

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 12 FEBRUARI 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 12 FEVRIER 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 20 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.20 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

La **présidente**: Bonjour, chers collègues.

Nous ne sommes pas nombreux, mais je vous propose de commencer. C'est donc ma première commission de la Santé en tant que présidente de celle-ci.

Het is een eer om de commissie voor Gezondheid te mogen voorzitten. Voor mij zijn gezondheid en veiligheid twee essentiële pijlers.

Sans plus attendre, je vous propose de commencer, monsieur le ministre étant présent. Mme Van Hoof nous rejoindra plus tard parce qu'elle est occupée à présider une autre commission. Par conséquent, je laisse en suspens sa question. Et nous pouvons donc passer à celles de Mme Bury.

01 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Gedwongen opnames in de psychiatrie" (56002300C)**

01 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les admissions forcées en psychiatrie" (56002300C)**

01.01 **Katleen Bury (VB):** Mevrouw de voorzitter, eerst en vooral proficiat dat u hier bent. Defensie is belangrijk, maar u zult zien dat Gezondheid nog veel belangrijker en leuker is. Alle thema's die hier aan bod komen, van a tot z, zijn fantastisch. U zult Defensie niet lang missen.

Mijnheer de minister, ook voor u proficiat met uw voortzetting. Het is ook fijn voor ons dat u zich niet moet inwerken in de materie. U kunt gewoon verder aan de slag.

Ik heb eerst een praktisch vraagje.

Mijn vriendelijke collega, mevrouw Taton, heeft een ziek kindje. Is er een antwoord voorbereid op de vragen 47 en 48? (Nee) Oké, dan weet ze dat ze niet hoeft aanwezig te blijven.

Ik zal voor mijn vragen elke keer verwijzen naar de ingediende tekst van mijn mondelinge vragen. Zo kunnen we tijd besparen en kan de minister meteen antwoorden.

De op 1 januari in werking getreden wetgeving rond gedwongen opnames in de psychiatrie vormt een fundamentele hervorming in de geestelijke gezondheidszorg. De wet zet expliciet in op minder dwang en meer vrijwillige alternatieven, zoals een behandeling onder voorwaarden. Daarnaast beoogt de wet grondigere evaluaties, met onder meer een observatieperiode van 48 uur en verbeterde medische verslaggeving.

Hoewel deze vernieuwingen belangrijk zijn voor een humanere en meer patiëntgerichte aanpak, stelt

de sector ernstige vragen bij de praktische haalbaarheid ervan.

De psychiatrische zorginstellingen kampen immers met structurele personeelstekorten en een gebrek aan gespecialiseerde faciliteiten om aan de nieuwe eisen te voldoen. Dit dreigt de zorgverlening te vertragen, wat niet alleen negatieve gevolgen kan hebben voor patiënten, maar ook voor het vertrouwen in het zorgsysteem. Bovendien legt de wet bijkomende druk op mobiele teams, die reeds op hun limiet functioneren. Dit alles vraagt om een adequate en snelle beleidsmatige respons, zowel op financieel als organisatorisch vlak.

Welke specifieke investeringen voorziet de regering om zorgverleners en instellingen te ondersteunen in het realiseren van de doelen van de vernieuwde wet?

Hoe wordt ervoor gezorgd dat de capaciteit van mobiele zorgteams, die essentieel zijn voor het succes van de hervormingen, voldoende uitgebreid wordt?

Is er een plan om de infrastructuur van spoeddiensten en gesloten eenheden te versterken, zodat de observatieperiodes van 48 uur op een kwalitatieve manier kunnen verlopen?

Welke stappen worden gezet om te garanderen dat het nieuwe standaardmodel voor medische verslaggeving correct en uniform wordt toegepast?

La **présidente**: Merci, madame Bury. Il n'y a plus besoin de président, vu que vous vous occupez de l'ordre du jour.

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, je me réjouis que vous soyez ici. Je crois que nous allons avoir une bonne collaboration.

Je voudrais souligner ce que ma conseillère, Jill Schellens, a dit, à savoir que tant les membres de l'opposition que les membres de la majorité peuvent la contacter pour voir quel est l'agenda, pour échanger des informations pratiques, etc. Cela peut toujours aider.

Ik ga meteen in op de vraag van mevrouw Bury over de gedwongen opnames. We hebben inderdaad nieuwe wetgeving sinds 1 januari. Met name door de stijging van het aantal gedwongen opnames in psychiatrische ziekenhuizen en toch ook een beetje door het oneigenlijke gebruik daarvan, was het nodig om over te gaan tot een betere beoordeling van de mensen.

De werkgroep, waarin ook de sector vertegenwoordigd is, heeft daarom een standaard medisch verslag opgesteld. Dat model is eind vorig jaar via koninklijk besluit gepubliceerd en is beschikbaar op de websites van de FOD Justitie, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. Bovendien voorziet de spoedprocedure in de mogelijkheid tot een klinische evaluatie van maximaal 48 uur om de persoon in kwestie grondig te beoordelen.

De aangepaste wet, die op 1 januari in werking trad, is beperkt tot de psychiatrische ziekenhuizen die tot op heden door de deelstaten erkend zijn. De wet voorziet evenwel in een uitbreiding van de erkenning naar een residentiële instelling. De wet omschrijft in artikel 4/1 wat daaronder wordt verstaan. Ik citeer het even: "een instelling daartoe erkend door de overheden bevoegd voor het gezondheidsbeleid op grond van de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, die voldoende veiligheidsgaranties biedt voor de betrokkenen en de samenleving en een observatie mogelijk maakt, indien nodig met tussenkomst van externe diensten". Die externe diensten kunnen bijvoorbeeld de mobiele teams zijn.

Die uitbreiding naar andere residentiële instellingen, bijvoorbeeld een psychiatrisch verzorgingstehuis of een voorziening voor personen met een handicap of voor personen met een verslaving, en de mogelijke tussenkomst in die voorzieningen van de mobiele teams, is dus nog niet van toepassing. Daartoe zal een volgende federale regering een afspraak moeten maken met de deelstaten, zo luidde het. We zijn nu echter zover. We kunnen dat nu aanpakken.

Ik vind het wel belangrijk dat de aangepaste wetgeving op de gedwongen opname kadert binnen een ruimer beleid van investeren en hervormen in de geestelijke gezondheidszorg. We moeten gewoon beter zorgen voor mensen in psychiatrische crisis, niet alleen voor mensen die via een gedwongen

statuut in de zorg terechtkomen. Overigens denk ik dat het ook belangrijk is om gedwongen opnames te vermijden door sneller aanwezig te zijn in een crisis en ook beter samen te werken met de diensten van Justitie en politie en met spoeddiensten en huisartsen.

Wat uw concrete vragen betreft, ik heb tijdens de vorige regeerperiode in totaal 39,4 miljoen euro geïnvesteerd in crisiszorg. Het ging, ten eerste om de investering van meer dan 15 miljoen euro in de uitbreiding van de 9 bestaande HIC-projecten, dus projecten voor *high intensive care*, naar 28 projecten, opdat in elk netwerk binnen een crisiszorgtraject minstens één HIC zou worden ontwikkeld. Vervolgens investeerden we ook in de versterking van de mobiele teams voor crisis- en urgentieopdrachten. Daar ging het om een bedrag van bijna 24 miljoen euro, wat eigenlijk het voorziene jaarbudget is wanneer alle netwerken operationeel zijn.

Zoals u weet, zijn investeringen inzake infrastructuur en dus ook in spoeddiensten sinds de zesde staatshervorming een bevoegdheid van de deelstaten. Hiermee beantwoord ik uw derde vraag.

Ik meld u ook dat onze FOD op 12 maart samen met de FOD Justitie voor de sector een webinar organiseert waarin alle nuttige informatie over de gewijzigde wet van 26 juni 1990 inzake de bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening aan bod zal komen, waaronder ook dat nieuwe standaardmodel voor het omstandig medisch verslag.

01.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dank voor het antwoord. Voor de residentiële instellingen wordt er in een uitbreiding voorzien, maar als ik het goed begrijp, vallen de psychiatrische ziekenhuizen onder de bevoegdheid van de deelstaten, maar als de uitbreiding naar residentiële instellingen plaatsvindt, zal dat onder onze bevoegdheid vallen. Begrijp ik het zo goed?

01.04 Minister Frank Vandenbroucke: Neen, psychiatrische verzorgingstehuizen vallen bijvoorbeeld ook onder de bevoegdheid van de deelstaten. We zullen dus met de deelstaten moeten spreken.

01.05 Katleen Bury (VB): Ja, het is inderdaad belangrijk om met de deelstaten te spreken.

Eigenlijk is wat er in de nieuwe regelgeving staat zeer goed nieuws. Er rijzen evenwel vragen met betrekking tot de uitbreiding en de capaciteit. Als we willen dat het systeem draait zoals het hoort, dan moet er voldoende kwaliteit geboden kunnen worden, met de nodige uitbreiding in de toekomst.

Ik heb nog een ander punt. Als er zaken mislopen tijdens de 48 uur tijdens dewelke iemand onderzocht wordt, of als er dan een personeelstekort of een gebrekkige uitvoering is, zullen advocaten daar meteen op springen. Ze zullen in procedures aanhalen dat het niet wettelijk verlopen is of ervoor zorgen dat de persoon in kwestie de straf die daarop volgt niet zal moeten uitzitten, omdat daar dingen fout zijn gelopen.

Die vraag, die over dezelfde wet gaat, heb ik aan de minister van Justitie gesteld, teneinde daar een duidelijk antwoord op te krijgen. Ik zal beide antwoorden dus samenleggen en bekijken welke stappen er nog moeten worden gezet.

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

02 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De door de WHO aangenomen amendementen op het IHR" (56002302C)

02 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les amendements au RSI adoptés par l'OMS" (56002302C)

02.01 Katleen Bury (VB): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

De recent aangenomen amendementen op het Internationale Gezondheidsreglement (IHR) door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in juni 2024 brengen aanzienlijke veranderingen met zich mee voor de wereldwijde en nationale aanpak van gezondheidscrisis. De nieuwe verplichtingen omvatten o.a. de oprichting van een nationale IHR-autoriteit, de invoering van een pandemische noodtoestand

als fase van alertheid en het creëren van solidariteitsmechanismen voor eerlijke toegang tot gezondheidsproducten. Hoewel deze maatregelen zijn ontworpen om internationale samenwerking te versterken, roept de implementatie ervan belangrijke vragen op over de haalbaarheid, de financiering, en de impact op de nationale soevereiniteit.

Zou België de maatregelen van de WHO-amendementen willen implementeren, en zo ja, is er reeds voldoende onderzoek gedaan naar de praktische uitvoerbaarheid en financiële haalbaarheid van deze implementatie?

Is België bereid de oprichting van een nationale IHR-autoriteit te realiseren? Hoe kan worden gewaarborgd dat deze autoriteit onafhankelijk opereert, zonder inmenging van politieke belangen?

Wat zou de verwachte financiële bijdrage van België zijn aan het nieuwe solidariteitsmechanisme (art. 44bis), en zou België bereid zijn deze financiële verplichting aan te gaan? Hoe zou de transparantie en verantwoording van de besteding van deze middelen gegarandeerd kunnen worden, vooral in het licht van de mogelijke impact op de Belgische belastingbetaler?

Welke impact zou de invoering van de nieuwe pandemische noodtoestand hebben op de besluitvorming in België tijdens een crisis? Zou de invoering van deze noodtoestand de bevoegdheden van de federale en regionale overheden kunnen ondermijnen? Is er voldoende ruimte voor nationale soevereiniteit binnen de nieuwe WHO-regels?

Hoe zou de minister ervoor zorgen dat Belgische burgers prioriteit krijgen bij de toegang tot essentiële gezondheidsproducten? Welke maatregelen zal België nog kunnen nemen om te voorkomen te afhankelijk te worden van externe leveranciers van medische producten? Welke lessen heeft U getrokken uit de COVID-19-crisis?

Welke wijzigingen in de Belgische wetgeving en procedures zouden nodig zijn om de WHO-amendementen te implementeren? Is België bereid de noodzakelijke veranderingen door te voeren om aan de nieuwe regels te voldoen? Hoe zal U voorkomen dat de nieuwe WHO-regels leiden tot een ongewenste verschuiving van beslissingsmacht naar internationale instanties?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ten eerste, de amendementen van de WHO stemmen overeen met de Belgische positie, zoals die werd vastgelegd in de overlegstructuur van de CoorMulti. Alle bevoegde Belgische niveaus en overheidsdiensten hebben bijgedragen tot de bepaling van die positie. Bovendien dragen de amendementen bij aan het doel van de International Health Regulations (IHR), met name het voorkomen van, het zich voorbereiden op, het beschermen tegen en ook het beheersen van en reageren op de internationale verspreiding van ziekten.

Of België al dan niet een weigering of een voorbehoud bij amendementen zal maken, zal opnieuw via de CoorMulti worden beslist. Het merendeel van de amendementen geeft overigens flexibiliteit naargelang het nationaal recht, de nationale context of de beschikbare middelen. Er zijn nauwelijks harde verplichtingen in deze amendementen opgenomen.

Ten tweede, de amendementen laten de vrijheid aan de lidstaten van de WHO om ofwel een nationale IHR-autoriteit op te richten ofwel er een aan te duiden. Bovendien wordt er flexibiliteit gegeven naargelang het nationaal recht en de nationale context. Zo'n nationale IHR-autoriteit heeft alleen tot doel om de implementatie van de International Health Regulations te coördineren. De IHR-autoriteit verandert op geen enkele manier de interne Belgische verdeling van bevoegdheden.

Het is mogelijk dat de autoriteit een reeds bestaand orgaan wordt, zoals onze Risk Management Group. Die bestaat, zoals u weet, uit vertegenwoordigers van de gezondheidsautoriteiten op zowel federaal als deelstaatsniveau. Op dit moment wordt het National IHR Focal Point voor België door het Chief Medical Office bij de FOD Volksgezondheid waargenomen. Het IHR Focal Point zit ook de vergaderingen van de Risk Management Group voor.

