpretatie van alle gegevens. Gebeurt dat dan bij de genetische counseling? Ik vang immers klachten op vanuit het veld, onder meer van de vzw Fara. Blijkbaar werkt een en ander toch niet afdoende, of zijn koppels onvoldoende op de hoogte. Ik koppel uw antwoord terug naar hen om te bekijken op welke manier we de vraag eventueel specifieker kunnen stellen, over welke elementen het dan precies gaat wat de inhoud van de genetische counseling betreft. Ik zal zeker uw antwoord nog eens grondig bestuderen.

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

**13 Question de Olivier Vajda à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de médecins en province du Luxembourg" (55024594C)**

**13 Vraag van Olivier Vajda aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het artsentekort in de provincie Luxemburg" (55024594C)**

**13.01 Olivier Vajda (Ecolo-Groen):** Monsieur le ministre, la question vous paraîtra sans doute anecdotique, mais elle s'inscrit dans un contexte beaucoup plus large des discussions en cours au sein de votre cabinet et dans cette commission, au sujet de la détermination de quotas éventuels pour les médecins.

Dernièrement, on pouvait lire dans la presse locale luxembourgeoise que seize communes étaient confrontées à une pénurie de médecins. Dans près d'une commune sur trois en province du Luxembourg, chaque praticien a en moyenne en charge plus de 1 111 habitants. Ce chiffre est inquiétant, et même alarmant.

C'est un constat sans appel que forment les généralistes depuis longtemps déjà. Les médecins qui partent à la retraite ne sont pas remplacés, faute de nouveaux praticiens. La patientèle et la charge de travail de chacun augmentent sans cesse. La première ligne est saturée. Il est temps d'agir et de travailler avec les acteurs locaux pour trouver une solution.

Monsieur le ministre, je ne doute évidemment pas que vous soyez au courant de cette situation en province du Luxembourg. Dans cette hypothèse, quelles mesures envisagez-vous de prendre pour palier cette pénurie grandissante? Vous me répondrez sans doute que ce problème relève en partie des compétences des Régions, qui doivent prendre des mesures pour attirer les médecins en zone rurale. Néanmoins, un système de planification peut être modélisé par le fédéral. Dans ce contexte, comment justifiez-vous la limitation de l'attribution de numéros INAMI?

**13.02 Frank Vandenbroucke, ministre:** Monsieur Vajda, la Commission de planification de l'offre médicale suit très attentivement le monitoring et la planification de la force de travail et me remet régulièrement des

avis sur la situation. La description de l'activité des médecins est bien connue et documentée dans différents travaux que vous retrouverez sur le site de cette Commission.

Comme vous le savez sans doute, depuis 2014 et la sixième réforme de l'État, le fédéral est compétent pour le quota général des médecins ayant accès à une place de stage pour obtenir un titre professionnel particulier. La médecine générale en est l'un des trente-trois. Les sous-quotas qui leur sont réservés relèvent depuis lors de la compétence des Communautés. Pour cette raison, je vous invite à interroger la Commission de planification de la Communauté française, qui est installée depuis l'automne 2021.

Il est vrai que la situation que vous décrivez existe et est même préoccupante dans de nombreuses communes.

Des efforts ont été faits. La Communauté française avait publié un décret dans le but d'augmenter la force de travail en médecine générale. Le fédéral a transféré aux entités fédérées, lors de la réforme, le Fonds Impulseo consistant en une aide à l'installation des médecins. Ce sont des instruments importants. Le fédéral joue aussi son rôle.

Une planification optimale de l'offre médicale doit garantir des soins de qualité dispensés par des professionnels qualifiés dont le nombre doit être approprié pour répondre aux besoins de la population. L'adéquation du nombre de médecins aux besoins de la population a un effet positif sur la qualité de la formation, mais aussi de la profession médicale et de celle des soins. Il est donc clair que la planification de l'offre médicale doit tenir compte à la fois de l'évolution démographique, de celle des besoins en santé de la population, de l'évolution de la profession, de l'activité des médecins et de l'organisation des soins elle-même.

Un organe interfédéral de planification sera créé permettant à toutes les parties prenantes de répondre en synergie aux besoins de la population belge. Une conception de cet organe a été approuvée par le fédéral. La note conceptuelle fédérale sera bientôt transmise aux entités fédérées pour concertation. Cet organe consultatif interfédéral devrait assurer une bonne synergie et un échange de données et d'informations entre les niveaux de compétence.

C'est une bonne planification qu'il nous faut, il me semble, qui tienne compte de tous les éléments que vous avez cités. Il faut réaliser des efforts dans la répartition des médecins généralistes et, ensuite, respecter les accords relatifs aux planifications. Il faut aussi des mécanismes de contrôle adéquats, ce qui est actuellement sur la table des discussions et des négociations entre les entités fédérées et le fédéral.

**13.03 Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'en retiens des points positifs, comme le monitoring en cours, l'attention générale que vous semblez porter à la problématique et la mise en place de l'organe fédéral de planification, qui est un outil plus qu'utile pour arriver à une solution globale pour ce qui demeure réellement un problème.

Je prends acte et je peux comprendre également cette attention que vous portez au respect des accords interfédéraux pour cette planification qui ne dépend pas uniquement du fédéral, mais d'accords qui doivent être conclus et respectés par l'ensemble des entités. La problématique n'est pas simple. Elle n'est pas la même en ville que dans les zones rurales. Elle n'est pas la même pour les médecins généralistes que pour les spécialistes.

Je vous demanderai simplement de garder à l'esprit que la médecine de première ligne, la médecine de proximité sont vraiment les garanties d'une bonne santé de notre population.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55024611C van de heer Creyelman wordt uitgesteld.

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

- **Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)** sur "La cigarette électronique Puff Bar" (55024632C)
- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)** sur "Les dangers de la Puff" (55025305C)

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

- **Patrick Prévot** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "**De wegwerp-e-sigaret Puff Bar**" (55024632C)
- **Sophie Rohonyi** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "**De gevaren van de wegwerp-e-sigaret**" (55025305C)

**14.01** **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, la Puff est une sorte de mini-cigarette électronique jetable au packaging coloré et attractif qui diffuse des arômes sucrés tels que le bonbon, la fraise, l'ananas ou encore la banane. Depuis des mois, cette Puff séduit les jeunes, en particulier sur l'application TikTok, un endroit propice à l'influence, où plusieurs personnalités se sont affichées en fumant cette Puff ou ont même directement incité leur communauté, constituée majoritairement de jeunes adolescents, à en fumer.

Des tabacologues présents sur TikTok ont essayé d'alerter les usagers sur ses dangers mais rien n'y fait. Ils ont raison de s'inquiéter car cette Puff peut contenir jusqu'à 2 % de nicotine. C'est donc une porte d'entrée évidente vers la cigarette, surtout lorsqu'on sait que certains commencent à vapoter cette Puff à l'âge de 12 ou 13 ans. Ils peuvent se la procurer sur le marché noir, via leur entourage plus âgé ou encore dans les night shops, d'autant plus qu'elle est vendue entre 8 et 12 euros, soit un prix relativement accessible.

Selon certains experts, cette situation est dramatique. Je cite Amine Benyamina, chef de service de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul-Brousse de Villejuif en France: "Alors que le vapotage est un dispositif de réduction des risques formidable, là, c'est une initiation à la consommation du tabac". Selon Loïc Josserand, président de l'Alliance contre le tabac française: "Le principal danger, c'est l'addiction à la nicotine".

Monsieur le ministre, avez-vous connaissance de la situation d'accroissement de consommation de la Puff chez les jeunes, notamment à cause de sa publicité sur TikTok? Dans la positive, qu'est-il fait pour endiguer ce phénomène? Des contacts ont-ils été pris avec le réseau social ou avec des influenceurs?

Envisagez-vous, avec votre collègue de l'Intérieur, de renforcer les contrôles relatifs aux ventes de Puff aux mineurs dans les night shops?

Le SPF Santé dispose-t-il de chiffres relatifs à la consommation de la Puff en Belgique, particulièrement chez les moins de 18 ans?

Comptez-vous oeuvrer en collaboration avec les entités fédérées dans le sens d'une plus grande sensibilisation des jeunes aux dangers de tels dispositifs?

**14.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Rohonyi, comme vous le savez, la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD) a exprimé l'ambition de mettre en œuvre une politique interfédérale en matière de tabac, en accordant la priorité à une génération sans tabac. En pratique, et compte tenu de l'ampleur de la problématique et du nombre de domaines politiques concernés, cette politique sera mise en œuvre par phases.

Dans un premier temps, on déterminera et vérifiera les objectifs, les grandes lignes et les domaines prioritaires. Cela doit conduire à une note de base qui sera soumise à la Conférence interministérielle Santé publique, réunion thématique drogues. Sur la base de cette note, les travaux relatifs à l'élaboration d'une politique interfédérale en matière de tabac seront poursuivis.

Un groupe de travail *ad hoc* de la CGPD a été mis en place pour travailler sur ces objectifs. Il s'est déjà réuni à trois reprises et devrait pouvoir finaliser la note de base pour mars. Étant donné que le travail est en cours, il ne m'est pas possible d'en présager les résultats. Cependant, je me suis déjà exprimé au sujet de mes compétences fédérales.

Les pistes suivantes existent et sont abordées au sein de ce groupe. Premièrement, renforcer les dispositions en matière de conditionnement et de contrôle des ingrédients, en appliquant à tous les produits à base de tabac les mesures déjà en vigueur pour les cigarettes et le tabac à rouler. Deuxièmement, réduire le nombre de points de vente. Troisièmement, rendre les paquets de tabac invisibles dans les points de vente. Quatrièmement, appliquer l'ensemble des dispositions de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé, ratifiée par la Belgique, et notamment l'article 5.3, qui vise à protéger les politiques antitabac des intérêts commerciaux de l'industrie du tabac. Enfin, la dernière piste concerne

l'amélioration du contrôle.

La dernière enquête de santé réalisée par Sciensano en 2018 nous apprend que plus de 90 % des jeunes consommateurs de cigarettes électroniques optent pour un modèle rechargeable. Les cigarettes électroniques jetables ne font pas partie de cette catégorie. Des chiffres spécifiques plus récents ne sont pas disponibles pour la Belgique. Vu les chiffres restreints, il est impossible de tirer des conclusions définitives concernant l'usage de cigarettes électroniques jetables. L'utilisation croissante des appareils jetables est peut-être un phénomène plus récent, si bien que des études plus approfondies s'imposent.

Bien que les chiffres manquent sur le nombre de jeunes utilisateurs de ce type de cigarette électronique, mes services constatent une augmentation du nombre de notifications de cigarettes électroniques jetables. Cette augmentation pourrait indiquer une popularité croissante sous-jacente de ce type de cigarette électronique.

Après concertation interne, mes services ont décidé d'organiser plusieurs actions en parallèle. Le marché sera étudié pour quantifier l'ampleur du problème et identifier les canaux de vente les plus populaires. Les contrôles sur l'interdiction de publicité, l'interdiction de vente aux mineurs et de vente à distance seront renforcés. Une évaluation de la présence de ces produits sur les réseaux sociaux et les plates-formes de vente en ligne avec une vente à distance sera planifiée durant ce premier semestre. Mes services prendront contact avec les plates-formes et médias sociaux pour collaborer afin, d'une part, d'annuler la diffusion des publicités et annonces de mise en vente et, d'autre part, de pouvoir identifier les revendeurs belges.

Mes services prendront contact avec les services du SPF Finances pour collaborer au renforcement des contrôles sur les différentes plates-formes de vente et pour enrayer la vente à distance et le commerce clandestin des e-cigarettes.