Ten derde, het coördinerende financieringsmechanisme van artikel 44bis impliceert geen bijkomende financiële verplichtingen voor de lidstaten. Het mechanisme ondersteunt de identificatie van en de toegang tot financiering die nodig is om op een billijke manier tegemoet te komen aan de noden en prioriteiten van ontwikkelingslanden. Er wordt met andere woorden geen nieuw fonds gecreëerd, maar

eerder een mechanisme in werking gesteld dat de bestaande financiering voor de implementatie van IHR transparant maakt en optimaliseert. Dat nieuwe mechanisme moet bovendien rapporteren aan en krijgt sturing van de World Health Assembly, waarin alle WHO-lidstaten, waaronder België, vertegenwoordigd zijn.

Wat uw vierde vraag betreft, de noodtoestand van *pandemic emergency* bouwt verder op de reeds bestaande formele verklaring van een *public health emergency of international concern*, die de Wereldgezondheidsorganisatie vandaag al kan doen. Dat heeft tot doel een versterkte internationale samenwerking te initiëren rond het ontwikkelen en verdelen van *medical countermeasures*. Een dergelijke internationale samenwerking moet echter nog worden uitgewerkt in het kader van het pandemieverdrag, waarrond de onderhandelingen nog lopen.

Voor het overige blijft de situatie zoals ze vandaag al is. De WHO-directeur-generaal kan wel aanbevelingen doen, maar het al dan niet nemen van gezondheidsmaatregelen blijft een beslissing van de WHO-lidstaten volgens de eigen nationale procedures. De landen blijven zelf verantwoordelijk voor hun gezondheidsbeleid. Er is dus geen rechtstreekse impact van die wijzigingen aan het internationaal gezondheidsreglement op de Belgische besluitvorming of bevoegdheden.

Wat uw vijfde vraag betreft, België rekent op verdere Europese en internationale samenwerking voor het zo goed mogelijk verzekeren van de toegang tot essentiële gezondheidsproducten voor onze bevolking, zowel tijdens gezondheidscrisissen als daarbuiten. Sinds COVID-19 zijn er verschillende initiatieven genomen om een betere coördinatie te verzekeren binnen en buiten de Europese Unie. Ik denk daarbij aan de oprichting van HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority) en aan het feit dat we tijdens het Belgische EU-voorzitterschap een initiatief hebben genomen om de beschikbaarheid van kritieke geneesmiddelen te garanderen. Dat gaat dus eigenlijk nog breder dan de *countermeasures*. Ik denk daarbij ook aan wat ik daarnet al heb besproken, de IHR. Na een debat werden de IHR gewijzigd en er wordt nu onderhandeld over een pandemieverdrag.

Wat uw zesde vraag betreft, er is maar één kwestie die om een initiatief vraagt. Het is nodig om een nationale IHR-autoriteit aan te duiden. De bereidheid om noodzakelijke veranderingen uit te voeren moet binnen CoorMulti in overleg worden beslist. Ik zie geen enkele impact op de nationale soevereiniteit.

02.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dank voor uw in eerste instantie geruststellende antwoord. Het is immers van cruciaal belang dat wat de WHO ons oplegt ook haalbaar is.

U hebt gezegd dat er geen repercussies zijn voor de financiering. Het belangrijkste was echter de nationale soevereiniteit. U hebt gezegd dat we nog altijd zelf zullen kunnen beslissen en dat Europa een handig middel is om voor betere samenwerking te zorgen. Dat is absoluut zo en we merken dat ook op het vlak van medicijnen. België is maar België en alleen is maar alleen. Wanneer er aan belangrijke regelgeving wordt gemorreld en er problemen zouden opduiken in geval van een pandemie of met betrekking tot de toegankelijkheid van medicijnen, zou dat gevaarlijk kunnen zijn.

Ik kijk uit naar extra toelichting over de voortzetting van dat proces. Ik zal het verder opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De illegale online verkoop van afslankmedicijnen" (56002305C)

03 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vente illégale en ligne de médicaments amaigrissants" (56002305C)

03.01 Katleen Bury (VB): Ook nu verwijs ik naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Het is verontrustend hoe eenvoudig het momenteel is om via het internet voorgeschreven afslankmedicijnen zoals Ozempic en Mounjaro te verkrijgen, zonder enige medische controle. Onderzoeksjournalist Nuyts bewees onlangs hoe hij via een Belgische website zonder fysieke

medische consultatie een abonnement voor Mounjaro kon afsluiten. Het enige wat nodig was, was een telefonische consultatie met een "medewerker", waarna de medicatie maandelijks in een gekoeld pakket werd toegestuurd. Dit is niet alleen een wetsovertreding, maar roept ernstige zorgen op over de gezondheid van consumenten die gevaarlijke medicijnen zonder adequate opvolging gebruiken.

Bovendien blijkt dat gebruikers eenvoudig kunnen liegen over hun gewicht en BMI, waardoor ze toegang krijgen tot deze medicijnen. Dit toont hoe gemakkelijk het is om gevaarlijke medicijnen zonder medische toetsing te verkrijgen. Dit maakt het vrijwel onmogelijk om de juiste toepassing van deze middelen te controleren en opent de deur naar onverantwoorde zelfmedicatie.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) waarschuwt terecht voor de risico's van het kopen van geneesmiddelen zonder medische opvolging, wat levensbedreigende gevolgen kan hebben.

De verkoop van genoemde geneesmiddelen via buitenlandse websites zonder medische tussenkomst is illegaal in België. Wat zijn de plannen van de federale overheid om deze online verkoop effectiever te bestrijden en bedrijven zoals Amelio Health juridisch aan te pakken?

Aangezien websites beweren te voldoen aan de regelgeving van andere landen, zoals Nederland, hoe zorgt de federale overheid ervoor dat buitenlandse bedrijven zich aan de Belgische wetgeving houden? Is er voldoende samenwerking met andere inspecties om grensoverschrijdende praktijken te controleren?

De online verkoop zonder fysieke consultatie roept vragen op over de ethische verantwoordelijkheid van artsen die betrokken zijn bij het online voorschrijven. Wat doet de federale regering om te zorgen dat artsen die betrokken zijn niet de wet overtreden en de veiligheid van patiënten in gevaar brengen?

Gezien de toenemende vraag naar afslankmedicijnen buiten de context van medische behandelingen, vindt de federale overheid dat de regelgeving rondom gewichtsverliesmedicijnen herzien moet worden?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, in antwoord op uw eerste vraag, online geneesmiddelen op voorschrift verkopen is onwettig. De casus die u aanhaalde, wordt dan ook zeer nauw opgevolgd door onze inspecties en door de bevoegde instanties. Websites waarbij een link met een Belgische betrokkene kan worden aangetoond, kunnen relatief eenvoudig afgesloten worden. De overtreiding kan dan ook via de inspectiediensten of via de gerechtelijke weg vervolgd worden.

We stellen echter vast dat dat type websites meestal buiten de EU wordt gehost. In dat geval kan de procureur des konings de website enkel doen afschermen ter hoogte van de Belgische internetproviders. Die maatregel valt, helaas, relatief makkelijk te omzeilen, zowel door de aanbieder als door de gebruiker. Het is dus zaak vooral om de apotheek die onrechtmatig verpakkingen Ozempic en Mounjaro naar de Belgische markt verzendt, in dit geval gevestigd in Nederland, aan te pakken. Daarvoor moet nauw samengewerkt worden tussen de Belgische en de Nederlandse instanties, wat nu ook gebeurt.

Voorlichting van de burger is een ander belangrijk aspect hierin. In het verleden lanceerde het FAGG al informatiecampagnes die de burger waarschuwden voor de gevaren van het aankopen van geneesmiddelen via het internet. Heden wordt aan de voorbereiding van een nieuwe informatie-campagne gewerkt. Ook wordt er informatie gepubliceerd via de website van het FAGG, met name farmainfo.be. Die informatie zal in de nabije toekomst gevoelig uitgebreid worden.

In antwoord op uw tweede vraag, als wordt vastgesteld dat Europese aanbieders inbreuken plegen op de Belgische wetgeving wordt contact opgenomen met de bevoegde instanties in de betrokken lidstaat. In ernstige gevallen zal in samenwerking met het kabinet van de procureur des Konings overgegaan worden tot een internationaal rechtshulpverzoek. Coördinatie op Europees niveau kan tot stand komen via meerdere instellingen, waarvan Europol de belangrijkste is. Vooral Europol speelt een coördinerende rol door overleg met de verschillende bevoegde instanties in de lidstaten te faciliteren.

Voor de opvolging van illegale invoer van geneesmiddelen en gezondheidsproducten werken de inspectiediensten van het FAGG continu samen met de douanediens ten. Er bestaat ook een continue samenwerking met andere inspectiediensten, zoals die van het FAVV, de FOD Economie en de FOD

VVVL. Ook niet te vergeten zijn de samenwerkingen met de parketten en de federale gerechtelijke politiediensten.

In verband met uw derde vraag zijn Belgische verstrekkers uiteraard gehouden aan de Belgische wetgeving. In het geval Belgische artsen of apothekers op dergelijke wijze handelen, kunnen de Federale Toezichtcommissie en de inspectiediensten van het FAGG gebreken vaststellen. In het betreffende artikel is echter sprake van activiteiten in Nederland. De Europese wetgeving bepaalt dat bij telegeneeskunde het land waar de zorg wordt verstrekt, het land is waar de zorgverlener is gevestigd. Het internationaal privaatrecht stelt dat het recht van het land waar een dienst wordt verstrekt, het toepasselijke recht is. Dat betekent concreet dat het Nederlandse recht van toepassing is en dat de Nederlandse autoriteiten in casu moeten vaststellen of de zorgverstrekker conform de wet handelt. Ik wil wel opnieuw beklemtonen dat het FAGG daarover in contact staat met de Nederlandse autoriteiten en dat het onderzoek lopende is.

Dan kom ik tot uw laatste vraag. Ik heb al aangegeven in het verleden dat ik ervoor opensta om samen met experts te bekijken welke rol GLP-1-analogen kunnen spelen in de strijd tegen obesitas. Vandaag bestaat echter nog steeds grote kans op onbeschikbaarheden, die ten koste gaan van diabetespatiënten. De voorschriftbeperking, die we daarom hebben ingevoerd, wordt voortdurend geëvalueerd. Zodra het risico van tekorten van GLP-1-analogen voor diabetespatiënten onder controle is, zal die beperking natuurlijk opgeheven worden.

03.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik noteer dat het privaatrecht van het land waar de zorg wordt verstrekt, van toepassing is. Het telefonische consult vindt plaats in Nederland, maar dat de injectie van het middel ongetwijfeld in België gebeurt, heeft daar dan niets mee te maken? Bestaat daarover geen juridische discussie? Het lijkt me juridisch toch niet heel duidelijk wat nu precies het land is waar er zorg wordt verstrekt.

Ik noteer dat het FAGG het dossier behartigt; dat is belangrijk. Praktijken waarbij, zoals de onderzoeksjournalist naar buiten bracht, een koper, nadat hij er door een medewerker bij de telefonische consultatie op gewezen werd dat zijn BMI onvoldoende hoog is, dat op de website kan aanpassen en alsnog het middel toegestuurd krijgt, moeten uit de wereld worden geholpen. Ik heb niet direct een antwoord gekregen op mijn vraag of de website nog operationeel is dan wel of de verkoop doorgaat via een andere website.

Ten slotte, ik begrijp dat er rigoureuus met die medicijnen moet worden opgesprongen, gezien de medische context en het mogelijke tekort voor diabetici. Maar het staat buiten kijf dat de illegale markt niet zal worden opgedoekt als we niet onderzoeken of de middelen zonder meer als afslankmedicijn kunnen worden gebruikt. Een aantal studies geeft al aan dat het medicijn niet alleen goed is om enkele kilo's te verliezen, maar ook enorm veel gezondheidsvoordelen oplevert. Bovendien heeft het tot gevolg dat onze gezondheidszorg veel minder wordt belast, want heel wat mensen kampen jaren met overgewicht en moeten naar het ziekenhuis voor allerlei aandoeningen die aan overgewicht gelinkt zijn.

Daarom hamer ik erop dat u er alles aan doet om tekorten voor diabetespatiënten te vermijden en dring ik erop aan dat u het gebruik van de betreffende middelen uitbreidt tot afslankmedicijn.

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

De **voorzitter**: Op vraag van mevrouw Eggermont en met instemming van mevrouw Bury worden de samengevoegde vragen nr. 56002307C van mevrouw Bury en nr. 56002369C van mevrouw Eggermont uitgesteld naar een volgende vergadering.

04 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Onwettige praktijken bij tandzorgtoerisme" (56002278C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De instroom van Roemeense tandartsen" (56002308C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De inval in een hotel in het kader van een onderzoek naar illegale tandheelkundige praktijken" (56002310C)

04 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les pratiques illégales dans le cadre du tourisme dentaire" (56002278C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'afflux de dentistes roumains" (56002308C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La descente dans un hôtel dans le cadre d'une enquête sur des pratiques dentaires illégales" (56002310C)

04.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het parket van Antwerpen is een tijdje geleden binnengevallen in een Antwerps hotel, waar er informatiesessies werden georganiseerd voor tandheelkundig toerisme in Turkije.

Die praktijken zijn niet nieuw en er wordt volop voor geadverteerd op verschillende websites. Ik heb er een aantal gevonden, zoals Dental Travel België, Medical Travel en Esthetic Airlines. Soms wordt er nazorg aangeboden in België, maar soms wordt daar helemaal geen melding van gemaakt. Eerder zelden is het duidelijk wie de tandartsen precies zijn.

In 2019 ondervroeg ik minister De Block daarover. Ze kondigde toen een kadaster aan, waardoor elke potentiële patiënt zou kunnen opzoeken of een zorgverstrekker de nodige opleiding en beroepsbekwaamheden had, want die op zijn minst twijfelachtige, maar waarschijnlijk ook onwettige praktijken bleken zich toen ook uitsluitend in Vlaanderen te situeren.

Graag stel ik u daarover de volgende vragen.

Volgens de kwaliteitswet moeten zorgverstrekkers hun bijzondere beroepstitels kenbaar maken als ze informatie over hun praktijk verspreiden. Dat gebeurt dus duidelijk niet altijd. Vaak vindt men niet eens de namen van de artsen of tandartsen op websites. Zou het volgens u niet nuttig zijn als daarenboven ook het RIZIV-nummer of het visum vermeld moet worden op de website en sociale media, zodat duidelijk is of zorgverstrekkers hun beroep in België mogen uitoefenen?

Hoever staat het met een gedetailleerd kadaster van zorgverstrekkers?

Hoeveel van dergelijke praktijken werden ontdekt en onderzocht? Door welke instantie werden ze opgespoord? Kunt u ook verduidelijken over hoeveel gevallen het gaat per provincie?

Wat waren exact de overtredingen die de artsen of tandartsen ten laste werden gelegd?

Gaat het vooral om tandheelkundig toerisme richting Turkije of gaat het ook om andere landen?

Hoe komt het volgens u dat die praktijken vrij openlijk online adverteren en toch zo moeilijk aan te pakken zijn?

04.02 **Katleen Bury** (VB): Ik heb nog enkele bijkomende vragen over de aanhoudingen die verricht zijn bij de inval in dat hotel.

Er werd een medewerker gearresteerd. Is die persoon nog steeds gearresteerd?

Zijn er plannen om in de toekomst meer van dergelijke invallen uit te voeren? Welke specifieke vervolgstappen zal de Toezichtcommissie nemen?

Is er samenwerking met de Turkse autoriteiten om de zorgpraktijken van de artsen die actief zijn in België te reguleren en de veiligheid van onze patiënten te waarborgen?

Mijn volgende vraag had ik u misschien beter schriftelijk kunnen stellen. Hebt u een zicht op de extra kosten voor de gezondheidszorg voor ingrepen die door buitenlandse artsen zijn uitgevoerd waarbij wij opdraaien voor de nazorg omdat het een en ander misgelopen is?

Ik stel vast dat mijn vraag over de Roemeense tandartsen toegevoegd werd, maar eigenlijk ging die over iets anders. Daar zien we mensen met een diploma dat als het ware gekocht is. In de vorige legislatuur hebt u daarover al overleg gepleegd met de Roemeense autoriteiten. Daaruit kwam een maatregel voort, namelijk de taalkennisvereiste. In de praktijk zien we dat het daarbij meestal om het Frans gaat. Dat zal de zorgkwaliteit bij ons in Vlaanderen evenwel niet noodzakelijk verbeteren.

Daarover had ik ook een aantal vragen, die losstaan van de inval in Antwerpen, met name over de resultaten van de onderhandelingen met Roemenië.

Heeft dat overleg daadwerkelijk geleid tot concrete maatregelen die de kwaliteit van de tandheelkundige zorg door Roemeense tandartsen in België verbeteren? Welke aanvullende stappen zullen er worden ondernomen om te waarborgen dat tandartsen die in België werkzaam zijn de hoge professionele normen hanteren die wij in ons land verwachten?

04.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik begin met uw laatste punt, over de Roemeense tandartsen. In november 2023 heb ik daarover effectief al met mijn Roemeense ambtgenoot gesproken. Ik heb uitgelegd dat er bezorgdheden rijzen over de kwaliteit van de opleiding van bepaalde tandartsen die in Roemenië afstuderen. Mijn Roemeense collega heeft me gezegd dat, wanneer er gegronde vermoedens zijn dat bepaalde kandidaten niet voldoen, bijkomende informatie kan worden ingewonnen bij de bevoegde autoriteiten in Roemenië. Hij voegde daaraan toe dat men dan wel concrete informatie moet aanleveren dat men niet aan de Europese regelgeving voldoet.

U weet dat de beroepskwalificaties van Europese tandartsen in het kader van de Europese richtlijn erkend worden op basis van een coördinatie van minimumopleidingseisen. Het betreft een automatische erkenning, wat tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort. We hebben de aandacht van de gemeenschappen gevestigd op het feit dat de richtlijn een aantal mogelijkheden bevat om Roemenië in geval van gerechtvaardigde twijfel om aanvullende informatie over opleidingen te verzoeken. De moeilijkheid ligt in het duidelijk aantonen welke onderwijsinstellingen in Roemenië met dat probleem te maken hebben. Men moet niet alleen aanwijzingen hebben, maar ook onweerlegbaar bewijs kunnen aanleveren.

U weet dat ik in de vorige legislatuur ook een maatregel heb genomen om de kennis van de landstalen bij zorgverstrekkers, in dit geval tandartsen, te garanderen. Concreet betekent dat dat tandartsen moeten aantonen dat ze een van onze drie landstalen op het niveau C1 van het Europese referentiekader beheersen. De controle gebeurt vóór de aflevering van het visum op basis van een taalcertificaat. Daarnaast moeten gezondheidszorgbeoefenaars de nodige gegevens waaruit hun talenkennis blijkt, bijhouden in hun portfolio. De Federale Toezichtcommissie staat in voor de controle van die talenkennis in het kader van de andere kwaliteitscriteria.

Wat uw laatste vraag over de Roemeense tandartsen betreft, herhaal ik dat de Europese richtlijn niet toelaat om de kennis van de taal van een specifiek taalgebied te eisen. De beoefenaar kan kiezen welke van de officiële Belgische talen hij spreekt en doorgeven van welke talen hij kennis heeft. Wel moet elke gezondheidszorgbeoefenaar patiënten doorverwijzen naar een andere gezondheidszorgbeoefenaar wanneer hij bij de uitoefening van zijn beroep de grenzen van zijn eigen bekwaamheid overschrijdt. Dat geldt uiteraard ook voor communicatieproblemen met de patiënt, waarbij verwezen kan worden naar de rechten van de patiënt.

Ik heb de vragen van mevrouw Gijbels en van mevrouw Bury samengevoegd in elf punctuele vragen.

Ten eerste, inzake de recente inval in het hotel nabij het station Antwerpen-Centraal, heeft de Federale Toezichtcommissie geen zicht op het verdere verloop van het dossier daar het om een lopend onderzoek bij het parket gaat. Indien het parket of de politiediensten dat nodig achten, kan evenwel

een beroep worden gedaan op de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie voor advies of bijstand.

Het gerechtelijk onderzoek is geheim. Eenieder die beroepshalve zijn medewerking moet verlenen aan het gerechtelijk onderzoek is tot geheimhouding verplicht. U weet dat wie dat geheim schendt, bestraft kan worden. Indien dus aan de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie advies wordt gevraagd, mag men daar niet over communiceren.

Ten tweede, zijn er plannen om in de toekomst vaker dergelijke invallen uit te voeren? Dat hebben we al besproken in een recent actuadebat. Al onze inspectiediensten en de parketten zijn zich zeer bewust van die praktijken. Ze nemen ook actie. Daarvan getuigt de berichtgeving waarnaar u in uw vraag verwees. We blijven daar dus op werken. Ik zal ook bekijken of er versterking nodig is, bijvoorbeeld voor de taken van de Toezichtcommissie.

Ten derde, inzake de vervolgstappen is de Federale Toezichtcommissie bevoegd om gevallen van illegale praktijken te onderzoeken en door te geven aan het openbaar ministerie, dat vervolgens overgaat tot vervolging.

Ten vierde, is er op dit moment enig overleg en samenwerking met de Turkse autoriteiten? Er is geen contact met de Turkse autoriteiten over deze kwestie.

Ten vijfde, hebben we zicht op extra kosten die onze gezondheidszorg op zich moet nemen wegens complicaties na ingrepen die werden uitgevoerd door buitenlandse artsen? De oorsprong van de complicaties die optreden na een operatie, al dan niet uitgevoerd door in het buitenland gevestigde zorgverleners, wordt niet in het gezondheidszorgsysteem geregistreerd. Het is dus niet mogelijk om de kosten van complicaties aan hun oorzaak te koppelen.

Ten zesde, hoe vindt men informatie over de namen van tandartsen of artsen op de websites? Zou het niet nuttig zijn als ook het RIZIV-nummer of het visum op de website en in sociale media wordt vermeld? Het artikel 31 van de wet van 22 april 2019 over de kwaliteitsvolle praktijkvoering bepaalt dat de gezondheidzorgbeoefenaar die informatie in verband met zijn gezondheidsberoep onder de aandacht van het publiek brengt de specifieke beroepstitels die hij of zij bezit moet vermelden. Bovendien kan de patiënt op de website van de FOD Volksgezondheid gemakkelijk het register van de gezondheidswerkers raadplegen. Dat zal aangeven of de beroepsbeoefenaar tot wie hij zich richt gemachtigd is om op het Belgische grondgebied te werken.

In dit specifieke geval is het vermelden van het RIZIV-nummer minder van tel, aangezien de patiënten in principe weten dat ze zich wenden tot een buitenlandse beroepsbeoefenaar die zich buiten België bevindt en die buiten België werkt. Ik moet erop wijzen dat de promotie van zorg in het buitenland aan Belgische patiënten niet strafbaar is. De promotie moet wel voldoen aan alle regels inzake economische praktijken en mag niet met illegale uitoefening gepaard gaan.

Hoever staat het met een gedetailleerd kadaster van zorgverstrekkers? Het register van praktijken, zoals gedefinieerd door de wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering, is nu al operationeel. Via een samenwerking tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV is MyRIZIV omgevormd tot ProGezondheid. Dat is een portaal waarop elke zorgverlener met een visum kan inloggen en zijn profiel kan aanvullen en valideren.

ProGezondheid gaat verder dan het register en verzamelt naast de beroepstitel en de locatie ook de contactgegevens, de noodcontactgegevens en alle informatie vanuit het RIZIV. Die gegevens zullen binnenkort ook beschikbaar zijn voor de burger via de zoekmotor HealthPro. De burger zal dan alle gegevens met betrekking tot een zorgverlener kunnen opzoeken.

Ten achtste, hoeveel van dergelijke praktijken werden ontdekt en onderzocht en hoeveel per provincie? Ik kan u geen precieze cijfers geven, omdat de Federale Toezichtcommissie alleen bevoegd is om gevallen van illegale praktijken te onderzoeken en de feiten vast te stellen, indien nodig in samenwerking met Economische Inspectie en het openbaar ministerie. De strafrechtelijke procedure valt dan onder de verantwoordelijkheid van het openbaar ministerie. De Federale Toezichtcommissie heeft dat soort voorvallen al meermaals gemeld aan het openbaar ministerie en de Economische Inspectie, maar ik kan dus niet zeggen welke juridische stappen er dan zijn ondernomen. Het fenomeen

treft vooral de grote agglomeraties van Vlaanderen – Antwerpen, Gent enzovoort – en Brussel.

Wat waren de overtredingen? Het promoten van zorg in het buitenland bij Belgische patiënten is niet strafbaar. Die promotie moet wel voldoen aan alle regels inzake economische praktijken en ze mag niet gepaard gaan met de illegale uitoefening van het beroep in België.

Gaat het vooral om tandheelkundig toerisme richting Turkije? Volgens mijn diensten is Turkije een vaak voorkomende bestemming, maar het gaat ook om landen in Oost-Europa en Noord-Afrika.

Inzake het online adverteren herhaal ik dat het promoten van zorg in het buitenland aan Belgische patiënten niet strafbaar is. Wat wel strafbaar is, zijn oneerlijke economische en illegale praktijken, in het bijzonder de consultatie of het opstellen van zorgplannen door beroepsbeoefenaren die niet gemachtigd zijn om in België een gezondheidszorgberoep uit te oefenen. De moeilijkheid ligt in het vaststellen van de strafbare feiten door middel van bevindingen ter plaatse.

04.04 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Het is natuurlijk een goede zaak dat er al zoekmotoren bestaan om zorgverstrekkers na te trekken en om te kijken of die wel gemachtigd zijn om hier zorg te verlenen. Het probleem is ook dat de patiënten of de modale burgers zich er niet van bewust zijn dat die zoekmotoren bestaan. Dat zou dus wel eens onder de aandacht moeten worden gebracht.

U zegt dat het niet verboden is om promotie te maken voor zorg in het buitenland, maar vaak ziet men niet eens wie de zorg verleent, zelfs al gebeurt dat op locaties in Vlaanderen. Dat is problematisch, want dan kan een burger niet opzoeken of een persoon wel de juiste kwalificaties heeft. Er is dus nog wel wat werk rond het informeren en sensibiliseren van de bevolking.

Natuurlijk moet ook gehandhaafd worden wat wettelijk bepaald is. Er is al heel veel bepaald, bijvoorbeeld dat men zijn kwalificaties moet vermelden. Als dat echter niet gebeurt en er wordt niet ingegrepen, dan zullen die praktijken, die nu al tientallen jaren bestaan, niet direct uitgedoofd zijn.

04.05 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, met betrekking tot de Roemeense tandartsen hebt u enigszins herhaald wat ik ook al in mijn vraagstelling had geformuleerd. U eindigde met de kennis van de landstalen. Men moet één landstaal op niveau C1 spreken voordat men een visum krijgt. U zei dat we niet aan Europa kunnen vragen om meerdere talen op te leggen of om de taal te koppelen aan het landsdeel waar men werkt. Gelet op de patiëntenrechten dient een tandarts door te verwijzen wanneer hij niet kan communiceren met de patiënt. Is er echter toezicht op dat die tandartsen dat daadwerkelijk doen? Als dat zo zou zijn, kan men daar zeker een veiligheid inbouwen. Dat moet echter verder onderzocht worden.

U weet immers hoe dat in de praktijk verloopt. Voor de tandarts gaat het om inkomsten. De communicatie mag dan wel in gebrekkig Frans verlopen, de tandarts zal niet gauw zelf de patiënt doorverwijzen naar een collega. Het is niet daarom dat hij werk zoekt in België.

Mijn andere vraag ging over de inval bij die Turkse tandarts in Antwerpen. U zegt dat het gerechtelijk onderzoek geheim is. Ik vraag evenwel alleen of van de aangehouden personen nog iemand aangehouden is en of het over meerdere personen gaat. Ik vraag niet om de identiteit. Ik geef een ander voorbeeld. Als wij aan de eerste minister of aan de minister van Justitie vragen hoeveel mensen werden aangehouden bij de rellen tijdens nieuwjaarsnacht en hoeveel er nog in de gevangenis zitten, kunnen zij daarop gerust antwoorden. Dat schendt het gerechtelijk onderzoek niet.

U zult bekijken of er versterking nodig is voor de Toezichtcommissie. Dat is heel goed.

U stelt dat u geen contact met de Turkse autoriteiten hebt. Nochtans toont de daaraan gekoppelde vraag over Roemenië dat dergelijke contacten nuttig kunnen zijn. Ik zou er dus op willen aandringen dat u wel contact opneemt met de Turkse autoriteiten.