Je suppose que votre question sur le renforcement des contrôles dans les magasins de nuit, en concertation avec mon collègue de l'Intérieur, fait référence à une coopération plus étroite avec la police. Permettez-moi tout d'abord de préciser que les e-cigarettes jetables contenant de la nicotine sont réglementées. Elles doivent être notifiées avant d'être mises sur le marché et ceci est contrôlé par le service d'inspection du SPF Santé publique. Les e-cigarettes jetables sans nicotine doivent actuellement répondre à beaucoup moins d'exigences. Par exemple, elles ne doivent pas porter d'avertissement sanitaire et elles ne doivent pas être notifiées.

Je souhaiterais interdire les deux types d'e-cigarettes jetables. Vu la taille plus petite de la batterie, ces appareils sont beaucoup moins efficaces en termes de libération de nicotine. Les cigarettes électroniques jetables sont donc inadéquates comme moyen de sevrage. C'est ce que souligne le Conseil Supérieur de la Santé dans son avis n° 9265 relatif à la cigarette électronique.

Pour le Conseil Supérieur de la Santé, la cigarette électronique jetable bon marché constitue un moyen stratégique visant à maintenir le seuil d'accès au vapotage le plus bas possible, et à convaincre entre autres les jeunes d'utiliser la cigarette électronique.

Il est capital de protéger les jeunes contre les dangers du tabagisme ou de la dépendance à la nicotine. Il est clair que les cigarettes électroniques qui n'ont aucun rôle à jouer dans le sevrage tabagique du fumeur n'ont pas leur place dans le commerce.

Les cigarettes électroniques ont été intégrées dans le cadre de la future politique interfédérale en matière de tabac; les entités fédérées y sont bien évidemment représentées. Les débats sont déjà en cours au sein de ce groupe de travail. Un volet relatif à la cigarette électronique y est également discuté.

Je ne veux pas préjuger les résultats de ces discussions, mais j'ai entière confiance dans l'expertise présente en leur sein pour définir quelles seront les stratégies les plus efficaces pour protéger les jeunes contre le tabagisme et la consommation de nicotine.

Vu le faible nombre d'utilisateurs de la cigarette électronique jetable, une campagne de sensibilisation spécifique risque de manquer son objectif et de plutôt susciter l'intérêt des non-utilisateurs.

Suivant l'avis du Conseil Supérieur de la Santé, mes services travaillent cependant parallèlement pour finaliser une modification de l'arrêté royal du 28 octobre 2016 réglementant les cigarettes électroniques. La

proposition initiale soumise à la Commission européenne prévoyait une interdiction explicite des e-cigarettes jetables. La Commission européenne a noté que l'interdiction d'une certaine catégorie de produits n'est possible que pour des raisons liées à la situation spécifique de notre pays. Une procédure distincte est prévue à cet effet, avec un délai d'attente supplémentaire de six mois. Par conséquent, afin d'éviter un retard pour les autres amendements de la proposition, l'interdiction a été supprimée de cet amendement. Néanmoins, je maintiens que cette interdiction devra être imposée à terme.

Mes services préparent un nouveau dossier visant à convaincre la Commission de la nécessité d'interdire la cigarette électronique jetable. Pour constituer ce dossier, mes services travailleront en étroite collaboration avec les services de ma collègue Mme Khattabi, ministre de l'Environnement, également concernée par cette question des e-cigarettes jetables.

Par ailleurs, cette proposition renforce les prescriptions relatives à l'étiquetage, qui devra être moins attrayant. La modification proposée vise également l'application aux e-liquides sans nicotine des prescriptions actuellement en vigueur pour la cigarette électronique contenant de la nicotine. Ces produits pourraient ainsi faire l'objet d'un meilleur suivi et d'une meilleure réglementation. Nous espérons pouvoir publier cet arrêté royal modifié dans le courant de cette année.

**14.03 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'en retire toute une série d'éléments positifs. Premièrement, le fait que vous entendiez inclure cette Puff dans le cadre de notre objectif "une génération sans tabac" et de traiter ce dispositif comme une addiction parmi d'autres. Ce qui est fondamental surtout chez les adolescents, c'est que plus tôt ils consomment ce produit, plus il y a un risque d'addiction. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle notre plan anti-tabac doit inclure les cigarettes électroniques et finalement, leur utilisation à mauvais escient, à savoir que l'on débute leur utilisation non pas en vue d'arrêter de fumer mais avec finalement l'effet pervers de commencer à fumer.

J'entends toutes les mesures que vous comptez mettre en place, même si vous ne pouvez les détailler: la réduction des points de vente, opérer un packaging neutre, comme c'est le cas pour les cigarettes, sauf que, pour que ces mesures soient efficaces, il est fondamental d'objectiver en amont le phénomène pour mieux y répondre, surtout si nous ne disposons toujours pas de chiffres récents. Ces chiffres ne sont pas encore disponibles, ce qui est normal, puisque cette tendance est récente; raison pour laquelle nous devons travailler sur la sensibilisation, la réduction des risques et les contrôles dans les night shops.

À ce sujet, vous nous expliquez que vous entendez objectiver le phénomène. Je me demande par qui. Sommes-nous en droit d'attendre un nouvel avis du Conseil Supérieur de la Santé, puisque la Puff a ses propres particularités qui ne sont pas celles des cigarettes électroniques.

Vous dites également que, vu le faible nombre de fumeurs de e-cigarettes jetables, vous n'entendez pas procéder à une communication spécifique, car elle pourrait avoir l'effet pervers d'en faire la publicité. Ne connaissant toujours pas ce nombre, je pense qu'il est plus prudent d'attendre les résultats de cette objectivation.

Quand, finalement, sommes-nous en droit d'attendre les mesures concrètes que vous avez annoncées? Quand le groupe de travail aura-t-il terminé ses travaux? Même chose pour la modification de l'arrêté royal que vous avez évoqué. Devrons-nous attendre la modification de la Réglementation européenne en la matière? Je crois que nous ne pouvons pas trop tarder, car la promotion de cette Puff fait des ravages sur les réseaux sociaux. Il faut donc agir vite et éviter de se laisser dépasser par les événements du fait d'une réglementation qui soit trop lente à prendre pour endiguer le phénomène.

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

Le **président:** Les questions n<sup>os</sup> 55024633C et 55024636C de M. Patrick Prévot sont reportées.

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

- Malik Ben Achour à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement du déficit en décarboxylase des acides aminés aromatiques (ADDC)" (55024635C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le petit Lucien" (55024913C)

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

- Malik Ben Achour aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van AADC-deficiëntie (aromatisch-L-aminozuurdecarboxylase)" (55024635C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kleine Lucien" (55024913C)

**15.01** **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le président, sommes-nous bien sans nouvelles de M. Ben Achour? S'il avait souhaité la postposer, j'aurais été d'accord de le faire aussi.

Monsieur le ministre, je suis très contente de vous réinterroger à ce sujet. Je vous avais déjà adressé une question écrite à propos du déficit en décarboxylase des acides aminés aromatiques. Cette maladie très rare a touché un ou deux cas en Belgique, qui ne sont pas sans rappeler l'histoire de la petite Pia, puisque nous parlons d'une maladie qui est susceptible de s'atténuer au moyen d'un traitement génique. Ce dernier est commercialisé aussi bien en France qu'en Belgique.

Une famille verviétoise s'est tournée vers une équipe parisienne, mais le traitement coûterait 1 million d'euros, alors qu'il s'élève à 70 000 euros en Pologne. Des médecins français ont considéré que le petit garçon concerné devait suivre ce traitement, car il réunissait toutes les conditions. Cependant, le dossier est bloqué en Belgique. Si le traitement peut être administré gratuitement, les parents ont besoin d'une autorisation chez nous pour que leur enfant puisse être hospitalisé en France afin de subir tous les examens préopératoires ainsi que l'administration du traitement.

Depuis que j'ai introduit la question voici quelques semaines, la situation a encore évolué. L'hospitalisation a en effet été annulée en janvier par l'établissement parisien dans lequel les parents espéraient que leur enfant soit soigné. Il a été plusieurs fois hospitalisé depuis lors. Sa vie est véritablement en danger. Il est donc urgent qu'il puisse bénéficier de ce traitement.

Monsieur le ministre, êtes-vous au courant de ce cas? Que savez-vous de la mise sur le marché – temporaire ou définitive – du médicament, y compris en Belgique? La Belgique est-elle d'accord d'intervenir dans les frais d'hospitalisation et d'opération?

Plus généralement, que pensez-vous de la thérapie génique en question? Je vous parle du cas de ce petit Verviétois, mais il en existe d'autres, tel celui de la petite Pia. Existe-t-il des pistes pour rendre la thérapie génique abordable pour les patients belges?

**15.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, madame Merckx, comme vous l'avez dit, il s'agit d'une maladie extrêmement rare dont l'incidence globale est inconnue. Selon Orphanet, le site portail européen des maladies rares et médicaments orphelins, la prévalence de la maladie est inférieure à 1/1 000 000.

Je voudrais d'abord faire référence au Fonds spécial de solidarité qui est, au sein de l'INAMI, un filet de protection supplémentaire de la couverture de base de l'assurance obligatoire soins de santé. Le patient peut faire appel au Fonds spécial de solidarité dans des conditions spécifiques qui sont stipulées dans la législation concernée, par exemple quand le patient souffre d'une maladie rare. Chaque demande est évaluée par le Collège des médecins-directeurs sur la base de tous les éléments présents dans le dossier. Pour chaque demande, le Collège doit bien sûr vérifier si le dossier répond aux critères légaux. La valeur scientifique et l'efficacité de la prestation doivent être reconnues et motivées par les autorités médicales pour que le Fonds de solidarité puisse intervenir.

La thérapie génique en France, à laquelle vous faites référence, se trouve encore à un stade expérimental et s'inscrit dans le cadre d'un essai clinique approuvé par la Haute Autorité de Santé en France. Dans un tel cas d'essai clinique à l'étranger, le Collège des médecins-directeurs qui est important pour les décisions du Fonds spécial solidarité a la possibilité de donner une autorisation préalable sous certaines conditions afin d'assurer la prise en charge des frais de *standard of care* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger. Par *standard of care*, il faut en tout cas entendre les prestations qui répondent aux recommandations cliniques ou aux consensus scientifiques et qui sont remboursées par l'assurance maladie. Une telle autorisation préalable ne peut donc pas être accordée pour la prise en charge des prestations décrites comme telles dans le protocole d'étude et qui sont à la charge du promoteur de l'étude clinique parce que la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ne le permet pas.

Quant à votre question spécifique pour ce patient qui vise à savoir si la Belgique va donner son accord aux frais d'hospitalisation du petit Lucien, il est impossible de donner une réponse concluante sans disposer des données concrètes sur le patient, sans identification, ni données médicales, ni informations administratives, par exemple l'affiliation à un organisme assureur.

Mes services devraient pouvoir étudier ce dossier avec tous les détails médicaux et scientifiques. Ce que je peux clairement dire aujourd'hui, c'est que l'INAMI, c'est-à-dire le Fonds spécial solidarité, m'a confirmé ne pas avoir reçu ni traité de demande d'intervention financière pour le médicament Upstaza jusqu'à présent. Il en va de même pour une demande de participation à un essai clinique à l'étranger pour ce médicament. Par conséquent, le collège n'a pas pris de décision ni favorable ni défavorable dans un tel dossier. Le patient ou sa famille devrait faire appel aussi vite que possible à la mutualité afin qu'on puisse les assister pour effectuer une telle demande.