Heel belangrijk is het traceren van de complicatiekosten. Die kosten vormen een belangrijke belasting voor onze gezondheidszorg. De komende vijf jaar zal ik dan ook enorm op dat dossier hameren. Alles wat in de gezondheidszorg heel goed werkt, is immers top. Aan alles waarvoor evenwel te veel geld wordt opgesoupeerd, moeten we paal en perk stellen om het systeem betaalbaar te houden.

Wanneer mensen ervoor kiezen om naar Turkije te gaan om ginds alle tandjes te laten afslijpen zoals een vampier, dan moeten de complicaties daarna niet op onze gezondheidszorg worden verhaald. Dat is risicoaanvaarding. Dat is een goede juridische term die bestaat. Wie naar Turkije trekt, moet ook niet meer op onze gezondheidszorg rekenen voor de nazorgbehandeling. Daarom moet dringend werk worden gemaakt van het wel traceerbaar maken van complicaties, zodat kan worden nagegaan vanwaar die kosten komen. Daarom roep ik op om een en ander zo snel mogelijk in kaart te brengen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 **Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La surprescription d'antidépresseurs" (56002312C)**

05 **Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het overmatig voorschrijven van antidepressiva" (56002312C)**

05.01 **François De Smet (DéFI):** *Monsieur le ministre, les statistiques de l'INAMI démontrent qu'au cours de l'année écoulée, un nombre important d'antidépresseurs est encore prescrit par les médecins généralistes: le généraliste moyen prescrit ce type de médicaments à 11.7 % de sa patientèle, tandis que 10 % des médecins généralistes en prescrivent à 20 % de leurs patients. Les chiffres interpellent car d'une part, les antidépresseurs ont des effets secondaires et leur prescription n'est pas sans conséquences et d'autre part, cette surprescription pose la question de la responsabilité médicale.*

Même si cette problématique fait écho à un phénomène de société plus global lié à la santé mentale qui se vit différemment selon les Régions du pays, et selon le critère urbain ou rural, il n'en demeure pas moins qu'elle est révélatrice d'un problème de santé publique. Monsieur le ministre, vous avez lancé l'année dernière une vaste campagne en faveur de l'utilisation rationnelle des psychotropes, en cours d'évaluation.

En conséquence, Monsieur le ministre peut-il me faire savoir: si ses services ont pris contact avec l'INAMI, laquelle a notamment pour mission la surveillance des comportements de prescription non rationnels? Dans l'affirmative, quelles seraient les mesures prises? Si la convention INAMI de 2024 des soins psychologiques de première ligne fruit d'une collaboration entre l'INAMI, le SPF Santé publique et l'ensemble du secteur de la santé mentale, sera davantage activée?

05.02 **Frank Vandenbroucke, ministre:** Monsieur De Smet, les objectifs de la campagne Psychotropes menée par le SPF Santé publique entre septembre 2023 et juin 2024 étaient de soutenir les médecins généralistes, les pharmaciens et les psychologues dans leurs pratiques afin de favoriser un usage adéquat des psychotropes mais également de promouvoir la collaboration multidisciplinaire ainsi que le site web élaboré pour centraliser toutes les formations, études récentes et outils pratiques utiles aux professionnels.

Chaque mois, un focus a été mis sur des thématiques spécifiques, dont notamment les antidépresseurs. Des publications ont été diffusées largement via, entre autres, les réseaux sociaux et des associations professionnelles dont la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et Domus Medica. Pour les antidépresseurs, il a été rappelé que c'est le degré de sévérité de la dépression qui doit déterminer si un traitement antidépresseur est nécessaire et que si un antidépresseur s'avère nécessaire, celui-ci doit toujours être combiné avec un accompagnement psychosocial.

Les résultats de l'évaluation de la campagne sont attendus pour fin juin 2025. De plus, le SPF collabore activement avec l'INAMI pour continuer à suivre attentivement l'évolution des comportements de prescription.

Suite à un ensemble de mesures visant à pousser le grand public à prendre connaissance de l'offre de soins psychologiques de première ligne, à une série d'actions de soutien auprès des réseaux de santé mentale et à une large campagne de sensibilisation menée avec succès par l'INAMI en 2024, le recours à la convention de soins psychologiques dans la première ligne est en augmentation. La convention, par un échange constant entre l'administration, les partenaires clés et le terrain, est continuellement

supervisée, et lorsque cela s'avère nécessaire, son implémentation est optimisée pour favoriser une meilleure prise en charge précoce et, par extension, limiter le besoin futur de médication.

Par ailleurs, la collaboration avec les autres acteurs de la première ligne – par exemple, les médecins – a été renforcée, notamment au moyen de missions de soutien réalisées par des psychologues et orthopédagogues auprès de ces acteurs. En effet, l'article 8 de la convention permet un renforcement des compétences en santé mentale de ces acteurs via un partage d'expertise.

En 2024, des démarches ont été entamées avec Domus Medica et la SSMG pour développer un programme de formation pour les médecins généralistes, des acteurs clés pour la détection précoce et une prise en charge plus adéquate des problèmes liés à la santé mentale. Ces formations seront organisées au cours de cette année.

05.03 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse extrêmement détaillée.

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

06 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Lachgas" (56002313C)

06 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le gaz hilarant" (56002313C)

06.01 Katleen Bury (VB): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Lachgas (distikstofmonoxide, N2O) wordt in België steeds vaker recreatief gebruikt, vooral voor het bereiken van een euforische roes. Het gebruik van lachgas als verdovingsmiddel is in de medische sector gereguleerd, maar sinds april 2023 is het gebruik voor recreatieve doeleinden verboden vanwege de gezondheidsrisico's, waaronder zenuwschade en vitamine B12-tekort.

Ondanks het verbod op het gebruik van lachgas als roesmiddel, blijkt de wetgeving niet altijd effectief te zijn. Het gebruik en de distributie van lachgas blijven toenemen, vaak via illegale kanalen zoals sociale media en grensoverschrijdende handel. In 2024 meldde Net Brussel dat het drie keer zoveel lachgasflessen had ingezameld als in 2023, wat wijst op een zorgwekkende toename in de verspreiding van het gas.

Hoe beoordeelt u de effectiviteit van het verbod op recreatief lachgasgebruik, en is er bewijs dat het verbod daadwerkelijk heeft geleid tot een afname in het gebruik?

Lachgas wordt vaak via sociale media en grensoverschrijdende handel verkocht. Welke maatregelen neemt de overheid om de illegale distributie via deze kanalen tegen te gaan? Wat onderneemt de overheid om de handel in lachgas te reguleren op internationaal niveau, met name met landen waar minder strikte regelgeving bestaat?

Wat doet het ministerie van Volksgezondheid om de gezondheidsrisico's van lachgas, zoals zenuwschade en vitamine B12-tekort, beter onder de aandacht van het publiek te brengen?

Steunt de federale overheid onderzoek naar de langetermijneffecten van lachgasgebruik?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, wat uw eerste en tweede vraag betreft, het koninklijk besluit van 11 maart 2024 betreffende het oneigenlijk gebruik van distikstofmonoxide is nog niet zo lang in werking. Zoals u wellicht weet, zijn verschillende diensten bevoegd voor de controle van dat besluit. Om een en ander in goede banen te leiden en onder andere de precieze bevoegdheden van de verschillende betrokken diensten verder uit te klaren, werden dan ook verschillende werkgroepen opgericht, waaronder de werkgroep lachgas, opgericht in de schoot van de interministeriële conferentie Leefmilieu.

De implementatie van het KB van 11 maart 2024 is een van de acties die werden opgelijst. Een andere actie gaat bijvoorbeeld over de regionale hefbomen, omdat die een rol spelen op het vlak van afvalverwerking. De werkzaamheden van de werkgroep lopen nog volop. Ik verwacht dat er hierover binnen afzienbare tijd zal worden teruggekoppeld naar de interministeriële conferentie Leefmilieu.

Wel kan ik nog aanvullen dat de Dienst Inspectie Consumentieproducten binnen de FOD Volksgezondheid deelneemt aan de werkgroep, zodat op termijn een duidelijke bevoegdheidsverdeling kan worden afgesproken en afspraken kunnen worden gemaakt omtrent de vernietiging van eventueel in beslag genomen lachgasflessen.

Daarnaast maakt lachgas momenteel voorwerp uit van discussies op Europees niveau voor een geharmoniseerde classificatie onder de CLP-verordening over de indeling, de etikettering en de verpakking van stoffen en mengsels, hetgeen op termijn tot beperkingen zou kunnen leiden wat betreft het op de markt brengen van lachgas in de EU.

Wat uw derde en vierde vraag betreft, het sensibiliseren van het publiek gebeurt door de deelstaten. Op dit moment loopt er geen onderzoek naar de langetermijneffecten van het gebruik van lachgas in opdracht van mijn administratie.

06.03 Katleen Bury (VB): Dank u wel, mijnheer de minister.

Ik weet ook dat de regelgeving nog niet lang in werking is. Ik kijk zeer hard uit naar de werkgroep lachgas en de implementatie van de regelgeving, want, zoals ik zei, het feit dat Net Brussel zegt dat er drie keer zoveel lachgasflessen zijn ingezameld in 2024 als in 2023, is op zijn minst zorgwekkend.

Daarom zou u – daarover ging mijn derde vraag – de gezondheidsrisico's, zoals zenuwschade en vitamine B12-tekort, meer onder de aandacht van het publiek moeten brengen. Daar zou u wel echt op moeten inzetten.

Wat het onderzoek naar het langetermijneffect van lachgas betreft, zegt u dat u daar niets rond doet. Is men daar dan op Europees niveau mee bezig? Bekijkt u die onderzoeken mee of volgt u ze op met uw kabinet, of hebt u daar ook geen weet van? Wordt er gewoon niets gedaan? Dat lijkt me toch sterk. Er dient toch iets te gebeuren om te bekijken wat er op lange termijn allemaal aan dat lachgas verbonden is.

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

07 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verhoogde risico op longontstekingen voor mensen die in de buurt van een veehouderij wonen" (56002314C)

07 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le risque accru pour les riverains d'un élevage de contracter une pneumonie" (56002314C)

07.01 Katleen Bury (VB): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Recent Nederlands onderzoek heeft aangetoond dat er mogelijk een verhoogd risico op longontstekingen bestaat voor mensen die in de nabijheid van geitenhouderijen wonen. Dit onderzoek, VGO-III, wijst op bacteriën in de stallucht die longontstekingen zouden kunnen veroorzaken. Het is nog onduidelijk of deze bevindingen ook relevant zijn voor ons land, maar gezien de mogelijke gezondheidsimplicaties lijkt het verstandig om deze situatie nader te bekijken.

Het is belangrijk te benadrukken dat dit onderzoek niet definitief aantoont dat de bacteriën in geitenhouderijen direct verantwoordelijk zijn voor longontstekingen bij omwonenden.

- 1. Bent u op de hoogte van de bevindingen van het VGO-III-onderzoek in Nederland, waarin wordt gewezen op een mogelijk verband tussen geitenhouderijen en longontstekingen?*
- 2. Is er in België al onderzoek gedaan naar de mogelijke aanwezigheid van ziekteverwekkers in de stallucht van geiten- en veehouderijen en het effect daarvan op de gezondheid van omwonenden?*
- 3. Is er momenteel bij ons een systeem om het aantal longontstekingen te monitoren?*

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, om te beginnen wil ik zeggen dat ik op de hoogte ben van de bevindingen van het VGO-III-onderzoek in Nederland.

Op uw tweede vraag, de Nederlandse studie is een vervolg op twee eerdere studies en richt zich op de link tussen het risico op longontsteking, gediagnosticeerd bij huisartsen, en de nabijheid van geitenhouderijen. Ik ben niet op de hoogte van een vergelijkbare studie in België. Wel wil ik benadrukken dat de resultaten en conclusies die in de VGO-III-studie werden gehaald, niet noodzakelijkerwijze geëxtrapoleerd kunnen worden naar de Belgische context.

Vooreerst is er een verschil in de dichtheid van geitenhouderijen tussen ons land en Nederland. Zo vermeldt de VGO-III-studie dat Nederland in 2024 een geitenpopulatie had van 560.000 dieren, terwijl de geitenpopulatie in België anno 2023 maar zowat 84.000 dieren telde, volgens de cijfers van Statbel. Ook het aantal dieren per bedrijf verschilt, in België gemiddeld 98, terwijl het in Nederland volgens de studie om gemiddeld 837 dieren gaat. Ik maak hierbij als kanttekening dat de situatie in Vlaanderen wel dichter aansluit bij de Nederlandse, omdat de studie van Sciensano uit 2021 aantoonde dat geiten in Vlaanderen veelal in grote bedrijven met ruim 750 dieren zitten.

Daarnaast verschillen ook de beheerpraktijken in geitenhouderijen aanzienlijk tussen ons land en Nederland. In geitenhouderijen in Nederland wordt gebruikelijk *zero-grazing* toegepast, wat wil zeggen dat de dieren het hele jaar door in de stal blijven. Dat heeft waarschijnlijk een hogere concentratie van deeltjes en microben in de lucht tot gevolg, alsook een aanzienlijke ophoping van mest in en rond gebouwen. Over het algemeen wordt *zero-grazing* in België minder toegepast. De grasweide in het zomerseizoen helpt die overlast een deel van het jaar te verminderen.

Op uw derde vraag, we hebben geen specifieke monitoring van het aantal longontstekingen, maar we hebben wel een surveillancesysteem voor het monitoren van ernstige acute luchtweginfecties. Dat zogeheten SARI-ziekenhuisnetwerk registreert patiënten van wie de infectie van de luchtwegen zich manifesteert of ontwikkelt tot een longontsteking.

07.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik wilde deze vraag aan de minister van Landbouw stellen, maar ze is bij u terechtgekomen. Ik dank u voor het antwoord dat u van Sciensano hebt gekregen.

Er is hier enorm veel rond te doen in Nederland. Ik kreeg elke dag berichten daarover, wat de aanleiding vormde voor deze vraag. U hebt heel goed geantwoord en vooral de verschillen benadrukt tussen beide landen. De geitenpopulatie bij ons is immers veel kleiner en dus is de situatie niet te vergelijken met Nederland. Ik dacht dat Sciensano de geruchten uit Nederland ook wel al zou hebben opgevangen, vandaar dat ik om een stand van zaken vroeg voor België.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Questions jointes de

- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'engorgement des hôpitaux causé par l'épidémie de grippe" (56002315C)

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'incidence de l'épidémie de grippe" (56002365C)

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'épidémie de grippe en Belgique" (56002473C)

08 Samengevoegde vragen van

- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De overbelasting van de ziekenhuizen door de griep epidemie" (56002315C)

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de griep epidemie" (56002365C)

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De griep epidemie in België" (56002473C)

08.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, lorsque j'ai déposé ma question il y a quelques semaines, notre pays traversait une épidémie de grippe saisonnière dont il était difficile d'évaluer l'intensité. Les médias rapportaient que certaines unités de soins des régions bruxelloise et liégeoise étaient saturées. L'hôpital de la Citadelle avait été contraint de réduire de 20 % ses activités

chirurgicales et médicales et de les reprogrammer. Depuis lors, monsieur le ministre, nous connaissons l'intensité de cette épidémie. Sciensano l'a qualifiée de "pire épidémie depuis la pandémie de covid". Je tenais à vous interpeller pour connaître l'état de la situation, les répercussions sur le système hospitalier et les médecins généralistes qui se trouvent évidemment surchargés depuis le mois de décembre.

Monsieur le ministre, pourrions-nous avoir votre retour le plus complet et le plus à jour sur la situation de l'épidémie de grippe en Belgique? Quelle est la situation au sein des hôpitaux du Royaume? Quelle est la situation au niveau des médecins généralistes et de leur surcharge de travail? Quelles sont les premières hypothèses émises pour expliquer la sévérité de cette épidémie de grippe, en comparaison avec celles des années précédentes?

08.02 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, pendant plusieurs semaines, on a assisté à un engorgement des services d'urgence durant le pic d'épidémie de grippe. Le virus s'est révélé plus résistant et aussi plus virulent, avec peut-être une protection insuffisante du vaccin. L'engorgement aux urgences peut également s'expliquer par le manque de lits dans les hôpitaux, car si les patients qui entrent aux urgences ne se font pas tous hospitaliser, cela peut croiser les hospitalisations programmées. La pénurie de personnel infirmier et médical constitue une autre cause de cet engorgement en cas de crise.

Enfin, la crise économique met la plupart des hôpitaux dans de grandes difficultés financières. Par exemple, faute de personnel, le CHU de Liège a dû fermer entre 70 et 75 lits sur 1038. Des directeurs d'hôpitaux estiment qu'il est anormal que les urgences soient saturées lors d'une épidémie de grippe et invoquent un système de santé insuffisamment résilient par rapport à une situation critique.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous faire savoir si vous partagez ce constat d'engorgement? Quels facteurs peuvent l'expliquer? Quelles mesures ponctuelles peuvent être prises, notamment si un nouveau pic d'épidémie de grippe survenait? Cette situation des hôpitaux a-t-elle été vécue de la même manière au Nord, au Sud et au centre du pays, ou de manière variable?

08.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Nous avons pu observer un pic de grippe exceptionnellement élevé cette année. Les consultations pour grippe dans les cabinets de médecine générale, le nombre de tests de grippe positifs rapportés par les laboratoires et le nombre de patients hospitalisés pour une infection grippale sévère sont tous à leur plus haut niveau depuis la pandémie de covid-19.

Au plus fort de l'épidémie de grippe l'année dernière, nous avons environ 600 consultations pour 100 000 habitants, alors que dans la semaine du 20 au 26 janvier 2025, nous avons environ 1 219 consultations pour 100 000 habitants. Cependant, il semble y avoir une lueur d'espoir, car dans la semaine du 27 janvier au 2 février, les chiffres ont baissé pour atteindre 1 199 consultations pour 100 000 habitants. Espérons que cette tendance à la baisse se poursuive.

S'agissant de la question de M. De Smet, il est vrai que le pic d'infections respiratoires exerce une pression sérieuse sur notre système de santé et qu'avec des millions de personnes infectées, le bilan humain est lourd. Cependant, je ne suis pas d'accord pour dire que la gravité de l'épidémie de grippe de cet hiver serait due à une pénurie de lits ou de personnel de santé.

Les difficultés que nous connaissons dans le secteur des soins existaient déjà la saison dernière, mais le pic de l'épidémie de grippe était alors nettement inférieur à celui de cette saison. Je pense que nous devrions plutôt chercher des explications dans le fait que le taux de vaccination des groupes cibles est resté très insuffisant cette saison et que les recommandations de base en termes de maintien de la distance et de masquage de la bouche faites dans le cadre du plan hiver ne sont pas suffisamment suivies. En outre, il existe une variation naturelle dans ce genre de situation, une saison n'est pas l'autre.

Bien sûr, cela ne veut pas dire que nous ne devons pas continuer à travailler pour la viabilité des professions de santé et le bon fonctionnement de notre système de santé. J'ai déjà déployé des efforts dans ce sens au cours de la dernière législature. Je continuerai également à prendre des initiatives au cours de cette législature-ci.

En ce qui concerne le code orange et les autres mesures, le Risk Assessment Group (RAG) et le Risk

Management Group (RMG) ont en effet décidé de passer en code orange avec des recommandations appropriées et liées à ce code qui peuvent être trouvées sur le site du SPF Santé. Celles-ci ont été communiquées au secteur de la santé et au public.

Il est possible que des recommandations additionnelles aient été faites après des analyses de risques aux niveaux locaux et régionaux et même au niveau d'institutions individuelles comme cela est prévu dans le plan hivernal infections respiratoires ainsi qu'au niveau des entités fédérées.

Il existe également un accord entre hôpitaux pour le transfert de patients si une des structures ne dispose plus de capacité d'hospitalisation.

Concernant la différence entre le Nord et le Sud du pays, je rappelle que le virus de la grippe ne connaît pas de frontière régionale et est en outre très mobile.

Nous le constatons également via les analyses des eaux usées des stations d'épuration à travers tout le pays. Semaine après semaine, les régions, les maisons de repos et les hôpitaux plus ou moins affectés varient.

08.04 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de nous avoir présenté un instantané de la situation. Certes, le problème est multifactoriel mais on ne peut quand même pas dire que ce n'est pas dû à la pénurie de soignants et de lits, d'autant que vous indiquez dans la deuxième partie de votre réponse que des accords ont été conclus entre hôpitaux pour transférer des patients en cas de saturation. Par conséquent, je demanderai à ce gouvernement d'être très prudent à cet égard. Nos hôpitaux et notre personnel soignant ont fait preuve de beaucoup de résilience. Plus que jamais, il faudra investir. Les premiers chiffres nous inquiètent quelque peu, tout comme la répartition des hôpitaux. Nous nous rappellerons l'inquiétante carte géographique brandie par mon chef de groupe, Pierre-Yves Dermagne, lors de nos débats nocturnes. Si nous nous trouvons dans une situation aussi dramatique avec la présente épidémie de grippe, je n'ose imaginer ce qui se passerait si d'autres épidémies touchaient notre pays.

Plus que jamais, soyons vigilants. Surtout, ne désinvestissons pas dans les soins de santé. Il est plus que jamais essentiel d'engager les moyens là où ils sont indispensables pour éviter des difficultés comme nous avons pu en connaître voici quelques semaines et comme nous en connaissons encore en ce moment. J'espère donc ne pas en connaître d'autres dans les semaines et mois à venir.

08.05 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse assez exhaustive. Néanmoins, je rejoindrai mon collègue en indiquant que nous devons comprendre cette épidémie de grippe comme un rappel que notre système peut être très facilement perturbé, chamboulé, mis à l'épreuve par des pandémies inhabituelles ou habituelles, mais plus virulentes. Je suis sûr que le prochain gouvernement en tiendra compte.

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

09 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het KCE-rapport rond jongdementie" (56002295C)

09 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude du KCE sur la démence précoce" (56002295C)

09.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, in zijn interessante rapport rond het uitstippelen van een zorgpad voor jongdementie, dat er kwam naar aanleiding van mijn Kamerresolutie uit mei 2022 met de vraag om best practices in kaart te brengen, rapport waar ik me ten eerste over verheug, publiceerde het KCE aanbevelingen onder andere op basis van een uitgebreide bevraging naar de best practices. Zo roept het KCE op om een coherent zorgpad voor jongdementie te creëren met de focus op zowel vroegtijdige detectie en gecoördineerde diagnose als multidisciplinaire ondersteuning na de diagnose. Het KCE ziet daarbij een belangrijke rol weggelegd voor een casemanager die als verbindingsfiguur optreedt in het hele zorgproces met de patiënt en de mantelzorger om hen adequaat te begeleiden. Ook pleit het KCE voor meer bewustwording bij het brede publiek en bij zorgverleners en een multidisciplinaire aanpak met specialisten en huisartsen.

Het KCE vraagt ook dat terugbetaling zich niet beperkt tot een volledig neuropsychologisch onderzoek, maar meerdere keren gebeurt in de loop van de ziekte, dat het aantal geheugenklinieken voor personen met jongdementie waarmee er een RIZIV-overeenkomst bestaat wordt uitgebreid en dat de beperkingen voor het aantal cognitieve revalidatiesessies worden herzien

Hoe beoordelen u en uw kabinet de verschillende aanbevelingen?

Zult u aansluiten bij de vraag aan het RIZIV om werk te maken van een zorgtraject voor jongdementie, in lijn met de Kamerresolutie?

Welke aanbevelingen beschouwt u als federale en welke als Vlaamse materie? Gaat u hierover in overleg met de deelstaten? Waar situeert u zelf de casemanager?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, ik heb inderdaad kennisgenomen van het rapport en van de aanbevelingen daarin. De concrete implicaties van de te nemen maatregelen moeten wel nog worden onderzocht.

Ik wil echter wel al meegeven dat de aanbevelingen betrekking hebben op maatregelen die het volledige patiëntentraject, van de diagnose tot een eventueel verblijf in een zorginstelling, en ook preventieve maatregelen betreffen. Bijgevolg zijn verschillende bestuursniveaus betrokken bij de voorgestelde maatregelen en die niveaus worden ook in het rapport voor elke maatregel gespecificeerd. Zo zijn volgens het KCE bij aanbeveling 5 om het grote publiek bewust te maken van jongdementie, enkel de gezondheidsinstanties van de deelstaten betrokken. Bij aanbeveling 8 om alle patiënten met een nieuw gediagnosticeerde jongdementie naar een geheugenkliniek te verwijzen en een ruim en kwaliteitsvol aanbod beschikbaar te stellen, zijn dan weer zowel het RIZIV als de zorgverleners betrokken. Bij aanbeveling 7 om een kwaliteitsvolle multidisciplinaire aanpak mogelijk te maken, zijn de federale gezondheidsinstanties, de gezondheidsinstanties van de deelstaten, het RIZIV en de zorgverleners betrokken. Ook al specificeert het rapport dat wel al, het is duidelijk dat voor de concretisering van de maatregelen overleg en samenwerking met alle betrokken actoren van de verschillende bestuursniveaus nodig zullen zijn.

Ik kan ook vaststellen dat de aanbevelingen volledig in lijn liggen met de door ons gewenste ontwikkelingen en deels inspelen op wat nu al gaande is met de evolutie van onze zorg naar een multidisciplinaire, meer geïntegreerde en patiëntgerichte aanpak. De verwijzing naar het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg in het KCE-rapport is daarvan een goed voorbeeld.

Het rapport beklemtoont bovendien het belang van ondersteuning door een casemanager voor patiënten met jongdementie. Die functie wordt reeds gefinancierd in het kader van overeenkomsten met verenigingen voor patiënten met de ziekte van Parkinson, multiple sclerose en de ziekte van Huntington.

Een van de programma's die zullen worden uitgewerkt als onderdeel van het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg, dat zich op kwetsbare personen zal richten, voorziet eveneens onder bepaalde voorwaarden in de financiering van een casemanager. De opgebouwde ervaring in het kader van de verschillende programma's zal zonder twijfel kunnen worden ingezet voor andere types patiënten.

Specifiek inzake de geheugenklinieken, die een cognitief revalidatieprogramma aanbieden om patiënten met beginnende dementie strategieën aan te leren teneinde hun moeilijkheden te compenseren en bepaalde dagelijkse handelingen te kunnen blijven stellen, wens ik erop te wijzen dat in 2025 een evaluatie van de overeenkomst met die voorzieningen is gepland. De evaluatie wordt gekoppeld aan de conclusies van het KCE-rapport om de werking en de draagwijdte van de geheugenklinieken specifiek voor de doelgroeppatiënten met jongdementie te optimaliseren.

09.03 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord. Het is duidelijk een *work in progress*. Het regeerakkoord maakt inderdaad gewag van beter geïntegreerde zorg voor personen met jongdementie.

In het alzheimerdebat tijdens de verkiezingscampagne, waar we samen aan hebben deelgenomen, konden we vaststellen hoe groot de hulpvraag is van mantelzorgers. Zij moeten zelf op zoek gaan naar de juiste zorg en naar de juiste informatie en worden van het kastje naar de muur gestuurd. Dikwijls

hebben ze ook financiële problemen, omdat hun kinderen nog studeren of omdat ze hun huis nog moeten afbetalen. Vaak hebben ze ook nood aan een time-out. Wij hebben toen allebei erkend dat het zorgproject een absolute noodzaak is. Wij moeten ons aan onze belofte houden, des te meer daar nu ook het KCE-rapport daartoe oproept.

De werkwijze van het woonzorgnetwerk Dijleland, uit het Leuvense, met een conventie in verband met de ziekte van Huntington, waar ook een casemanager werd aangesteld, kan tot voorbeeld strekken voor de aanpak van het dossier met betrekking tot jongdementie. Ondanks de versnipperingen moeten wij mantelzorgers die het moeilijker hebben, bijvoorbeeld omdat ze nog jonge kinderen hebben of omdat ze geconfronteerd worden met afbetalingsmoeilijkheden, bijstaan, zodat zij op hun beurt de jongdementerende patiënt in de best mogelijke omstandigheden kunnen opvangen.

Ik kijk ernaar uit hoe het voorstel van het zorgtraject nog deze legislatuur in de praktijk zal worden omgezet.

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

10 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Maagzuurremmers" (56002316C)

10 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les antiacides" (56002316C)

10.01 Katleen Bury (VB): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn ingediende vraag.

Recent werd in De Standaard (23 december 2024) gemeld dat het RIZIV artsen quota oplegt voor het voorschrijven van maagzuurremmers (PPI's). Het RIZIV beschouwt een overschrijding hiervan als een 'manifeste afwijking van goede medische praktijk'.