Concernant votre question visant à savoir si et quand un remboursement structurel du médicament Upstaza peut être envisagé en Belgique, le médicament Upstaza de PTC Therapeutics fait encore l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché auprès de l'Agence européenne des médicaments, plus précisément via le Comité des thérapies innovantes. Pour le moment, il n'est donc pas encore possible de se prononcer sur l'octroi ou non d'une licence de mise sur le marché ni sur le calendrier de celle-ci. Cette étape doit être complétée en premier avant que la firme de l'Upstaza puisse introduire une demande de remboursement à la CRM, la Commission de remboursement des médicaments. En attendant, il existe la possibilité d'usage compassionnel. Contrairement à la France, il n'existe pas ou pas encore de programme d'usage compassionnel en Belgique mais PTC Therapeutics pourrait soumettre un tel programme pour approbation à l'AFMPS.

Concernant votre question sur le prix élevé des thérapies géniques et sur la manière de les rendre plus abordables en Belgique, à ce jour, les prix des médicaments sont fixés de manière unilatérale par les firmes qui en sont responsables. Lors de l'évaluation des demandes d'admission au remboursement introduites par les firmes pour des thérapies prometteuses innovantes, qu'il s'agisse ou non de thérapies géniques, on s'attache à déterminer la valeur thérapeutique de ces nouvelles thérapies prometteuses innovantes. Cette évaluation a souvent pour conséquence qu'une diminution importante du coût est exigée de la part du demandeur en comparaison du prix demandé initialement. Dans notre collaboration Benelux 1, nous travaillons à établir ensemble avec les différentes autorités concernées le *willingness to pay* pour des thérapies prometteuses et innovantes, de préférence même avant la première fixation du prix avec la firme en question.

Grâce à cela, ce n'est plus le vendeur, c'est-à-dire l'industrie, qui a une voix pour déterminer ce qui est un prix réaliste mais aussi l'acheteur, à savoir les autorités. Si ses attentes sont communiquées proactivement plus clairement, cela peut mener à des débats et des négociations plus réalistes et constructives.

Je trouve aussi très important de rendre la population générale de plus en plus consciente de la différence entre ce qui est un prix réaliste qui pourrait être payé pour une thérapie prometteuse et ce que la firme demande comme prix pour cette même thérapie. Il est important de réaliser que la responsabilité de la maîtrise du budget des médicaments est une responsabilité partagée. Moi-même évidemment, j'ai un rôle important en tant que ministre des Affaires sociales et je suis conseillé pour cela par la CRM et le groupe de travail Contrats de l'INAMI. La secrétaire d'État au Budget a également un rôle important; c'est évident, mais aussi et certainement l'industrie joue un rôle essentiel, tout comme le monde médical et la société en général.

**15.03** **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je pense que la première chose à dire c'est que nous sommes à nouveau face à une firme qui a un traitement encore un peu expérimental mais pas si expérimental que ça et qui demande un million d'euros alors que ce même traitement est disponible à 70 000 euros en Pologne!

Nous sommes face à des firmes qui profitent de leur position de monopole pour demander des prix exorbitants et qui dans l'usage compassionnel qui pourrait en être fait ne jouent pas un jeu franc. Là où le petit avait eu une vague promesse de pouvoir recevoir le traitement de manière compassionnelle en France au début de cette année, les choses ne semblent plus entre-temps aussi claires. Il y a une vie en danger monsieur le ministre! Si l'enfant ne reçoit pas ce traitement-là, ses jours sont comptés. J'estime que vous devriez vous mettre du côté des patients pour dire clairement à cette firme qu'on ne joue pas comme cela avec la vie d'un enfant. C'est la première chose!

Deuxième chose, une fois que vous souffrez d'une maladie aussi rare, dont le traitement est seulement administré en dehors de notre pays – en Belgique, vous ne trouverez pas de neurochirurgien qui peut administrer ce traitement; cela existe actuellement seulement en Pologne et en France –, vous vous trouvez alors dans un imbroglio administratif invraisemblable.

Depuis le mois de juillet, cette famille a rédigé plusieurs articles de presse. J'ai notamment eu en ligne le médecin de la famille, qui ne sait pas à qui s'adresser ni comment le faire. Vous parlez du Fonds spécial de solidarité, où il n'y aurait pas eu de demandes. Maintenant, cette famille bénéficie déjà du Fonds spécial de solidarité parce qu'il existe des traitements très particuliers pour lesquels ce Fonds intervient.

Je vais à présent dire au médecin de faire cette demande-là, mais je ne comprends pas qu'il n'existe pas une méthode proactive. Ces gens se sont adressés à la mutuelle et à de nombreux autres organismes et, finalement, pour une histoire de papiers aussi en Belgique, le dossier n'avance pas, alors que j'estime qu'il s'agit vraiment d'un exemple type d'une famille qui est victime non seulement de la manière dont les firmes pharmaceutiques profitent de leur position de monopole avec une vie en danger, mais aussi de l'imbroglio et des difficultés administratives auxquels ces personnes sont confrontées.

En tout cas, je ne manquerai pas de faire part de votre réponse tant à la famille qu'au médecin qui essaie actuellement de remuer ciel et terre pour que ces personnes puissent bénéficier de ce traitement-là. J'espère aussi pouvoir compter sur votre soutien dans cette démarche, monsieur le ministre, car je pense qu'en tant que ministre de la Santé, vous avez également une responsabilité à cet égard. Il vous appartient de taper sur la table et non seulement de secouer les administrations pour voir ce qu'il est possible de faire, mais aussi d'envoyer un signal à la firme qui, aujourd'hui, ne précise pas clairement si le bébé peut ou non bénéficier du traitement.

La situation est comparable à celle de la petite Pia. On assistait alors à une certaine loterie qui permettait à certains enfants de bénéficier de ce traitement génique. Aujourd'hui, heureusement, un remboursement est prévu. Je n'hésiterai pas à revenir vers vous sur ce sujet.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: Les questions n<sup>os</sup> 55024700C, 55024701C, 55024702C et 55024703C de M. Rigot et n<sup>o</sup> 55024982C de M. De Caluwé sont reportées. La question n<sup>o</sup> 55024759C de Mme Matz est sans objet.

#### **16** Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van de Kankerbarometer en het nationaal gezondheidsplan" (55024838C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Belgische Kankerbarometer" (55025150C)
- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanbevelingen van de Kankerbarometer" (55025195C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanbevelingen van de Belgische Kankerbarometer" (55025809C)

#### **16** Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du Baromètre du cancer et le nouveau plan national de santé" (55024838C)
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Baromètre belge du cancer" (55025150C)
- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les recommandations du Baromètre du cancer" (55025195C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les recommandations du Baromètre belge du cancer" (55025809C)

**16.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de Kankerbarometer werd begin februari gepubliceerd. Daarin werd aangegeven dat er tegen 2030 zowat twintig miljoen gevallen zouden zijn, of meer. In de coronacrisis heb ik u herhaaldelijk ondervraagd over uw plannen inzake uitgestelde diagnoses en uitgestelde zorg. Dit kadert hierin.

Dit rapport is tot stand gekomen door een onderzoek tussen oktober 2020 en februari 2021. Voor België zouden er meer dan 70.000 nieuwe gevallen bij komen. Tegen 2030 verwacht men nog eens 13.000 extra gevallen. Ik had graag van u geweten hoever het staat met een nieuw nationaal kankerplan, een gezondheidsplan om dit te ondervangen. Deze hulpkreet werd door de oncologen al vaker aan u gericht, maar tot nu toe heb ik maar weinig concrete stappen gezien.

Welk belang hecht u aan die Kankerbarometer? Hoe bezorgd bent u over de bevindingen die daarin zijn geformuleerd?

Wat is vandaag de stand van zaken inzake een nationaal plan rond kanker en de behandeling ervan? Ik heb het dan over de therapieën die nog heel vaak onder een artikel 111 vallen en waarbij bijvoorbeeld een combinatie tussen verschillende chemostatica heel moeilijk is, wanneer het over contractuele producten gaat die onder artikel 111 vallen.

Wat de diagnose in een vroeg stadium betreft, hoe zult u alle late diagnoses, later gesteld door de covidcrisis, opvangen? Wat zijn de andere plannen die u nog wilt uitvoeren?

**16.02 Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik zal ten dele in herhaling vallen met deze vraag, maar stel ze toch.

Op 4 februari was het Wereldkankerdag. Naar aanleiding daarvan bracht de Stichting tegen Kanker haar Belgische Kankerbarometer onder de aandacht, samen met haar prioriteiten en aanbevelingen in de strijd tegen kanker. In 2022, zo stelt de stichting, zullen we meer dan 70.000 nieuwe kankerdiagnoses tellen, en dat aantal stijgt jaar na jaar. Tegen 2030 schat de stichting dat er in België jaarlijks meer dan 80.000 kankerdiagnoses zullen zijn.

Het 175 pagina's tellende rapport van de Kankerbarometer sluit af met een aantal algemene conclusies, vaststellingen en aanbevelingen. Vaststellingen in het groen geven aan waar België het goed doet, want ook dat mag en moet worden gezegd. In het oranje wordt aangegeven waar er verdere inspanningen nodig zijn. In het rood ten slotte worden de probleemsituatiesesignaleerd.

Met welke aanbevelingen van de algemene conclusie bent u al aan de slag gegaan? Hoever staat het met de timing en de uitvoering ervan?

Welke aanbevelingen van de algemene conclusie wilt u deze regeerperiode nog volgen?

**16.03 Sophie Rohonyi** (DéFI): *La Fondation contre le Cancer, en collaboration avec le Centre du Cancer de Sciensano, la Fondation Registre du Cancer, le Collège d'Oncologie, ainsi que de nombreuses institutions et patients, a lancé une analyse objective de la situation du cancer dans notre pays.*

*Il en est ressorti un baromètre qui permet de mieux définir les priorités pour lutter efficacement contre le cancer, ainsi que de nombreuses recommandations. Certains d'entre eux appellent à une amélioration, d'autres à une action urgente. Parmi ces recommandations:*

- La mise en place d'un organe fédéral en charge de la coordination politique intersectorielle et entre les différents niveaux de pouvoirs pour la prévention. Il faudrait également prévoir et financer l'évaluation des politiques et actions mises en œuvre pour la prévention et la promotion de la santé;*
- L'augmentation de l'investissement fédéral dans les projets pilotes liés au dépistage du cancer;*
- La reconnaissance légale des tabacologues basée sur leurs formations et compétences, mais aussi de la spécialité de chirurgie oncologique dans la majorité des professions de santé;*
- La mise en place d'un réseau national de recherche/essais cliniques pour l'oncologie;*
- La révision des budgets alloués aux soins palliatifs hospitaliers et ambulants mais aussi aux structures et organisations faitières, mais aussi des possibilités de formation et de reconnaissance de professionnels spécialisés en soins palliatifs;*

*Par ailleurs, la Fondation contre le cancer émet une recommandation transversale: l'organisation de consultations interdisciplinaires avec tous les acteurs intra et extrahospitaliers en vue de la rédaction, dans les meilleurs délais, d'un nouveau Plan National Cancer.*

*En conséquence, Monsieur le Ministre:*

- *Avez-vous pris connaissance des recommandations de la Fondation?*
- *Dans la positive, quel suivi y-est-il accordé au sein du SPF Santé?*
- *Allez-vous prendre des mesures pour répondre aux recommandations qui concernent le niveau fédéral?*
- *Quel est votre positionnement sur l'organisation de consultations en vue de l'élaboration d'un nouveau Plan National Cancer?*

**16.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Het rapport dat u aanhaalt, collega, is er gekomen op initiatief van de Stichting tegen Kanker in samenwerking met het Kankerregister, het Kankercentrum van Sciensano en het College voor Oncologie. In de eerste fase werd van juli tot september 2020 een literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij vijf specifieke thema's geïdentificeerd werden. Die thema's werden dan besproken in vijf werkgroepen met stakeholders en experts van oktober 2020 tot februari 2021. In de werkgroepen werden de volgende thema's behandeld: gezondheidsbevordering en primaire preventie, screening, diagnose en behandeling, revalidatie en palliatieve zorg. Aanvullend werden ook patiënten bevroegd. Op basis van de informatie uit de werkgroepen en de patiëntenbevraging werd de Kankerbarometer opgesteld.