Hoewel maagzuurremmers nuttig zijn bij aandoeningen zoals maagzweren, is het langdurig gebruik van deze middelen problematisch, omdat het kan leiden tot ernstige bijwerkingen, zoals osteoporose, tekorten aan vitaminen, verstoring van het microbioom en een verhoogd infectierisico. Er is al enige tijd bezorgdheid over de gevolgen van langdurig gebruik van PPI's, maar het beleid is lange tijd niet aangescherpt.

Het is van belang dat er een goed evenwicht wordt gevonden tussen het bevorderen van verantwoorde medische voorschriften en het waarborgen van de autonomie van artsen.

Waarom heeft de overheid pas recent ingegrepen in het overmatige gebruik van maagzuurremmers, ondanks de lange tijdspanne van bezorgdheid over de risico's?

Wat vindt de overheid van de maatregelen van het RIZIV om het voorschrijven van maagzuurremmers te beperken?

Is de minister bereid verder onderzoek te steunen naar de gevolgen van langdurig gebruik van PPI's, met name met betrekking tot effecten op het microbioom, botdichtheid en infectierisico's?

Welke maatregelen zal U nemen om huisartsen bewust te maken van de risico's van langdurig voorschrijven van maagzuurremmers?

Welke acties worden ondernomen om het gebruik van maagzuurremmers bij baby's, jonge kinderen en zwangere vrouwen te beperken?

Hoe bevordert de overheid samenwerking tussen artsen, apothekers en zorgprofessionals om misbruik van maagzuurremmers te voorkomen?

Is de overheid bereid een nationaal bewustwordingsprogramma te lanceren over verantwoord gebruik van maagzuurremmers?

Zal de federale overheid artsen stimuleren om een afbouwplan voor maagzuurremmers op te stellen?

Hoe kan het reboundeffect van maagzuurremmers effectief worden gemanaged zonder schade aan patiënten?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, het gebruik van PPI's is de voorbije jaren sterk gestegen en onderzoek toont aan dat een groot deel van dat gebruik gebeurt buiten de normale indicaties, waarbij ook onnodige verhoogde doseringen worden toegediend, alsook een verlengde

behandelingsduur. Er zijn toenemende ongerustheden over mogelijke nadelige effecten en de hoge kosten die gepaard gaan met onnodig langdurig gebruik van PPI's.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen heeft ter zake aanbevelingen opgesteld. Om het respecteren van die aanbevelingen voor de PPI's te evalueren, heeft het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen (CEG) indicatoren uitgewerkt en die zijn al sinds 2012 in het *Belgisch Staatsblad* gepubliceerd, maar dat zijn indicatoren zonder drempelwaarden. Desondanks blijkt dat de voorgeschreven volumes aan PPI's niet substantieel gedaald zijn, ook niet na een informatiecampagne door het RIZIV begin 2019, waarbij elke voorschrijver zijn individuele feedback kreeg van het voorschrijfgedrag van onder meer PPI's. Er werden daarom op initiatief van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV drempelwaarden voorgesteld aan de bestaande indicatoren, die ondertussen zijn goedgekeurd en gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* op 16 december 2024. Die drempelwaarden hebben enkel betrekking op het voorschrijfgedrag door huisartsen, wat wel neerkomt op 95 % van de PPI-voorschriften. Er worden dus al ettelijke jaren inspanningen geleverd door de overheid om het overmatig gebruik van PPI's terug te dringen, maar dat blijft tot op heden zonder veel resultaat. Het is net om die reden dat er nieuwe indicatoren ingevoerd zijn, zodat herhaaldelijke en niet-gemotiveerde overschrijdingen van de vastgelegde drempels aanleiding kunnen geven tot eventuele maatregelen in hoofde van de betrokken voorschrijvers.

Wat betreft uw derde vraag, er zijn inderdaad toenemende ongerustheden ontstaan over mogelijke nadelige effecten van het langdurig gebruik van PPI's. We moeten wel voorzichtig zijn en waakzaam blijven, wat ook bevestigd wordt in de *Folia Pharmacotherapeutica* van mei 2022. Ik citeer: "PPI's: aanwijzingen van zeldzame maar mogelijk ernstige ongewenste effecten." Ik citeer een van de conclusies: "In afwachting van meer betrouwbare gegevens is voorzichtigheid geboden bij het instellen van de behandeling: onderbouwde indicatie, vooraf bepaalde behandelingsduur en regelmatige evaluatie."

Wat uw vierde vraag betreft, de huisartsen zijn op 16 december 2024 in kennis gesteld van de invoering van deze nieuwe indicatoren. Alle huisartsen die de afgelopen 5 jaar een PPI hebben voorgeschreven, ongeveer 25.000, kregen een sensibiliseringsbrief toegestuurd. Tegen midden 2025 zullen alle huisartsen die de afgelopen vijf jaar aan minstens twintig verschillende patiënten een PPI hebben voorgeschreven, een feedbackrapport krijgen van hun voorschrijfgedrag. Het gaat hier over om en bij de 15.000 actieve huisartsen. Zo zijn ze zich bewust van hun voorschriften en kunnen ze hun gedrag aanpassen indien nodig. Al deze artsen hebben inzage in het volledige NRKP-dossier, waarin onder meer de mogelijke risico's van langdurig voorschrijven van PPI's worden beschreven. In de rubriek 'flankerende maatregelen' wordt hier ook verwezen naar een aantal hulpmiddelen om tot een zo goed mogelijk voorschrijfgedrag te komen.

Wat uw vijfde vraag betreft, over baby's, kinderen en zwangere vrouwen, de evaluatie van een aanvraag tot vergunning voor het in de handel brengen omvat ook de evaluatie van de bijsluiter. Zowel de behandelende arts als de patiënt hebben baat bij het lezen van de bijsluiter. In het algemeen kan worden gesteld dat protonpompremmers gebruikt worden bij volwassenen, kinderen vanaf een jaar die meer wegen dan tien kilo en zwangere vrouwen voor de behandeling van onder andere reflux, oesofagitis en eradicatie van *helicobacter pylori*. Daarnaast kunnen verdere specifieke vermeldingen in de bijsluiter opgenomen zijn om het goed gebruik te garanderen.

U vraagt hoe we samenwerking bevorderen. Hiervoor wordt nogmaals verwezen naar de flankerende maatregelen in het dossier van de Nationale Raad voor kwaliteitspromotie (NRKP). Dit is ook publiek toegankelijk voor zorgverleners en patiënten.

Zijn wij bereid een nationaal bewustwordingsprogramma te lanceren? Het is heel belangrijk om iedereen te sensibiliseren over goed gebruik van maagzuurremmers. In december 2020 werd FarmaInfo gelanceerd. Dat is een webtool van het FAGG die betrouwbare en begrijpelijke informatie voor burgers geeft over geneesmiddelen en andere gezondheidsproducten. Er zijn ook al geneesmiddelenfiches toegevoegd van alle maagzuurremmers. Er wordt ook duidelijk vermeld dat de behandelingsduur zo kort mogelijk moet zijn en beslist moet worden door de arts.

Het BCFI, een vzw die door het FAGG gefinancierd wordt, heeft in 2023 een opleiding betreffende de veiligheid van protonpompinhibitoren gepubliceerd. Het is een e-learning die bestemd is voor apotheken en artsen. Deze wordt nu bijgewerkt. Die bijgewerkte versie zal ter beschikking worden

gesteld tegen het einde van maart 2025.

Zullen we artsen stimuleren om een afbouwplan op te stellen? Binnen het KCE loopt er nu een PEPPER-trial die moet uitmonden in het formuleren van concrete opties om overmatig gebruik van PPI's op een efficiënte manier af te bouwen. In de PEPPER-studie zullen twee verschillende strategieën worden geëvalueerd om het onnodige gebruik van PPI's te stoppen, rekening houdend met het reboundeffect: ten eerste, een periode van PPI's on demand, dus niet dagelijks, alvorens te stoppen, en ten tweede, het gebruik van alternatieve medicatie om maagzuur en reflux te behandelen. Het onderzoek zal worden uitgevoerd bij patiënten uit de eerstelijnsgezondheidszorg met chronische inname van PPI's buiten de vastgestelde ziekte-indicaties. Het onderzoek loopt onder supervisie van professor Jan Tack van UZ Leuven. Er zijn 6 academische centra en 75 huisartsen bij betrokken.

Hoe kan het reboundeffect van maagzuurremmers effectief worden gemanaged zonder schade voor de patiënten? Het controleren van een mogelijk reboundeffect van maagzuurremmers kan gebeuren door gebruik te maken van een afbouwschema in samenspraak tussen de patiënt en de behandelende arts. Daarom is het belangrijk dat de behandelende arts de patiënt tijdens het afbouwen van de therapie correct opvolgt. De resultaten van de PEPPER-studie zullen daartoe natuurlijk een belangrijke bijdrage leveren.

10.03 Katleen Bury (VB): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw uitgebreide antwoord.

Ik begin bij het einde van uw antwoord: de strategieën on demand zullen heel belangrijk zijn. We weten dat mensen die ermee willen stoppen en willen afbouwen nog meer maagzuur krijgen op het moment dat ze gestopt zijn, dus daarom is het belangrijk dat het langzaam afgebouwd kan worden op vraag, als het dan toch nog af en toe nodig is.

Voor de rest sprak u over de flankerende maatregelen en de hulpmiddelen. U bent er in elk geval druk mee bezig. We zullen bekijken wat dat voor effect zal hebben de komende maanden en zeker naar volgend jaar toe, wanneer alles mooi uitgewerkt zal zijn en de huisartsen ingelicht zullen zijn en feedback gehad zullen hebben. Ik heb alles snel genoteerd. Ik ga uw antwoord nog eens herlezen en de zaak dan verder opvolgen. Dank u wel.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Meningitis" (56002318C)

11 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La méningite" (56002318C)

11.01 Katleen Bury (VB): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Meningitis blijft een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid, met hoge sterftecijfers en een aanzienlijke impact op de levenskwaliteit van getroffen patiënten.

In 2020 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) haar ambitieuze routekaart "Defeating Meningitis by 2030". Hierin werden drie duidelijke doelstellingen geformuleerd:

Geen epidemieën van bacteriële meningitis meer.

Een reductie van 50% in het aantal te voorkomen gevallen door vaccinatie en een daling van de sterfte met 70%.

Verbetering van de levenskwaliteit en reductie van invaliditeit bij overlevenden van meningitis.

Ondanks deze doelstellingen is de situatie verontrustend: het aantal gevallen van meningokokkenmeningitis blijft wereldwijd toenemen. In 2023 was er bijvoorbeeld een stijging van 72% in Frankrijk ten opzichte van 2022, en in België steeg het aantal gevallen van ongeveer 20 vóór de COVID-pandemie naar maar liefst 84 gevallen in 2023.

Opmerkelijk is ook dat vijftien Europese landen vaccinatie tegen groep B-meningokokken inmiddels hebben opgenomen in hun vaccinatieschema. België behoort echter niet tot deze groep, ondanks het stijgend aantal gevallen en de duidelijke voordelen van preventie door vaccinatie.

Ik had hierover de volgende vragen :

Waarom heeft België ervoor gekozen om vaccinatie tegen groep B-meningokokken niet op te nemen in het vaccinatieschema, terwijl vijftien andere Europese landen dat wel hebben gedaan? Overweegt de federale regering om deze vaccinatie alsnog op te nemen? Zo ja, binnen welk tijdsbestek? Zo nee, welke overwegingen liggen aan deze beslissing ten grondslag?

Welke stappen heeft België sinds 2020 concreet ondernomen om de WGO-doelstellingen voor het uitroeien van meningitis tegen 2030 te behalen?

Hoe verklaart de regering de stijging van meningokokkengevallen in België van 20 voor de pandemie naar 84 in 2023? Wordt deze stijging geanalyseerd, en zijn er specifieke preventieve of curatieve acties gepland om verdere escalatie te voorkomen?

Wat doet België om de bevolking beter te informeren over de symptomen en ernst van meningitis, en om een tijdige diagnose en behandeling te bevorderen?

Welke initiatieven worden genomen om de levenskwaliteit van patiënten te verbeteren en invaliditeit te verminderen, zoals beschreven in de WGO-routekaart?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: In 2014 publiceerde het KCE een rapport over het meningokokken B-vaccin Bexsero. De aanbeveling was om dat vaccin voorlopig niet op te nemen in het vaccinatieschema vanwege een te beperkte impact op het aantal overlijdens, onzekerheid over hoelang de bescherming blijft duren en te veel bijwerkingen.

Ook de Hoge Gezondheidsraad heeft zich in 2019 uitgesproken tegen het opnemen van een vaccinatie tegen meningokokken B in het basisvaccinatieschema wegens een onder meer te lage incidentie van de ziekte, het te druk worden van het vaccinatieschema voor pasgeborenen en te lage kostenefficiëntie. De Hoge Gezondheidsraad adviseerde wel om, waar nuttig, in individuele gevallen tot vaccinatie over te gaan.

We volgen de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad en het KCE om dit vaccin niet op te nemen in het basisvaccinatieschema. Een pentavalent meningokokkenvaccin tegen meningokokken A, B, C en Y zal waarschijnlijk in 2026 op de markt zijn. Voordat dit vaccin op de markt komt, zal een advies van de Hoge Gezondheidsraad worden opgesteld en zullen alle bovenstaande argumenten opnieuw worden besproken. We zullen de kwestie dan opnieuw bekijken.

Bij bacteriële meningitis zijn verschillende ziekteverwekkers betrokken: meningokokken, pneumokokken, haemophilus influenzae en groep B-streptokokken. Voor wat meningokokken betreft, heeft de Hoge Gezondheidsraad sinds 2019 het ACWY-meningokokkenvaccin opgenomen in de vaccinatiel kalender voor kinderen van 15 maanden en voor adolescenten van 14 tot 16 jaar. Dit vaccin wordt sinds 2023 gratis verstrekt door de Vlaamse en Franse gemeenschappen voor kinderen van 15 maanden, maar we doen dit vooralsnog niet voor adolescenten.

Voor pneumokokken worden de vaccinatieaanbevelingen regelmatig bijgewerkt door de Hoge Gezondheidsraad. Dit gebeurde voor het laatst in 2023. Voor haemophilus influenzae type B zijn er in 2020 geen nieuwe maatregelen genomen omdat het aantal gevallen zeer laag is, 2 tot 10 gevallen per jaar, en omdat de vaccinatiegraad uitstekend is omdat er sedert 1993 op grote schaal wordt gevaccineerd. Voor streptokokken B wordt er sinds 2003 systematisch gescreend bij alle zwangere vrouwen, met zo nodig antibioticaprofylaxe voor de behandeling.