Het rapport beschrijft de stand van zaken in de strijd tegen kanker in België en identificeert hiaten en behoeften. De behoeftanalyse is voor mij een basis waarop relevante beleidsmaatregelen kunnen worden bepaald, nu en in de komende jaren. Ik wist dat het rapport op komst was en keek er erg naar uit, aangezien het een onderzoek betreft dat zeer grondig en methodologisch sterk uitgevoerd is. Mijn diensten bestuderen het rapport en de aanbevelingen nu grondig om concrete acties te identificeren. Ik heb ook de opdracht gegeven om het up-to-date houden van de barometer structureel in te bouwen in de opdracht van het Kankercentrum en de barometer tweejaarlijks bij te werken en te evalueren. Zo kan die echt een instrument worden voor langetermijnbeleid voor kanker in België.

Bij een eerste, snelle lezing van het rapport zie ik dat enkele maatregelen die al in mijn beleid opgenomen waren, in overeenstemming zijn met de aanbevelingen uit het rapport. Zo zet ik een eerste stap naar centralisatie van de zorg met een concentratie van complexe chirurgie bij pancreas- en slokdarmkanker. Die aanpak zal ik uitbreiden naar andere tumoren die een complexe behandeling vragen of zeldzaam zijn, bijvoorbeeld hoofd- of halstumoren of ovariumtumoren. Een gelijke, duurzame en snelle toegang tot oncologische zorg en innovatieve geneesmiddelen is eveneens een streefdoel in mijn beleid, net zoals patiëntenparticipatie. In de identificatie van concrete acties voor het toekomstige kankerbeleid, waarbij onder andere de Kankerbarometer een leidraad zal zijn, zullen die thema's bijzondere aandacht krijgen.

Le rapport indique à juste titre que 40 % des cancers peuvent être évités de sorte que la prévention primaire soit l'un des points d'action les plus importants dans la lutte contre le cancer. Les mesures se situent notamment dans la lutte contre le tabac, la promotion de l'activité physique, une alimentation saine et la restriction de la consommation d'alcool. Comme vous le savez, il s'agit d'une compétence partagée avec les entités fédérées et les concertations sur ce sujet sont menées dans le cadre de la Conférence interministérielle.

La politique en matière de consommation de substances psychoactives, dont le tabac, fera l'objet d'une coordination interfédérale dans le cadre de la Cellule générale de Politique en matière de Drogues (CGPD) de la Conférence interministérielle Santé publique. Dans une réponse récente à propos du cancer du poumon chez les femmes, j'ai mentionné comment cela fonctionnera spécifiquement sur une stratégie nationale à long terme visant à réduire la prévalence tabagique.

Dans le domaine de la recherche sur le cancer, une contribution fédérale est apportée par le biais d'initiatives du Centre du cancer de Sciensano, du KCE et du Registre du Cancer.

En ce qui concerne les investissements dans des projets de recherche innovants et la qualité des soins oncologiques, il est important de mentionner deux projets européens lancés par la Commission européenne qui peuvent contribuer à améliorer les soins contre le cancer en Belgique. Il s'agit du *Europe's Beating Cancer Plan* et de la *Mission on Cancer*. Le Centre du cancer met en place un nombre de groupes de travail qui identifieront des projets pilotes et de recherche pouvant déboucher sur des initiatives politiques axées sur les avantages pour les patients. Ces groupes de travail ont commencé au début du mois de février. Ils utiliseront le baromètre des besoins qui permettra de recenser les besoins en Belgique et de développer des initiatives politiques pertinentes. Lors de la dernière réunion plénière du groupe miroir, le 7 mars 2022, la Fondation contre le Cancer a présenté son rapport sur le baromètre. J'ai toute confiance qu'avec cette méthode, les possibilités et les fonds qu'offrent ces initiatives européennes seront utilisés de manière

optimale en Belgique.

**16.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, uw antwoord was weinig concreet. U geeft aan dat u wist dat het rapport eraan kwam maar er zijn amper stappen genomen.

Ik ben het eens met uw punt over de centralisatie van de zorg. Op bepaalde expertisecentra moeten wij absoluut inzetten, echter wel rekening houdend met het feit dat het niet enkel om universitaire centra kan gaan en dat de zorg voor de patiënt dan ambulant of in de perifere centra gegarandeerd moet kunnen blijven.

U stelde dat de innovatieve geneesmiddelen in uw beleidsnota staan, maar ik merk daar gewoon niets van. De WAIT-indicator is heel duidelijk, ons land doet het niet goed op het vlak van innovatieve kankertherapieën. Ons land is niet ambitieus genoeg. Ik refereer opnieuw aan de genoomtherapie en aan de diagnoses die moeten worden gekoppeld aan specifieke chemotherapeutica en aan combinatiechemotherapeutica. U hebt daarvoor tot vandaag nog geen stappen ondernomen, terwijl die echt wel noodzakelijk zijn als wij op dat innovatieve niveau willen meegaan en als we ervoor willen zorgen dat onze patiënten de meest innovatieve behandeling kunnen krijgen, wat absoluut de ambitie moet zijn van deze regering.

Op het vlak van de patiëntenorganisaties zijn er inderdaad stappen ondernomen, maar over het diagnostische heb ik u niets horen vertellen. Ik heb niet gehoord welke stappen u zult zetten om ervoor te zorgen dat de diagnoses die niet gesteld zijn wegens de uitgestelde zorg in de covidcrisis, nu zo snel mogelijk kunnen worden gesteld. We moeten mensen kunnen beginnen te behandelen in een stadium waarin we nog over genezing en curatieve therapieën praten. Daar moeten we absoluut op inzetten, niet op het behandelen van een te laat ontdekte kanker, waarvoor we heel andere behandelingsvormen moeten gebruiken.

**16.06 Gitta Vanpeborgh (Vooruit):** Mijnheer de minister, ik onthoud dat het rapport, dat eigenlijk een samenwerkingsverband is, naar waarde wordt geschat en dat de continuïteit wordt verzekerd. U had het over om de twee jaar. Dat is een zeer goede zaak. Er moet ook daadwerkelijk gebruik van worden gemaakt.

Collega Depoorter vermeldde een aantal aandachtspunten. Ik heb ook goed geluisterd naar het aspect van de primaire preventie. Dat is heel belangrijk, zoals in het rapport naar voren is gekomen. Ik hoop dat het rapport door de deelstaten gebruikt zal worden en dat daarover zeker gesprekken zullen worden gevoerd.

**16.07 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Il est certain que ce baromètre constitue une base pour pouvoir adopter des mesures concrètes et ciblées. Je me réjouis que des groupes de travail aient été constitués.

Je m'interroge sur plusieurs choses au sujet de ces groupes de travail. De quelle manière sont-ils composés? Avec quelle concertation: des acteurs de terrain, des associations, des organisations professionnelles, des tabacologues, des oncologues? Vous n'avez pas répondu à la question de savoir de quelle manière étaient organisées les consultations en vue de l'élaboration d'un nouveau Plan national cancer. Quel est le timing des travaux?

Je m'inquiète au sujet des conséquences des diagnostics tardifs de ces cancers car on sait que c'est le diagnostic précoce qui détermine les chances réelles de guérison.

Nous devons pouvoir aller plus loin que ce que propose le baromètre, notamment travailler sur les incitants, sur les publicités, sur les réseaux sociaux, tous les dispositifs qui compromettent nos efforts en matière de prévention et de sensibilisation. Il y a énormément de bonnes initiatives pour promouvoir une alimentation saine ou le sport mais lorsqu'il y a dans le même temps des publicités et des réseaux sociaux qui diffusent un autre message, cela compromet nos efforts. Je pense que nous devons être extrêmement attentifs pour que nos efforts portent leurs fruits.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**17 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De lijst van ernstige aandoeningen" (55024840C)**

**17 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La liste des pathologies graves" (55024840C)**

**17.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, ik heb een vraag over de dekking van de hospitalisatieverzekering die door werkgevers voor hun werknemers kan worden afgesloten. Werkgevers willen dat de dekking van de hospitalisatieverzekering ook mogelijk is voor de terugbetaling na hospitalisatie ten gevolge van cardiovasculaire aandoeningen. Daarvoor wordt verwezen naar een fiscale wet, met name artikel 38 WIB 92. De tenlasteneming van de premie voor dergelijke verzekering door de werkgever, alsook de uitkeringen zelf, zijn dan in geval van ziekte niet belastbaar bij de werknemer, voor zover het gaat om een ernstige aandoening die als dusdanig wordt erkend door u, de minister van Volksgezondheid.

Tot op heden werd de lijst met ernstige aandoeningen wel opgesteld, maar die heeft geen waarde, aangezien ze niet werd gepubliceerd in een koninklijk besluit. Er zijn een aantal voorbeelden van de in deze lijst opgenomen ziektes, zoals tbc, leukemie, hiv en cholera. Deze lijst heeft dus echter geen waarde. Als gevolg hiervan ontstaat er een vacuüm, waardoor werknemers het risico lopen, in het geval van een fiscale controle, belastingen te moeten betalen in omstandigheden waarin zij uiteraard soms andere zorgen hebben ten gevolge van ziekte en hospitalisatie. Dat kan absoluut de bedoeling niet zijn.

Overweegt u zaken zoals ernstige aandoeningen, zoals bedoeld in deze wetgeving en artikel 38 WIB 92, te definiëren? Waarom werd de lijst met ernstige aandoeningen nog niet in een ministerieel besluit gegoten? Welke hindernissen zijn er? Welke aandoeningen zult u in deze lijst opnemen? Hebben die een rechtstreekse relatie met de lijst van voorbeelden van ziekten? Op basis van welk advies gebeurt dit? Wanneer zou deze lijst en het bijhorende ministerieel besluit van kracht kunnen worden?

**17.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, die vraag is mij onlangs ook gesteld door een advocatenkantoor en ik heb daarom ook aan mijn administratie gevraagd of er inderdaad een dergelijke lijst met ernstige aandoeningen bestaat. Het antwoord is negatief. Die lijst wordt genoemd in de regelgevende teksten die u citeert. Momenteel is er enkel de lijst van ernstige aandoeningen die voorkomt in het parlementair document 50 1340/007, dat leidde tot de aanneming van de wet van 28 april 2003 betreffende de aanvullende pensioenen en het belastingstelsel van die pensioenen, en van sommige aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid die artikel 38 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen hebben gewijzigd.

Die lijst is er dus niet en het is ook geen eenvoudige kwestie omdat het concept van een ernstige ziekte moeilijk te objectiveren valt, waardoor men natuurlijk interpretatieproblemen riskeert. De juridische stabiliteit van zo'n lijst is geen eenvoudige kwestie.

Ik heb op dit ogenblik geen voornemen om een dergelijke lijst te op te stellen, wat niet wil zeggen dat hiermee het debat gesloten is, maar het is een wezenlijk moeilijke kwestie.

**17.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, het is niet omdat het moeilijk is dat het niet moet worden opgelost. Als de wetgeving verwijst naar een lijst met ernstige aandoeningen, dan kunnen de patiënt en de werkgever juridische stabiliteit eisen en het is aan de wetgever om daarvoor te zorgen. Het is toch absoluut ongehoord dat, wanneer een werkgever in een extra dekking van een hospitalisatieverzekering wenst te voorzien voor zijn werknemer, die werknemer achteraf nog een rekening van de Staat zou kunnen krijgen, eigenlijk met de natte vinger. Het is immers afhankelijk van het feit of er al dan niet een fiscale controle komt. Dat is geen behoorlijk bestuur.

Ik ben dan ook een beetje verwonderd door uw antwoord en het ontgoochelt mij absoluut. Ik ben er immers van overtuigd dat het uw taak is, als minister van Volksgezondheid, om samen met de minister van Financiën te bekijken hoe de fiscale wetgeving kan worden aangepast, hoe de rechtszekerheid voor de burger, die zowel de werkgever als de werknemer is, kan worden gegarandeerd en hoe er enige stabiliteit kan komen in deze wetgeving. Ik zal het in elk geval opvolgen en ik verwacht van u dat u naar een antwoord zoekt.

Een ernstige aandoening is niet eenvoudig te definiëren, maar via adviesorganen moeten er zeker mogelijkheden zijn om dit afgelijnd in wetteksten te gieten zodat de rechtszekerheid voor de burger wordt gegarandeerd.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**18** Question de Olivier Vajda à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en compte du transport des personnes dialysées" (55024876C)

**18** Vraag van Olivier Vajda aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het in aanmerking nemen van de vervoerkosten van dialysepatiënten" (55024876C)

**18.01** **Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, récemment j'ai été interpellé par le bureau provincial de la Croix-Rouge, par des médecins et des patients inquiets tant la situation est préoccupante.

Dans ma province de moindre densité, les hôpitaux peuvent être éloignés des patients incapables de se déplacer seuls. Pour les dialysés devant impérativement se rendre à l'hôpital trois fois par semaine, cette contrainte se transforme en handicap et, d'une certaine manière, en double peine.

Les hôpitaux font donc appel, dans le sud de la province principalement, aux services de la Croix-Rouge qui organise le transport de ces patients. C'est le transport le moins cher et de loin! Depuis la mise en place de ce service, afin de minimiser autant que possible les coûts à charge du patient, la Croix-Rouge roule au même tarif et, désormais, à perte. En effet, elle se base sur le remboursement fixé par l'INAMI inchangé depuis 1968 (0,25 euro par km). Aujourd'hui, le tarif a un peu augmenté: il est de 0,28 euro par km. Cette augmentation est bien en deçà de l'augmentation du coût de la vie.

Ne pouvant plus offrir ce service à un prix aussi bas, la Croix-Rouge a décidé d'augmenter ses prix à partir de 2022. Elle reste le service de transport de patients le moins cher, mais l'envolée des prix est tragique pour ces patients. À titre d'exemple, un citoyen nous informe qu'alors qu'il payait 30 euros (tarif forfaitaire demandé par la Croix-Rouge) auparavant, il paye maintenant près de 800 euros par mois uniquement pour les trajets pour ses soins dont il a besoin. En général, les personnes qui ont recours à la Croix-Rouge ne sont pas les plus fortunés.

*A priori* une partie de ces frais sera prise en charge par la mutuelle, mais le récent renoncement au tiers payant de la part des mutuelles rend ces nouvelles charges visibles pour le patient. Pour certains d'entre eux, un tel montant est presque impossible à avancer. Le tiers payant était donc également salvateur dans bien des cas.

Monsieur le ministre étiez-vous au courant de cette situation et de ce changement au niveau du coût du transport? Avez-vous l'intention de revoir à la hausse le remboursement fixe prévu par l'INAMI afin qu'il représente mieux le coût actuel du transport de ces personnes ayant besoin d'une dialyse récurrente et, de manière générale, pour tous les malades chroniques?

Ne pourrait-on prévoir, comme pour d'autres maladies chroniques d'ailleurs, l'intégration des frais de déplacement dans le mécanisme du maximum à facturer?

Enfin, comme je le disais, on a retiré le mécanisme du tiers payant qui, en réalité, était utilisé par les mutuelles provinciales à la limite de la légalité. Elles ont voulu se remettre dans les clous mais ne serait-il pas possible de modifier les règles pour permettre à ces mutualités d'appliquer à ces personnes dialysées également le mécanisme du tiers payant?

**18.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Vajda, je connais cette problématique importante. Je dois d'abord vous indiquer que l'assurance obligatoire soins de santé prévoit une intervention dans les frais de transport des bénéficiaires dialysés par l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage de bénéficiaires dialysés.

À mon initiative, cette intervention a récemment – et je dirais finalement – été améliorée. Son montant a été augmenté de 20 %, passant de 0,25 euro par km à 0,30 euro par km, alors qu'il n'avait pas été adapté depuis sa fixation. Une formule d'indexation a été introduite pour que ce montant soit mieux adapté dans le futur et les limites des kilomètres pris en compte pour bénéficier de cette intervention ont été abrogées.

Ces améliorations sont applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022. Pour votre parfaite information, cette intervention vise les déplacements des patients dialysés entre leur résidence effective et le centre de dialyse, et ceux des patients qui subissent une dialyse à domicile, pour les consultations de contrôle.

Si les bénéficiaires utilisent les transports en commun (tram, métro, bus ou train en 2<sup>e</sup> classe), le prix du voyage est intégralement pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé. Si le bénéficiaire utilise un autre moyen de transport, l'assurance obligatoire rembourse désormais 0,30 euro par km sur la base de la distance réelle aller et retour.

Pour déterminer la distance qui est prise en considération en cas de transport par groupe – si plusieurs bénéficiaires utilisent le même véhicule pour se rendre ensemble au centre de dialyse – on fait la somme des distances entre les résidences effectives des différents bénéficiaires et on ajoute la distance entre le centre de dialyse et la résidence effective du bénéficiaire pris en charge en dernier lieu. L'intervention de l'assurance est octroyée au bénéficiaire dont la résidence est la plus éloignée du centre de dialyse. Par conséquent, son organisme assureur doit communiquer aux organismes assureurs auprès desquels les autres bénéficiaires sont inscrits que l'intervention a été payée.

Cette réforme que j'ai fait passer est importante, mais je ne dis pas qu'elle résout tous les problèmes. Je ne suis pas euphorique à ce sujet.

Sur la base des interpellations et recommandations des différents acteurs, plusieurs réflexions plus générales sont en cours pour améliorer l'accessibilité financière au transport pour raison médicale.

Afin d'apporter des solutions dans l'intérêt des patients, je prévois de porter ces réflexions au niveau de la Conférence interministérielle Santé publique, puisque notamment l'organisation du transport médical non urgent, en ce compris une éventuelle politique tarifaire, relève de la compétence des entités fédérées. Il convient donc de se concerter. Un groupe de travail au sein de la CIM est en charge de cette question. La situation concrète que vous nous exposez nourrira sans doute cette phase de réflexion.

**18.03 Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à la problématique et pour les réflexions qui sont en cours, notamment au niveau de la Conférence interministérielle.

Concernant la majoration dont vous avez parlé, certes, on passe de 0,25 euro à 0,30 euro par kilomètre. Mais, d'une part, on reste en deçà de l'inflation depuis 1998. D'autre part, on indemnise davantage que 0,30 euro par kilomètre un véhicule "normal" alors qu'un véhicule médicalisé coûte nécessairement plus cher au déplacement. Vous avez dit avec beaucoup d'honnêteté que cette solution ne permettait pas d'être euphorique mais j'insiste pour dire qu'elle est totalement insuffisante.

Afin de nourrir les réflexions dont vous avez parlé, je vous renvoie à ma question et à la possibilité d'envisager l'introduction du mécanisme du maximum à facturer pour ces personnes dialysées, comparables à beaucoup de malades chroniques qui en bénéficient déjà. Ce point est de la compétence du fédéral comme l'est également, sauf erreur, le fait de permettre aux mutualités d'agir et de faire bénéficier leurs abonnés du mécanisme du tiers payant. Même si une personne est bien remboursée par sa mutualité, devoir sortir mensuellement des dizaines, voire des centaines d'euros pour ce type de transport, c'est parfois beaucoup et beaucoup trop.

Monsieur le ministre, je vous remercie pour le suivi.

**18.04 Frank Vandenbroucke**, ministre: Je n'ai pas répondu sur l'aspect relatif au tiers payant. Je n'ose pas improviser sur ce point. Je vais signaler cela à mes conseillers et leur demander de prendre cela en compte mais je ne promets rien.

**18.05 Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Je n'en avais pas parlé dans ma question écrite. Il n'y a donc pas de souci à cet égard. Je vous remercie.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De agressieve variant van het hiv" (55024936C)**

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

## sur "Le variant agressif du VIH" (55024936C)

**19.01 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, in Nederland is een hiv-variant ontdekt die agressiever is dan de eerder circulerende varianten. Ook in België dook hij al op. Een vroege detectie, vroege diagnose én vroege behandeling zijn heel belangrijk. Indien de variant niet tijdig bij de patiënt wordt vastgesteld en er niet snel genoeg met virusremmers wordt begonnen, kan hij al binnen de 2 tot 3 jaar leiden tot aids. Dat is verontrustend.

Graag had ik van u vernomen hoeveel gevallen er in België zijn gedetecteerd, of er voldoende diagnostisch materiaal beschikbaar is en of er voldoende toegang tot tests en medicatie is.

Gericht screenen en testen is ontzettend belangrijk. Kunt u toelichten hoeveel screenings er gebeuren en welke behandelingstijd er wordt gehanteerd bij positieve gevallen?

Is er een laagdrempelige toegang tot preparaten in de eerstelijnszorg? Is er op dat vlak een verhoging vastgesteld? Is er op dit moment voldoende bewustzijn hieromtrent bij risicopatiënten? Wat wilt en zult u op dit vlak ondernemen?

**19.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, de Belgische aidsreferentielaboratoria volgen de varianten van hiv-infecties op. Gebaseerd op de baseline-resistentiebepaling is de genetische sequentie van iedere hiv-infectie bekend. Er zijn een aantal gevallen van hiv-infectie in België geweest – minder dan tien, om eerlijk te zijn – waarvan de genetische sequentie gelijkenissen vertoont met de variant die in Nederland gevonden is. Die werden gediagnosticeerd tussen 2009 en 2017.

Op basis van de huidige evidentie zijn er geen aanwijzingen dat de variant momenteel nog circuleert in België. Er zijn ook geen aanwijzingen dat de variant minder goed zou reageren op de antiretrovirale behandeling.

Vervolgens ging u in op het belang van screenen en testen. Wel, in vergelijking met andere Europese landen hebben we in België een relatief hoog en constant hiv-testcijfer. In 2020 werden er in totaal 629.063 tests uitgevoerd. Dat geeft een testcijfer van 56 per 1.000 inwoners. Dat gaat over alle laboratoriumtests, sneltests zijn daarin niet opgenomen.

Na de diagnose moet een patiënt zo snel mogelijk worden behandeld voor hiv. Dat stelt de patiënt in staat de eerste medische begeleiding te krijgen en een antiretrovirale therapie op te starten. De tijd tussen de bevestiging van de diagnose en het begin van de behandeling kan variëren. Naast structurele factoren kunnen ook de volgende individuele factoren van invloed zijn: de klinische toestand van de patiënt, de tijd die nodig is om de diagnose te aanvaarden en de bereidheid van de patiënt om een levenslange therapie op te starten.

Een analyse van gegevens van patiënten die tussen 2016 en 2019 in de zorg werden opgenomen, in de referentiecentra, die meer dan 80 % van de patiënten in België behandelen, toont aan dat de helft van de patiënten binnen de 28 dagen na de diagnose start met een antiretrovirale behandeling en drie vierde binnen de twee maanden.