Voor de COVID-19-pandemie werden in België jaarlijks iets meer dan 100 gevallen van meningokokkenziekte vastgesteld. Tijdens de pandemie werd een duidelijke daling van het aantal gevallen vastgesteld, ongetwijfeld ten gevolge van verschillende gezondheidsmaatregelen. Het Nationaal Referentiecentrum voor meningokokken registreerde 116 gevallen in 2018, 107 in 2019, slechts 55 in 2020, 24 in 2021 en 43 in 2022. In 2023 zagen we 23 gevallen en 2024 waren er 73 gevallen. We zijn dus nog niet opnieuw op het niveau van voor de pandemie.

De jongste tien jaar merken we vooral een trend van afname van het aantal gevallen veroorzaakt door meningokokken B en een toename van het aantal gevallen veroorzaakt door de serogroepen W en Y, die gedekt zijn door het meningokokken-ACWY-vaccin. Sinds 2023 zijn de serogroepen W en Y zelfs dominant geworden. De organisatie van de massavaccinatie met gratis meningokokken-ACWY-vaccin voor adolescenten, zou dus na een paar jaar kunnen leiden tot een vermindering van het aantal

gevallen veroorzaakt door deze serogroepen. Dat is echter een bevoegdheid van de gemeenschappen.

11.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik word niet graag persoonlijk, maar ik moet het toch even vertellen. Vorig jaar was ik op dit moment een maand lang in het ziekenhuis met mijn dochtertje, omdat zij een meningokokkeninfectie heeft gehad. Zij had haar vaccinaties al zes maanden gehad, maar ze was niet gevaccineerd tegen dit geval. We zien dat 15 Europese landen dat vaccin wel hebben ingevoerd, maar hier is dat nog niet het geval. Het is toch van groot belang dit op de voet te volgen en de vaccinatieschema's waar nodig uit te breiden.

U had het over kosten en baten. Ik hoor het u graag zeggen. Ze is doof geworden. Ze heeft aan beide kanten een CI gekregen. Kostprijs: 30.000 euro, gewoon voor de operatie. De toestellen zelf kosten 7.000 euro per stuk. Ze kunnen snel kapotgaan, zeker bij kleine kinderen. Of ze kunnen worden kwijtgespeeld.

Dan ben ik nog blij dat ze niet zwaar gehandicapt is, enkel doof. Maar, u moet toch eens goed bekijken of de vaccinschema's niet uitgebreid moeten worden. Dit probleem zorgt voor aanzienlijke kosten voor de gezondheidszorg en het gaat toch om zaken die vermeden hadden kunnen worden als ze er wel tegen gevaccineerd was.

11.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, dat is natuurlijk een belangrijke getuigenis. Ze doet me leed.

Mijn antwoord was een antwoord waarbij ik verwees naar adviezen uit het verleden, zelfs van voor ik minister was, maar dat heeft geen belang, want zitten in de continuïteit daarvan. Het is wel belangrijk dat ik gezegd heb dat we, voor er een nieuw pentavalent vaccin komt waarmee we de ACWY kunnen vatten, een advies zullen vragen en de hele zaak opnieuw zullen bekijken.

11.05 Katleen Bury (VB): Dat is fantastisch nieuws. Vandaar dat ik zeg dat het heel belangrijk is dit op de voet te volgen. Gelet op het leed en de kosten voor de gezondheidszorg is het toch belangrijk dat vaccin in overweging te nemen.

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

12 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Ouderverstoting" (56002319C)

12 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'aliénation parentale" (56002319C)

12.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dit vind ik een heel belangrijke vraag, die ik dan ook heel mooi en goed neergeschreven heb. Er staan echter veel vragen op de agenda. Daarom verwijs ik naar de tekst van de ingediende vraag.

Ouderverstoting is een probleem dat ernstige gevolgen heeft voor de geestelijke gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Kinderen die zonder aantoonbare reden een van hun ouders afwijzen, raken vaak verward in een complexe dynamiek, gedreven door manipulatie, onopgeloste trauma's of persoonlijkheidsstoornissen van één ouder. Dit probleem veroorzaakt niet alleen emotionele schade, maar belemmert ook de sociale en psychologische ontwikkeling van het kind.

Kinderen in deze situatie ervaren een "dubbele binding": zij voelen dat het niet langer mogelijk is om van beide ouders te houden. Deze situatie leidt tot splitsing in hun psyche, zelfvervreemding en langdurige psychologische schade. Studies tonen aan dat deze kinderen kwetsbaarder worden voor angststoornissen, gedragsproblemen, verlatingsangst en zelfs zelfbeschadiging. Bovendien dragen deze problemen bij aan slechte hechtingsrelaties en een verminderd zelfbeeld.

In landen zoals Engeland worden gezinnen langdurig geobserveerd en therapeutisch begeleid via Family Separation Clinics (FSC). In België ontbreekt een vergelijkbare gestructureerde aanpak. Momenteel worden kinderen vaak pas geholpen wanneer de situatie ernstig is geëscaleerd. Jeugdzorg en gerechtelijke instanties hebben vaak onvoldoende inzicht in de complexe dynamiek van ouderverstoting, waardoor beslissingen worden genomen die de situatie soms verergeren.

1. Is de minister op de hoogte van de omvang van ouderverstoting in België? Zo ja, hoeveel kinderen zijn betrokken bij dergelijke situaties? Zijn er gegevens over kinderen in dergelijke situaties die psychologische/psychiatrische zorg hebben? Worden deze gegevens systematisch verzameld en geanalyseerd? Zo nee, kan er werk worden gemaakt van het verzamelen van gedetailleerde gegevens door psychologen, therapeuten, advocaten, familie- en jeugdrechtbanken in een centrale databank?
2. Overweegt de minister om, samen met andere relevante beleidsdomeinen, een multidisciplinaire aanpak op te zetten, zoals observatieprogramma's vergelijkbaar met de FSC in Engeland, om gezinnen langdurig te ondersteunen?
3. Welke maatregelen kunnen worden genomen om kinderen met ouderverstoting sneller toegang te geven tot gespecialiseerde psychologische begeleiding, gericht op hechtingsherstel en trauma?
4. Welke stappen kunnen worden ondernomen om zorgverleners beter te informeren en op te leiden over de signalen en gevolgen van ouderverstoting?
5. Hoe kan de minister samenwerken met de deelstaten om preventieve en herstelgerichte programma's te ontwikkelen en implementeren?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, ouderverstoting is een problematiek die vaak onvoldoende zichtbaar is in onze statistieken. Misschien is dat ergens wel logisch, want ouderverstoting is een proces, geen gezondheidsdiagnose op zich.

Er zijn geen officiële systematisch verzamelde cijfers over het aantal kinderen dat daarmee te maken krijgt in België. Wel wordt de problematiek in de praktijk erkend door hulpverleners, familierechtbanken en kinderpsychiaters. Zij geven aan dat een uitwisseling van gegevens en samenwerking tussen bestaande instellingen, zoals familierechtbanken, jeugdhulpdiensten en geestelijke gezondheidszorgorganisaties, essentieel zijn.

Het lijkt geen twijfel dat ouderverstoting kan leiden tot psychische problemen en stoornissen bij de betrokken kinderen en jongeren, evenals bij de betrokken ouders. Zij kunnen met hun psychische hulpvraag terecht in het bestaande GGZ-aanbod, gaande van zeer laagdrempelig, bij eerstelijnspsychologische hulpverleners, tot meer intensieve zorgvormen.

De opleiding van zorgverleningsberoepen kan worden aangepast of uitgebreid, maar dat is niet mijn bevoegdheid.

Binnen de netwerken voor kinderen en jongeren voorzien we wel middelen, ongeveer 3 miljoen euro, in het programma intersectoraal consult en liaison, om via expertise-uitwisseling andere hulpverleners te ondersteunen.

De samenwerking met de deelstaten kan worden ontwikkeld in het kader van de interministeriële conferentie Volksgezondheid. De IMC verenigt de ministers bevoegd voor Volksgezondheid en gezondheidsbeleid van de federale overheid en de deelstaten, met als doel de afstemming van hun beleid.

12.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, dat vind ik een beetje vaag. De problematiek is heel moeilijk, dat weet ik wel. Ik heb er ook al veel vragen over gesteld in de commissie voor Justitie, maar met deze vraag wil ik eerder het aspect van de psychologische begeleiding aanstippen.

Vaak is het inderdaad een groeiend proces, dat steeds verergert en waarin zeker ingegrepen moet worden. Toch vermoed ik, ook gelet op de vele e-mails die ik daarover krijg, dat ook psychologen vaak met de handen in het haar zitten of soms de toxische beïnvloeding niet echt zien, zodat zij niet vaststellen welke psychologische schade kinderen juist hebben doordat zij een van hun ouders niet eens graag mogen zien of door die ouder niet eens te mogen vermelden.

Op latere leeftijd brengt dat zaken teweeg als een verminderd zelfbeeld, gedragsproblemen, verlatingsangst, zelf geen relaties kunnen opbouwen of zelfdestructief gedrag. Zulke zaken vallen niet te onderschatten. Sec bekeken, zoals bij zoveel vragen, kan dat een flink kostenplaatje teweegbrengen voor de gezondheidszorg. Daarom moeten we veel meer inzetten op het verhelpen van die problematiek.

Er is nog een punt wat ik niet echt in uw antwoord heb gehoord. In Engeland worden dergelijke gezinnen

langdurig geobserveerd en therapeutisch begeleid. In de praktijk zien we dat we er met een psycholoog, die met zijn beste vermogen tijdens een sessie van drie kwartier een patiënt behandelt, niet zullen komen.

Daarom gingen mijn vragen niet alleen over de gegevensverzameling maar ook over die stappen, om te bekijken of wij ook naar een dergelijk systeem kunnen evolueren, teneinde de complexe dynamiek van ouderverstoting beter te begrijpen, er beter op te kunnen ingrijpen en de betrokken kinderen in de toekomst een veel beter leven te geven.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De 'paracetamolchallenge'" (56002321C)

13 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le "challenge paracétamol"" (56002321C)

13.01 Katleen Bury (VB): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

De zogenaamde 'Paracetamol-challenge' is een zorgwekkende trend die wereldwijd jongeren aanzet tot gevaarlijk gedrag. In het kader van deze challenge nemen tieners opzettelijk een overdosis paracetamol, vaak met het doel te zien wie het langst in het ziekenhuis kan verblijven. Het Belgisch Antigifcentrum heeft herhaaldelijk zijn bezorgdheid geuit over deze praktijken, die de veiligheid van jongeren ernstig in gevaar brengen. De trend, die oorspronkelijk werd waargenomen in de Verenigde Staten, heeft inmiddels ook België bereikt.

De gevaren van een paracetamoloverdosis zijn niet te onderschatten. Zo kan een overdosis leiden tot leverfalen, hersenschade, nierbeschadiging en zelfs de dood. Paracetamol wordt vaak als een onschuldig geneesmiddel beschouwd, maar bij overmatig gebruik kan het bijzonder schadelijk zijn. In 2023 ontving het Antigifcentrum maar liefst 2.400 meldingen van paracetamolvergiftiging, waarvan een aanzienlijk aantal betrekking had op jongeren die zich onvoldoende bewust waren van de risico's van hoge doses paracetamol.

Wat is de rol van platforms zoals TikTok in de verspreiding van dergelijke schadelijke trends, en welke maatregelen kan de federale overheid nemen om de verspreiding van gevaarlijke content via deze platforms te beperken?

Welke initiatieven onderneemt de federale overheid om bewustwording te creëren over de gevaren van de 'Paracetamol-challenge' en andere gevaarlijke trends die via sociale media worden gepromoot? Kan de samenwerking tussen de gezondheidszorg, het onderwijs en sociale mediaplatforms verder worden versterkt om een geïntegreerd educatief programma te ontwikkelen dat jongeren informeert over de risico's van zelfbeschadigend gedrag en verslavende uitdagingen?

Welke maatregelen worden er door de federale overheid genomen om ouders beter te informeren over de gevaren van paracetamol, en welke stappen kunnen worden gezet om ervoor te zorgen dat medicatie veilig wordt opgeborgen?

Er worden tegenwoordig pillendozen met paracetamol aangeboden in verpakkingen van 120 tabletten. Is het niet raadzaam om de verkoop van paracetamol in dergelijke grote hoeveelheden te heroverwegen, gezien het risico op overdosering? Zou de overheid kunnen overwegen om beperkingen in te stellen op de maximale hoeveelheid paracetamol die per verpakking kan worden verkocht, om zo de kans op accidentele of opzettelijke vergiftigingen te verkleinen?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, wat uw eerste drie vragen betreft, het klopt dat de verspreiding van dergelijke content, die eigenlijk fake news is, gevaarlijk is. Als federale overheid trachten we de gevolgen daarvan tegen te gaan door er snel op in te spelen en correcte, objectieve informatie op maat van de burger te verspreiden. In december 2023 heeft het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten daartoe een nieuwe website gelanceerd, FarmalInfo, die betrouwbare en begrijpelijke informatie aan de burger verstrekt.

Momenteel heeft het FAGG twee communicaties gepubliceerd naar aanleiding van de paracetamol-challenge: een gericht aan de gezondheidsprofessionals en de burgers, beschikbaar op de website van het FAGG en verspreid via VIG-NEWS, een nieuwsbrief rond geneesmiddelenbewaking, en een voor

het publiek op FarmaInfo. De mededeling aan het publiek beklemtoont het belang van een correct gebruik van het medicijn, de risico's van een overdosis paracetamol en de noodzaak om medicijnen buiten het bereik van kinderen te houden. Er wordt ook aanbevolen om een zorgverlener te raadplegen of het Antigifcentrum op te bellen bij twijfel of bij vragen over het gebruik van paracetamol.

Ik ben me ervan bewust dat we via de gekende kanalen die ik net heb aangehaald niet alle doelgroepen bereiken en dat we dus dat probleem van desinformatie en fake news niet helemaal kunnen ondervangen. Mijn administraties trachten dat op te vangen door ook aanwezig te zijn op sociale media en belangrijke nieuwsberichten, aandachtspunten en informatiecampagnes ook via deze weg te verspreiden. Daarnaast zal het FAGG in de toekomst ook inzetten op moeilijk te bereiken doelgroepen en manieren om hun correcte informatie te verschaffen, zodat ook die doelgroepen beter gewapend zijn tegen foutieve informatie.