U vroeg of de toegankelijkheid tot tests en medicatie vandaag voldoende is. Men kan getest worden op hiv in de eerstelijnszorg, de tweedelijnszorg, de gespecialiseerde poliklinieken en in de ziekenhuizen. Daarnaast financiert het RIZIV drie hiv-referentiecentra om laagdrempelige tests uit te voeren in Antwerpen in het helpcenter van het ITG, in Brussel in het ELISA-centrum bij het EMC Sint-Pieter, en in Luik in het Centre de Référence SIDA van CHU Liège en Sidasol asbl. Mensen uit specifieke groepen kunnen zich in die centra gratis en anoniem laten testen.

Om doelgroepen te bereiken die een hoger risico op hiv lopen, werden ook testprogramma's buiten de bestaande gezondheidscentra op touw gezet. Die programma's worden georganiseerd door de hiv-referentiecentra zelf of door terreinorganisaties die met de specifieke doelpopulatie werken. Ze worden gefinancierd door zowel de federale als de regionale overheden.

Daarnaast is er het Swab2Know-project, dat hiv-tests op basis van speekselafnames aanbiedt tijdens outreachactiviteiten. Kits voor speekselafname kunnen ook besteld worden via de projectwebsite. Ten slotte biedt de ngo Dokters van de Wereld hiv- en soa-tests aan voor mensen die geen toegang hebben tot het

reguliere gezondheidssysteem.

Dat is wat ik te zeggen heb over de toegankelijkheid tot tests.

De toegang tot medicatie is volgens mij optimaal in de referentiecentra, waar 98 % van de hiv-patiënten in de medische follow-up een antiretrovirale behandeling krijgt. In het kader van het voortgezet hiv-plan 2021-2026 bekijkt mijn administratie op dit moment hoe wij verder toegang kunnen verzekeren tot kwaliteitszorg en antiretrovirale behandelingen voor alle mensen met hiv in België, ongeacht hun administratieve situatie.

Ik durf dus te zeggen dat wij het toch wel goed doen inzake tests en medicatie. De uitdaging bestaat erin om op dat niveau te blijven. Precies daarom heb ik aan de interfederale kabinettenwerkgroep preventie gevraagd om een nieuw hiv-plan te ontwikkelen. Ik hoop dat wij dat rond de zomer kunnen afronden. Misschien kunt u in die periode terugkomen op deze kwestie, om te bespreken waar we staan en welke de plannen zijn.

**19.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, dat zal ik zeker doen. Het is toch een aandachtspunt. U zegt dat de antiretrovirale middelen niet minder goed reageren, wat wel klopt, maar van belang is de snelheid van diagnose. We moeten de mensen kunnen bereiken. De voorbeelden van de drie steden die u noemt, dat is allemaal goed en wel, maar daarbuiten bestaan er nog stedelijke contexten waar bepaalde doelgroepen heel moeilijk bereikt worden. Dat is zeker een aandachtspunt wie niet helemaal in orde is met zijn papieren. Het is ook belangrijk omdat het om heel dure middelen gaat. De drempel wordt anders wel heel groot.

In bepaalde doelgroepen heerst ook een taboesfeer. Als de toegankelijkheid via de eerste lijn nog vergroot, dan kan die mogelijk doorbroken worden. Ook daar kan werk gemaakt worden van toegang tot gratis tests en toegang tot medicatie onder begeleiding. Heel vaak is de begeleiding van belang omdat het niet zo eenvoudig is om het medicatieschema op te volgen. We komen er zeker nog op terug.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

De **voorzitter**: Vraag nr. 55025057C van de heer De Caluwé wordt uitgesteld.

**20** **Samengevoegde vragen van**

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De indexgap en de stijgende energiekosten voor de diensten voor thuisverpleging" (55025057C)
- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kloof tussen de loonkosten en de honorariadekking bij de thuisverpleging" (55025194C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De indexering van het materiaal en de diverse kosten van thuisverpleegkundigen" (55025469C)

**20** **Questions jointes de**

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'écart d'index et les coûts énergétiques croissants des services de soins à domicile" (55025057C)
- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fossé entre les coûts salariaux et la couverture des honoraires dans les soins à domicile" (55025194C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indexation du matériel et des coûts divers des infirmiers à domicile" (55025469C)

**20.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit):** Mijnheer de minister, een tijd geleden ontvingen we een noodkreet van i-mens. De diensten voor thuisverpleging maken zich ernstig zorgen over hun onvermijdelijke duik in de rode cijfers voor het lopende jaar. De budgetopmaak van het RIZIV voor 2022 werd immers vorige zomer voorbereid, met de uitgangspunten van het voorjaar, toen de inflatie nog eerder beperkt was en de vooruitzichten ook zeer gemodereerd waren.

Sinds augustus 2021 is de inflatie evenwel sterk toegenomen, met alle gevolgen van dien voor de index en de verwachte loonkosten. Die worden inmiddels 2.383.333 euro hoger geschat. Hiertegenover staat als compensatie 0,79 % op de inkomsten vanuit de nomenclatuur. Op 47 miljoen euro bedraagt dat ongeveer 371.300 euro. Het verschil tussen beide, loonkostentoename en minder inkomsten, levert een gat van meer dan 2 miljoen euro op in een sector die zowat break-even draait.

De resultaten van de Belfiusstudie die aantoont dat de meeste ziekenhuizen de financiële stresstest niet doorstaan, gelden allicht ook voor de thuisverpleging. Het gaat dan niet alleen om i-mens, maar ook om de andere thuisverplegingsdiensten.

Werkt u aan een oplossing voor het dichten van deze kloof? Zo ja, aan welke oplossing of oplossingen denkt u? Betreft het dan tijdelijke oplossingen of denkt u dat een meer structurele oplossing zich opdringt?

**20.02 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, collega Yoleen Van Camp heeft herhaaldelijk vragen gesteld over de remuneratie van de thuisverpleegkundigen. Er zijn inderdaad noodkreten sinds de covidcrisis, maar ook daarvoor was er al een probleem. De vergoeding voor bijvoorbeeld het toedienen van een spuit was immers allesbehalve toereikend. Nu zijn we bovendien in een situatie gekomen waarin de brandstofprijzen en de prijzen van allerhande grondstoffen zijn verhoogd.

Hoe zult u daarmee omgaan? Hoe zult u ervoor zorgen dat de thuisverpleegkundige diensten nog op een of andere manier een beetje rendabel zijn en dat de thuisverpleegkundigen voldoende gemotiveerd blijven om hun patiënten de noodzakelijke zorg te bieden?

In dat kader had ik graag van u gehoord wat uw plannen zijn met betrekking tot het inlezen van de eID's. Dat is immers wegens corona tijdelijk opgeschort. Zijn er vandaag opnieuw plannen om dat in te voeren, zodat de thuisverpleegkundige de eID van elke patiënt kan inlezen nu code geel aangebroken is?

**20.03 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, uw vraag over de eID's is absoluut pertinent, dat is inderdaad een issue. Ik durf het antwoord echter niet uit het hoofd te geven. Die vraag stond ook niet in uw voorbereiding, misschien kunt u daar later op terugkomen. Ik heb daar al eens op geantwoord, maar mijn geheugen laat mij blijikbaar even in de steek.

Ik begrijp de budgettaire elementen die u aanbrengt. Ik zal de context even schetsen. De indexeringsmechanismen in de begrotingsdoelstelling van het RIZIV zijn hoofdzakelijk van twee soorten. Ten eerste heeft men de honorariasectoren, dus artsen, tandartsen, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten, bandagisten, orthopedisten, opticiens, audiciens enzovoort. Daar wordt voor het jaar T geïndexeerd op basis van de evolutie van de afgevlakte gezondheidsindex, dus de gemiddelde waarde van de gezondheidsindexen van de vier laatste maanden tussen juni T-2 en juni T-1.

Vervolgens heeft men de instellingensectoren, met de verpleegdagprijs, de revalidatie enzovoort. Daar is de indexatie gebaseerd op de schatting van de overschrijding van de spilindex van de afgevlakte gezondheidsindex gedurende het jaar T. Dat is uiteraard een belangrijk verschil. De stijging van de brandstof- en energieprijzen wordt niet opgevangen door de gezondheidsindex, aangezien die wordt berekend door een aantal producten uit de korf van het indexcijfer van de consumptieprijs te halen, namelijk tabakswaaren, alcoholische dranken en motorbrandstoffen met uitzondering van lpg. Vele jaren geleden was men immers al van oordeel dat dit niet de meest gezonde producten zijn.

Voor 2022 is het in de begroting opgenomen bedrag voor de honorariasectoren 138,7 miljoen euro. Dat is een indexatie met 0,79 %. Het voor de instellingen opgenomen bedrag bedraagt 45,3 miljoen euro, uitgaande van de aanvankelijke hypothese van een overschrijding van de spilindex in juni 2022, dus met toepassing van de indexering op 1 juli 2022.

Ik hoef u niet te zeggen dat sinds de vastlegging van de begroting voor 2022 in oktober 2021 de elementen aanzienlijk geëvolueerd zijn. Zij zullen ook wel blijven evolueren. De afgevlakte gezondheidsindex voor december 2021 wijst op een stijging van 3,79 % ten opzichte van juni 2020. Dat is 3 % meer dan de 0,79 % van de begroting voor 2022, wat overeenkomt met 527 miljoen euro voor heel 2022.

De voor juni 2022 geplande overschrijding van de spilindex heeft al plaatsgevonden in december 2021, met toepassing vanaf 1 januari 2022. Dat betekende 68 miljoen aan meerkosten.

De huidige schatting van de afgevlakte gezondheidsindex voor juni 2022 impliceert dat de inflatie die op 1 januari 2023 zou optreden voor de honorariasectoren 6,65 % zou bedragen. Het Federaal Planbureau gaf ook aan dat de volgende overschrijding van de spilindex al zou plaatsvinden in februari 2022, met 93 miljoen euro aan extra kosten in 2022, en dat die gevolgd zou kunnen worden door een nieuwe overschrijding in april 2022, met 71 miljoen euro aan extra kosten in 2022.

Voor de verstrekkingen die geïndexeerd zijn via de afgevlakte gezondheidsindex is de voor 2022 geraamde indexatiemassa dus veel lager dan de geschatte prijsstijging. Dit probleem wordt vanzelf opgelost vanaf 1 januari 2023, als de forse stijging zal worden opgevangen in de nieuwe indexmassa. Dat zal natuurlijk gedurende het hele jaar 2022 door de verschillende zorgverleners in deze sectoren als een kostenpost worden ervaren.

Voor de verstrekkingen die via de spilindex geïndexeerd worden zal er automatisch geïndexeerd worden, zodat de verschillende zorgverleners hun tarieven sneller aangepast zullen zien. Ik heb het RIZIV gevraagd mij de reglementaire bepalingen mee te delen die men zou kunnen gebruiken opdat zorgverleners de uitzonderlijke situatie van 2022 het hoofd kunnen bieden, alsook de financiële gevolgen die deze bepalingen met zich zouden kunnen meebrengen.

Op basis van deze elementen zal ik terug naar de regering, het Parlement en de organen van het RIZIV komen. Ik zal dat uiterlijk bij de begrotingscontrole van maart-april doen, voor de snelst mogelijke implementatie van een althans gedeeltelijke correctie van de indexmassa. Deze oplossing is des te noodzakelijker voor de sectoren waarvoor de indexatie wordt gebruikt om loontrekkenden te betalen.

Het probleem is dus duidelijk. Ik moet mij verder informeren en mijn coalitiepartners in de regering en het Parlement hierover aanspreken.

**20.04 Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, het was niet evident om alles te volgen in verband met de verschillende indexeringen, maar het is wel geruststellend om te horen dat u het probleem kent. Het was misschien een vroegtijdige vraag, maar het stelt me gerust dat u naar oplossingen zoekt. Het is immers een probleem dat niet enkel de thuisverpleging, maar ook andere sectoren zal treffen. We zullen hier dan ook op terugkomen zodra we een signaal krijgen dat er beweging in de zaak zit.

**20.05 Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het waren inderdaad veel cijfertjes. Het probleem is echter zeer duidelijk, zoals u stelde. In 2022 zullen de zorgverleners, voor wie we twee jaar geleden allemaal stonden te applaudisseren, met een kostenplaatje geconfronteerd worden waarop we vandaag geen antwoord kunnen bieden. Het feit dat u de vraag gesteld hebt aan het RIZIV is goed, net als het feit dat u met uw coalitiepartners wilt praten, maar op de uitkomst moeten we nog wachten. Ik zal deze vraag sowieso opnieuw stellen als de begrotingscontrole heeft plaatsgevonden.

Het is immers toch bijzonder dat we zoveel inspanningen hebben gedaan voor de zorg en dat er zo sterk gepleit is om de mensen aan het bed te houden, terwijl diezelfde mensen nu in financiële onzekerheid zouden komen te verkeren. Deze mensen zouden nu moeten gaan bijdragen terwijl ze de voorbije twee jaar het beste van zichzelf hebben gegeven en dat eigenlijk nog steeds doen. Misschien gaan we in het najaar zelfs een nieuwe golf tegemoet. Dit wordt zeker vervolgd.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55025117C van mevrouw Creemers wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Mevrouw Samyn stelt haar vraag nr. 55025146C uit.

**21 Vraag van Bert Moyaers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De doctoraatsstudie aan de VU Amsterdam over rubbergranulaat" (55025149C)**

**21 Question de Bert Moyaers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de doctorat à la VU Amsterdam sur les granulats de caoutchouc" (55025149C)**

**21.01 Bert Moyaers** (Vooruit): Mijnheer de minister, op 2 februari 2021 stelde ik u hier in de commissie enkele vragen over een doctoraatsstudie die aan de Vrije Universiteit van Amsterdam werd gevoerd en waaruit blijkt dat rubbergranulaat als instrooimateriaal voor kunstgrasvelden bijzonder schadelijk zou kunnen zijn voor de gezondheid en het milieu.

Uw diensten zouden de informatie uit die wetenschappelijke publicatie opvragen en ze bezorgen aan andere bevoegde Belgische autoriteiten.

Mijnheer de minister, wij zijn nu ruim een jaar later. Ik heb daarover de volgende vragen.

Ten eerste, werd de doctoraatsstudie intussen opgevraagd? Indien ja, hebt u ze ook ontvangen?

Ten tweede, werd de studie vervolgens al naar de bevoegde Belgische autoriteiten verzonden? Indien ja, naar welke autoriteiten werd ze verzonden?

Ten derde, indien u ze hebt ontvangen, welke grote conclusies kunt u zelf uit de studie trekken wat betreft de gezondheid van de gebruikers van kunstgrasvelden?

Ten slotte, kunt u mij eventueel ook de studie bezorgen?

**21.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Moyaers, wij hebben de doctoraatsstudie, geciteerd in het *Zembla*-artikel, inderdaad opgevraagd en intussen ook ontvangen.

Wij hebben de studie nu nog niet verspreid naar de andere betrokken overheden. De studie is wel gecommuniceerd aan het Wetenschappelijk Comité REACH met de vraag of het comité een advies kon opstellen over de studie, meer specifiek om na te gaan of de in de studie gebruikte analytische methodes een meerwaarde kunnen bieden aan de restricties onder REACH.

Voorts werd ook aan het comité gevraagd om na te gaan of de studie aangeeft dat de lijst van de te meten PAH's, de afkorting voor *polycyclic aromatic hydrocarbons*, voor de REACH-restrictie nog meer zou moeten worden uitgebreid.

Het comité werkt op dit moment nog aan het advies. Het zal hoogstwaarschijnlijk in mei 2022 een finaal advies publiceren. Ik wacht dus nog even op dat advies.

U vraagt wat de grote conclusies zijn.

De studie in kwestie beschrijft een nieuwe methode voor het analyseren van PAH's en andere stoffen in rubbergranulaat. De studie geeft dus een overzicht van geanalyseerde stoffen en geeft een beschrijving van de ontwikkelde analytische methode voor rubbergranulaat. Er werd in de studie dus geen focus gelegd op concentratiebepalingen of risicobeoordeling.

De studie geeft wel aan dat een kwantificatie van alle aanwezige stoffen in rubbergranulaat essentieel is om een correct toxicologisch profiel op te stellen. PAH's zijn een groep van substanties die vaak samen aanwezig zijn. Het is dus noodzakelijk om alle aanwezige stoffen te identificeren en op die manier correct de restrictievoorwaarden te ontwikkelen die voldoen aan de actueel bekende risico's.

U vroeg of ik u de studie kan bezorgen. Ja, ik zal aan mijn medewerkster, mevrouw Schellens, vragen om ze u te bezorgen.

**21.03** **Bert Moyaers** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik hoor u zeggen dat er in mei 2022 een finaal advies zal worden geformuleerd. Dat is nog even afwachten.

Ik begrijp dat het om een vrij technisch rapport gaat. Ik ben blij dat te mogen ontvangen.

Bij de voorstelling van de doctoraatsstudie had men het over 46 nieuw aangetroffen stoffen, waarvan er een aantal kankerverwekkend of schadelijk zouden zijn. Belangrijk is ook om te weten dat veel van die giftige stoffen gemakkelijker uit de rubberkorrels weglekken. Het gaat dus niet alleen om milieurisico's, maar ook om gezondheidsrisico's, zeker bij huidcontact als men speelt op kunstgras. Het is in ons aller belang dat wij dit goed blijven opvolgen.

Ik zal de studie met veel plezier doornemen.

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

## **22** Questions jointes de

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les

suppléments d'honoraires facturés par les laboratoires" (55025151C)

- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments sur les analyses des laboratoires" (55025170C)

- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La suppression des suppléments pour analyses en laboratoire" (55025193C)

**22** Samengevoegde vragen van

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De door labo's aangerekende ereloonsupplementen" (55025151C)

- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De supplementen op laboanalyses" (55025170C)

- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afschaffing van supplementen bij laboratoriumanalyses" (55025193C)

**22.01** **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, op 4 februari berichtten Test Aankoop en de Socialistische Mutualiteit over bedenkelijke situaties bij private laboratoria. Uit onderzoek bij 12 private laboratoria blijkt immers dat labomedewerkers die niet geconventioneerd zijn en dus supplementen mogen aanrekenen, gemiddeld 4 tot 5 keer meer analyses doen dan hun geconventioneerde collega's. Die vaststelling doet vermoeden dat labo's analyses laten uitvoeren door geconventioneerde medewerkers, maar die in naam van niet-geconventioneerde collega's factureren met de bedoeling supplementen te kunnen aanrekenen.

In een koninklijk besluit dat in 2017 in werking trad om patiënten tegen misbruik te beschermen, staat nochtans duidelijk dat supplementen alleen mogen worden aangerekend als de patiënt daarvan vooraf op de hoogte is gebracht en daarmee heeft ingestemd. Het zou dan ook logisch zijn als die supplementen intussen volledig waren verdwenen. Niemand wil immers bewust meer betalen voor eenzelfde analyse.

Toch zijn de supplementen nog steeds gemeengoed. Voor het prestatiejaar 2019 alleen al liepen bij de Socialistische Mutualiteit de supplementen op tot niet minder dan 2,5 miljoen. Volgens een ruwe schatting komt dat neer op een bedrag tussen 7,9 en 8,6 miljoen euro voor de hele bevolking. Test Aankoop en de Socialistische Mutualiteit vragen u dan ook om die supplementen op laboanalyses te verbieden. Het gaat immers om zorgverleners die de patiënt niet zelf kiest en met wie hij geen contact heeft.

Beschikt u over meer informatie die het vermoeden dat voortvloeit uit het onderzoek, staaft? Zo ja, zult u paal en perk stellen aan die bedenkelijke praktijk? Bent u het eens met het voorstel om de supplementen af te schaffen? Acht u dat een haalbaar denkspoor?

**22.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Vanpeborgh, ik heb kennisgenomen van de aangehaalde studie bij 12 labo's. Zonder enige afbreuk te willen doen aan het belang van de vaststelling, wil ik die wel even duidelijk kaderen.

Conform het koninklijk besluit van 18 oktober 2017 publiceert het RIZIV een lijst van geconventioneerde labo's klinische biologie en pathologische anatomie op zijn website. In geconventioneerde labo's zijn alle klinisch biologen, artsen en apothekers volledig geconventioneerd. Van de 131 labo's klinische biologie zijn er 102 volledig geconventioneerd. Daarmee wil ik verduidelijken dat dat niet betekent dat er zich een veralgemeend probleem zou voordoen op het terrein: de 12 labo's zijn niet representatief voor de sector. In de studie wordt gesteld dat in de 12 labo's niet-geconventioneerde labomedewerkers gemiddeld vier tot vijf keer meer analyses uitvoeren dan hun geconventioneerde collega's. Dat doet een vermoeden rijzen dat sommige verstrekkingen niet gefactureerd worden op naam van de zorgverlener die ze heeft uitgevoerd. Indien dat gebeurd is, betreft het fraude en dat is uiteraard volstrekt ontoelaatbaar. Ik heb daar tot nu toe geen bevestiging van gekregen. Dat is de taak van de controlediensten.

Een ander probleem dat in de studie naar boven komt, heeft te maken met artikel 3 van het KB van 18 oktober 2017, dat bepaalt dat supplementen alleen mogen worden aangerekend indien het labo kan aantonen dat men de patiënt voorafgaandelijk aan de afname heeft ingelicht, ofwel rechtstreeks, ofwel onrechtstreeks via de voorschrijver. Dat doet in werkelijkheid wel enkele problemen rijzen. Facturen zijn niet altijd zeer duidelijk, het kost wat moeite om de supplementen erin terug te vinden. Patiënten zijn niet voldoende vertrouwd met het feit dat de bewijslast van de voorafgaande informatie op het labo berust en de bedragen van de supplementen zijn niet van dien aard om de facturatie bij het labo te betwisten.

In het kader van het plan handhaving 2021-2023 wordt getracht op generieke wijze een aantal van die zaken

te verbeteren in de facturatie. Zo staat in punt 5.5 dat ernaar gestreefd moet worden dat het voor alle betrokken partijen, dus de patiënten, de zorgverleners, de ziekenfondsen en de controle instanties, zeer duidelijk en transparant wordt, met name welke zorgverlener welke prestatie heeft verricht, wie voor rekening van die zorgverlener welke prestatie heeft gefactureerd aan het ziekenfonds en wie concreet de fiscaal begunstigde is van de verzekeringstegemoetkoming die wordt uitbetaald door het ziekenfonds. Die analyse is bezig, maar ze vereist ook nog de uitwerking van de juridische middelen. Als er onregelmatigheden worden vastgesteld, zullen die uiteraard gesanctioneerd worden.

Het KB van 18 oktober 2017 vertrekt vanuit het idee dat het aan de patiënt is om de facturatie te contesteren, maar we stellen in de praktijk vast dat dat niet gebeurt. Volgens mij ligt hier een taak weggelegd voor de ziekenfondsen om hun leden meer proactief te wijzen op gefactureerde supplementen en op voorafgaande informatieplicht.

Ons gezondheidssysteem is gebouwd op het principe dat de artsen de vrijheid hebben om al dan niet toe te treden tot het nationaal akkoord betreffende de honoraria. Een volledig verbod op supplementen op laboratoriumanalyses betekent dat de facto wordt afgestapt van dat principe voor verstrekkingen in de labo's. Dat is niet evident. Daarom begin ik met een globale herziening van de regelgeving met betrekking tot de ereloon supplementen.

**22.03 Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Dank u wel voor uw concrete en duidelijke antwoord, mijnheer de minister. Ik noteer dat er echt plannen zijn om de situatie te verbeteren. Dat is een zeer goede en noodzakelijke stap. Ik heb echter ook genoteerd dat de twaalf betrokkenen niet representatief zijn voor de hele sector. Ook dat is een belangrijk gegeven.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55025157C van de heer Prévot wordt uitgesteld.

**23 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het toegenomen gebruik van 4-MMC" (55025162C)**

**23 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation croissante de méphédronne" (55025162C)**

**23.01 Kathleen Depoorter** (N-VA): *Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mephedrone of ook 4-MMC genaamd is een designer drug of NPS. Het werd in Europa al sinds 2008 verkocht als plantenvoeding of als badzout maar werd spoedig ook voor andere doeleinden gebruikt – in het Belgische partymilieus werd het al in 2009 aangetroffen waar ze al langer in Nederland bekend was. De stof is verkrijgbaar in de vorm van kristallen, poeder of capsules en als drugs komt het vaak als een pil voor. Daarnaast werden er ook andere namen van het middel meer courant: miauw miauw, M-CA, Bubble en Drone. De samenstelling van verkochte NPS is niet altijd duidelijk en de effecten zijn ook niet altijd even duidelijk bekend – 4-MMC zou bijzonder verslavend zijn. En hoewel minder bekend dan courante illegale drugs bleef het gebruik in België eerder beperkt maar in het recente verleden aan een steile opmars zijn begonnen.*

*Mijn vragen voor de minister:*

- 1. Over welke gegevens beschikt de minister over het gebruik van 4-MMC in België in de laatste 5 jaar? Welke trend wordt er vastgesteld?*
- 2. Kan de minister aangeven door wie deze drug gebruikt wordt? Leeftijd, geslacht... Kan hieruit een "typisch" profiel worden uit afgeleid?*
- 3. Kan de minister aangeven hoeveel (ziekenhuis-)opnames er te wijten zijn aan het gebruik van deze illegale drugs in deze periode? Welke trend wordt er vastgesteld?*
- 4. Beschikt de minister over cijfers aangaande aanmeldingen van problematisch gebruik van deze substantie? Welke trend wordt er vastgesteld?*
- 5. Is de minister van oordeel dat – op basis van eventuele trends - bijkomende maatregelen nodig zijn om voor deze drugs in te zetten op preventie, begeleiding...*

**23.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, u vraagt over welke gegevens ik beschik met betrekking tot het gebruik van 4-MMC in België in de laatste 5 jaar. 4-MMC, beter bekend als mephedrone,

is reeds jaren aanwezig op de Belgische drugsmarkt. Daarom wordt de substantie ook bevraagd in de meeste enquêtes en registraties inzake middelengebruik. Zo beschikken wij over inzichten over onder meer het gebruik van mephedrone in het uitgaansmilieu, onder mensen die drugs injecteren en gebruikmaken van spuitenruilprogramma's, mensen die zich aanmelden voor een behandeling rond middelenproblematiek en ook over incidenten die gemeld worden via de rapportering van ziekenhuizen en andere toxicologische laboratoria.

Weinig initiatieven zijn echter representatief voor de algemene bevolking. De onderzoeken die toelaten de trends van de voorbije vijf jaar te bekijken, duiden op een relatief stabiele tot stijgende trend in het gebruik van mephedrone. Ik geef u een voorbeeld: mephedrone wordt vermeld in 0,1 % van de behandelingsepisodes in 2015, dat waren 26 gevallen, ten opzichte van 0,5 % in 2020, dat waren er 134. Dat is een duidelijke stijging, maar in absolute cijfers is het niet veel.

U vroeg of ik kan aangeven door wie de drug wordt gebruikt. De meeste onderzoeken naar middelengebruik richten zich op een specifieke subgroep. Daardoor is het niet zo gemakkelijk om op die basis een uitspraak te doen over het statistisch profiel.

Degenen die in behandeling gingen voor een problematiek betreffende mephedrone in de periode 2011 tot 2020 zijn voornamelijk jongvolwassen mannen, met een gemiddelde leeftijd van 25 jaar. Meer dan een derde van hen woont bij de ouders en een kwart woont alleen. Deze mensen melden gemiddeld vijf stoffen die problemen veroorzaken en aanleiding geven tot de hulpvraag. Meer dan de helft van hen gebruikt ook cocaïne en cannabis en een derde gebruikt hallucinogenen.

Mephedrone wordt ook regelmatig in een seksuele context gebruikt. Bij chemseks wordt een combinatie van chemische drugs gebruikt om een intensere seksuele ervaring te beleven. Dit komt binnen deze groep voornamelijk voor onder homo- of biseksuele mannen, alsook onder sekswerkers. Zo bleek tijdens de bevraging onder sekswerkers in Brussel in 2020 20 % van de respondenten het gebruik van mephedrone te vermelden.

U stelde een vraag inzake ziekenhuisopnames. Gebaseerd op de gegevens van de behandelingsaanvragen in België kunnen we stellen dat alleen al in 2020 mephedrone in 134 nieuwe behandelingsepisodes werd opgegeven, dat is 0,5 % van het totale aantal behandelingsepisodes. Ongeveer bij een derde van deze gevallen werd mephedrone ook als de belangrijkste substantie voor de behandeling opgegeven.

Voor trendanalyses bekijken we de situatie binnen een stabiele groep behandelcentra. We merken een aanzienlijke stijging tussen 2015 en 2020 van het aantal meldingen van mephedrone, vooral in Vlaanderen. Ik wil daarmee niet zeggen dat er een statistisch significant verschil is tussen de Gewesten, maar er is wel degelijk een sterke stijging in Vlaanderen. Een systematische screening voor middelengebruik wordt in onze hulpdiensten niet toegepast. Toxicologische of klinische labo's hebben wel een rapporteringsplicht om melding te maken naar het Early Warning System van Sciensano indien mephedrone bij geselecteerde analyses zou worden aangetroffen. Ons hierop baserend merken we ook een stijging in meldingen in de afgelopen jaren. Zo bleek mephedronegebruik in 2020 duidelijk aangetoond bij 16 ziekenhuisopnames. In 2021 bleek bij 47 analyses in het kader van een ziekenhuisopname dat mephedrone betrokken was, waarvan 1 met een fatale afloop. In een derde van deze intoxicaties werden gelijktijdig ook andere substanties gerapporteerd, zoals amfetamines, ketamines en cocaïne.

In een vaste groep behandelcentra is toch wel een duidelijke stijging te zien. Onder mensen die drugs injecteren en gebruikmaken van Vlaamse spuitenruilprogramma's is de trend nogal stabiel. Uit een bevraging die jaarlijks wordt gevoerd, blijkt dat in 2016 8,3 % van de respondenten ooit mephedrone gebruikte. In 2020 is dat 9,4 %.

Mephedrone is al jaren aanwezig op de Belgische drugsmarkt. Hoewel slechts door een select publiek gebruikt, zien we in de vastgelegde cijfers toch indicaties dat mephedronegebruik een stabiele tot stijgende trend kent. Er zijn duidelijke signalen van het gebruik bij personen met een problematisch gebruik of in problematische situaties zoals chemseks.

Een blijvende monitoring van deze stof en aandacht voor meer preventie is dus zeker aangewezen. Voor de preventie verwijst ik naar mijn collega's van de Gemeenschappen die ter zake bevoegd zijn.

bevestigt mijn vermoeden dat mephedrone aan een opmars bezig bij jonge mannen die vaak cocaïne gebruiken. De overgang van cocaïne naar mephedrone wordt op de een of andere manier in Vlaanderen gefaciliteerd. Dat vind ik zeer verontrustend, gezien de uitzonderlijk verslavende substantie die mephedrone is, wat cocaïneverslaafden minder gewoon zijn.

Ik denk dat er in het drugsbeleid dat u zult uitstippelen in de IMC, zeker ook aandacht moet zijn voor de sensibilisering, behandeling en vaststelling van dit fenomeen.

Voor de sensibilisering zijn de deelstaten bevoegd. Ook daar zal ik aan de bel trekken, want deze vaststelling uit de praktijk van een jonge generatie die experimenteert met verboden middelen, vind ik zeer verontrustend.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**24 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van het leiderschap van het FOD Volksgezondheid" (55025167C)**

**24 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi du leadership du SPF Santé publique" (55025167C)**

**24.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, begin juni 2021 kreeg de heer Auwers, voorzitter van de FOD Volksgezondheid, geen positieve evaluatie, wat we eerder al besproken hebben. Er werd een verbeteringstraject opgesteld. Er volgde een tweede niet-positieve evaluatie. Er kwam een functioneringsgesprek en er blijkt ook een ziektebriefje ingediend te zijn, waardoor de heer Auwers werd vervangen. Dat gebeurde voor de tweede keer, want tijdens de covidcrisis werd de heer Auwers ook al eens vervangen.

Nu blijkt dat ook de vervanger van de heer Auwers vervangen is, dus op dit moment vaart de FOD Volksgezondheid als een stuurloos schip. In deze exitfase na de coronacrisis is er nochtans heel wat werk aan de winkel, ook in de voorbereidingsfase van een eventueel nieuwe golf in het najaar.

Mijnheer de minister, is de heer Auwers nog altijd met ziekteverlof? Wanneer zal hij opnieuw op post zijn?

Hoe verlopen de functioneringsgesprekken, het verbeteringstraject of de revalidatie van de heer Auwers momenteel? Welke besluiten worden daaruit getrokken? Is er in een re-integratie voorzien na de afwezigheid?

Hebt u een duurzame oplossing voor de leiding van de FOD Volksgezondheid? Welke directeur ad interim is vandaag aan zet? Hoe ziet u in de nabije toekomst een duurzame leiding voor de FOD Volksgezondheid?

**24.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, de heer Auwers is nog in ziekteverlof met rechtsgeldige ziektebriefjes. Ik weet dus niet wanneer hij terugkomt. Het statuut van mandaathouder is hier van toepassing. De tussentijdse evaluatie van juni 2021 leverde de vermelding 'te ontwikkelen' op. Gezien zijn ziekte heeft de heer Auwers nog geen verdere activiteiten tentoongespreid. Momenteel wordt de functie ad interim waargenomen door de heer Pierre Kerkhofs, directeur-generaal, die de opdracht heeft aangenomen om de voorzitter te vervangen in diens afwezigheid.

**24.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, dat is een waar probleem, een zo belangrijke FOD, die nog altijd stuurloos vaart.

Ik begrijp dat u niet veel over dit dossier kunt zeggen. Ik begrijp ook dat ziekteverlof een bescherming is, maar in deze meen ik echt dat u moet inzetten op de toekomst van de FOD Volksgezondheid en op het garanderen van een goed georganiseerde overheidsinstelling om de gezondheidszorg in goede banen te leiden.

Ik kom hier zeker nog op terug. Het is toch bijzonder dat dergelijke toestanden kunnen blijven bestaan aan het hoofd van een federale instelling.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.46 uur.  
La réunion publique de commission est levée à 17 h 46.*