In antwoord op uw vierde vraag, vandaag bestaan al de volgende beperkingen op de afleveringen van doosjes paracetamol. Verpakkingen met een totale hoeveelheid kleiner dan 10,05 gram paracetamol mogen door de apotheker vrij afgeleverd worden. Verpakkingen met een totale hoeveelheid groter dan 10,05 gram paracetamol mogen de apothekers enkel afleveren op schriftelijke aanvraag van de patiënt of op medisch voorschrift.

13.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, het is een moeilijke kwestie, des te meer omdat ziekelijke uitdagingen zoals de paracetamolchallenge via TikTok worden verspreid. Merk op dat providers van sociale media wel content kunnen blokkeren. Zo waren ze er als de kippen bij om elke Zwarte Piet te bannen. Dan moeten ze dat toch ook kunnen voor dergelijke gevaarlijke praktijken, quod non. De vraag stellen waarom dat niet gaat, is ze natuurlijk beantwoorden.

Ten slotte, u argumenteert dat er vanaf een bepaalde hoeveelheid paracetamol altijd een voorschrift nodig is. Maar men kan wel dozen van 120 tabletten in huis hebben. Is het de bedoeling dat er dozen van 120 tabletten bij de mensen thuis liggen? Dat zijn toch wel gigantische dozen als men het geneesmiddel maar af en toe nodig heeft tegen de hoofdpijn. Als u de gigadozen verbiedt, zou dat toch de kans op accidentele vergiftiging verkleinen. Overigens, naar verluidt worden er bij huisartsen nu ook grotere dozen Xanax gepromoot en dat is toch ook niet nodig. Maar dat is een ander verhaal.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Polio" (56002322C)

14 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La polio" (56002322C)

14.01 Katleen Bury (VB): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag. Volgens mij is het een belangrijke vraag, die ik al graag enkele weken geleden in het plenum had willen stellen.

De Vlaamse overheid heeft artsen recent aangespoord om waakzaam te zijn voor het poliovirus, dat opnieuw opdook in verschillende Europese landen. Polio, of kinderverlamming, werd in België sinds de jaren 1960 als uitgeroeid beschouwd dankzij de succesvolle vaccinatiecampagnes. Maar de recente vondsten van het poliovirus in rioolwater in Duitsland, Spanje, Polen en Finland, evenals de dreiging van verdere verspreiding, hebben de overheid ertoe aangezet artsen te waarschuwen.

Hoewel polio in België niet meer voorkomt, blijft het virus in andere delen van de wereld, zoals Afghanistan, Pakistan en Nigeria, endemisch. Dit vergroot het risico op import in Europa. Recent werd bovendien een polio-uitbraak bevestigd in Gaza, waar het virus zich mogelijk via het verzwakte riool- en waterbeheer verder verspreidt. In Gaza is het risico verhoogd doordat veel kinderen daar via het orale poliovaccin zijn gevaccineerd, een vaccin dat niet beschermt tegen alle varianten van het virus en onder bepaalde omstandigheden zelfs het virus kan verspreiden. Dit is bijzonder zorgwekkend, omdat er veel vluchtelingen uit Gaza naar Europa, en dus ook naar België, zijn gekomen.

De Vlaamse overheid heeft artsen aangespoord om bij consultaties de vaccinatiestatus van patiënten na te gaan, met extra nadruk op nieuwkomers en mensen die mogelijk niet volledig gevaccineerd zijn.

Hoe beoordeelt de federale regering de risico's van een polio-uitbraak in België? Wat wordt er concreet gedaan om de situatie nauwlettend te volgen, met inbegrip van de vluchtelingenstroom?

Wat is de federale regering van plan te doen om de vaccinatiestatus van vluchtelingen te monitoren?

Wat zijn de specifieke plannen van de federale overheid om het poliovirus effectief te monitoren in België, met name nu er tekenen zijn van circulatie in andere Europese landen en de mogelijkheid van import via vluchtelingen? Wat wordt er gedaan om verspreiding vroegtijdig te detecteren en snel in te grijpen?

Wat doet de federale regering om ervoor te zorgen dat mensen in risicogroepen, zoals zorgpersoneel en werknemers die in contact komen met mogelijk besmet afvalwater, hun vaccinaties bijwerken en zo de volksgezondheid optimaal wordt beschermd tegen polio?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat uw eerste vraag betreft, het risico van uitbraken wordt elk jaar per land door de Wereldgezondheidsorganisatie ingeschat. In haar meest recente beoordeling van september 2024, schatte de WHO in dat België een laag risico van uitbraken heeft. Mensen die gevaccineerd zijn lopen geen risico op verlamming. Aangezien de hoge vaccinatiegraad voor de derde dosis in België al tientallen jaren hoger is dan 95 %, is de kans op polioverlammingen voor de algemene bevolking dus klein. Mensen die gevaccineerd zijn, zouden echter eventueel wel het virus kunnen overdragen. Volgens de experts van onze eigen Risk Assessment Group is er een middelmatig risico van asymptomatische overdracht van het virus.

Er bestaat in ons land uitgebreide surveillance voor polio. Die surveillance steunt op drie pijlers: het opvolgen van kinderen met verlamingsverschijnselen, het opvolgen van laboratoriumstalen voor enterovirussen – de familie van virussen waartoe het poliovirus behoort – en controle op het afvalwater. Dat laatste gebeurt onder andere in Brussel, waar de meeste nieuwkomers in België aankomen.

Vervolgens uw tweede vraag. Volgens de Belgische richtlijnen wordt inhaalvaccinatie voor volwassenen aangeboden aan personen die afkomstig zijn uit landen waar het poliovirus endemisch is of die geconfronteerd worden met een uitbraak. De eerste dosis vaccinatie wordt aangeboden op het moment van registratie bij de medische dienst van Fedasil en wordt ook goed aanvaard, namelijk door 97 % of meer van de nieuwkomers.

Er zijn echter ook een duizendtal alleenstaande mannen voor wie er momenteel geen opvangplaats is en die ook niet kunnen genieten van een adequate medische ondersteuning. Om dat probleem aan te pakken, zijn er twee initiatieven opgezet. Het Refugee Medical Point en een mobiel team, genaamd Cover, dat samenwerkt met het Rode Kruis om de vaccinatie en de medische preventiecampagnes te organiseren.

Kinderen worden in principe gevaccineerd via de systemen van Kind en Gezin en ONE en via de diensten voor schoolgeneeskunde. Om de wachttijden te verkorten, wordt daarbovenop ook al aan kinderen een eerste dosis aangeboden door de medische dienst van Fedasil. Een grote uitdaging momenteel is de opvolging van de vaccinatiestatus van die precare groep personen, omdat ze onder meer frequent van opvangplaats veranderen. Het is daardoor niet eenvoudig om te weten of iemand de volledige vaccinatierreeks heeft afgewerkt. De verschillende gewestelijke vaccinatieregisters wisselen namelijk geen gegevens uit. Er zijn plannen om een dergelijke uitwisseling op te zetten, maar dat vergt onder meer een samenwerkingsakkoord. Een werkgroep met alle betrokken diensten bekijkt onder leiding van de FOD Volksgezondheid hoe deze en andere gaten in het systeem gedicht kunnen worden.

Ten derde, zoals al geantwoord bestaat er al een goede poliemonitoring in België, die door de WHO in de jongste beoordeling als van hoge kwaliteit werd beoordeeld. Na de detectie van het poliovirus in verschillende Europese landen werd door de Belgische Risk Assessment Group bovendien een bijkomende risicobeoordeling uitgevoerd, op 11 december 2024. Daarin werden een aantal aanbevelingen geformuleerd om de surveillance te verbeteren. Het ging onder meer over het herinneren van zorgverleners aan het belang om gevallen van acute slappe verlamming te melden en over het oproepen van laboratoria om stalen met enterovirussen door te sturen.

Ook de gevoeligheid van de test van het afvalwater op het poliovirus werd verhoogd. Er vond een

bijkomende staalneming plaats van een afvalwaterzuiveringsinstallatie dicht bij de Duitse grens. Ook werden de vaccinatoren, zoals vermeld in uw vraag, al opgeroepen om te controleren of iedereen daadwerkelijk door vaccinatie beschermd is tegen polioverlamming, voor het geval er toch een introductie van het virus zou zijn.

In antwoord op uw laatste vraag, de aanbevelingen van de RAG werden besproken tijdens de vergadering van de RMG op 9 januari jongstleden. De verschillende gefedereerde entiteiten hebben vervolgens gecommuniceerd naar de vaccinatoren en de diensten voor arbeidsgeneeskunde in verband met het belang van poliovaccinatie.

14.03 Katleen Bury (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. U kwam nogal traag op gang, alsof er niet echt iets aan de hand was. Daarna vermeldde u wel dat jullie dit aan het monitoren zijn. We zien immers dat het in het afvalwater zit van verschillende Europese landen. Ik had het specifiek over de situatie in Gaza en de vele vluchtelingen die naar hier komen en niet volledig beschermd zijn door het orale poliovaccin.

In het begin van uw antwoord zei u dat wij het als gevaccineerden wel kunnen overdragen. Het is dus toch wel zeer gevaarlijk. Vervolgens stelt u dat het aangeboden wordt aan de mensen die uit deze landen komen en dat 97 % van de nieuwkomers het aanvaardt. Dat is zeer goed nieuws, ware het niet dat er vier vaccins nodig zijn.

Als mensen dus het ene vaccin hebben gehad – het orale vaccin, dat onvoldoende is – wordt deze preciaire groep ergens geplaatst. Ze veranderen dus van locatie. Nu zijn er plannen om beter te monitoren waar ze zich precies bevinden, om zo de gaten in het systeem te dichten, zoals u zegt. Daarom is het zeer belangrijk dat dat gemonitord wordt en dat deze mensen hun vaccins uitzitten tot het einde van de rit om zich te beschermen.

U vermeldde ook dat de alleenstaande mannen zonder opvangplaats door het mobiele team gevaccineerd worden. Dat is zeer goed, maar het moet wel voldoende gedekt zijn, zodat alles niet na één vaccin op zijn beloop wordt gelaten. Dan is de volksgezondheid immers niet optimaal beschermd en keren we terug naar toestanden die we echt niet meer willen zien. Denk maar aan de beelden van kinderen in een ijzeren long. Het is een goede zaak dat dat sinds 1960 uitgeroeid is. Laten we dat zo houden.

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

15 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Voetzorg" (56002323C)

15 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins podologiques" (56002323C)

15.01 Katleen Bury (VB): Er bestaat heel wat bezorgdheid bij de podologen. Ik heb deze vraag al een tijd geleden ingediend, dus ik ben blij dat ik hierop eindelijk een antwoord zal krijgen. Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Sinds 7 maart 2016 zijn podologen erkend als paramedisch beroep op basis van een Koninklijk Besluit. Deze erkenning heeft de professionele status van podologen versterkt en hun rol binnen de gezondheidszorg verduidelijkt.

Echter, een specifiek Koninklijk Besluit betreffende de uitvoering van voetzorg is nog steeds niet gepubliceerd, wel een Advies 2021-02b betreffende de professional in voetzorg | Volksgezondheid

Dit besluit zou duidelijke richtlijnen moeten bieden voor de uitvoering van voetzorg, met inbegrip van de vereisten voor praktijkvoering, erkenningscriteria en de mogelijke terugbetaling door de ziekteverzekering. Het uitblijven van dit besluit creëert een vacuüm in de regelgeving, waardoor podologen met praktische obstakels worden geconfronteerd. Dit brengt onzekerheden met zich mee, zowel voor de beroepsgroep als voor de patiënten die gespecialiseerde voetzorg nodig hebben, bijvoorbeeld in het kader van aandoeningen zoals diabetes, reuma, veneuze aandoeningen, oncologische ziekten, transplantaties en nierfalen.

Wat is de oorzaak van de vertraging in de publicatie van het Koninklijk Besluit betreffende voetzorg? Welke stappen zijn er tot nu toe ondernomen om dit besluit voor te bereiden? Kunt u een concrete tijdslijn geven voor de verwachte publicatie van dit Koninklijk Besluit? Wordt er bij de voorbereiding van dit besluit ook rekening gehouden met de financiering en mogelijke terugbetaling van bepaalde voetzorgbehandelingen, gezien het cruciale belang van preventie bij chronische aandoeningen?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, ik moet misschien eerst even verduidelijken dat de erkenning van de podologie als beroep al werd vastgelegd in een koninklijk besluit van 15 oktober 2001 dat de beroepstitel, de vereiste kwalificaties voor de uitoefening van het beroep evenals de lijst van de technische prestaties en handelingen die een podoloog mocht uitvoeren of die aan hem konden worden toevertrouwd door een arts, definieerde. Het besluit van 7 maart 2016 heeft dat van 2001 opgeheven en vervangen, waarbij het juridische kader voor het beroep van podoloog werd geactualiseerd. De Federale Raad voor de paramedische beroepen en de Technische Commissie voor de paramedische beroepen hebben onlangs twee adviezen uitgebracht over de invoering van een nieuw paramedisch beroep in de sector van de voetzorg, namelijk dat van de voethygiënist of gespecialiseerd voetverzorger.

Ik erken het belang daarvan en de noodzaak om een juridisch kader te creëren voor deze beroepsbeoefenaars, maar het vergt veel tijd en werk om een volledig nieuw paramedisch beroep te erkennen. Men moet een rol definiëren, toegewezen handelingen vastleggen, het werkveld bepalen, de minimale kwalificatiecriteria bepalen en overgangsmaatregelen bekijken. Voor dit soort dossiers zorgen we ervoor dat de verschillende betrokken administraties en de deelstaten worden bijeengebracht. Het is nog te vroeg om een concrete datum vast te leggen waarop het beroep gereguleerd zou kunnen worden of om details te geven over de inhoud ervan, des te meer omdat we ons aan het begin van een nieuwe legislatuur bevinden.

15.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, eigenlijk gaat uw antwoord over het nieuwe beroep, over de voethygiënist. Mijn vraag gaat echter over de podoloog zelf, meer bepaald over het reeds bestaande koninklijk besluit van 2016, dat nog uitgewerkt dient te worden. Voor maar een heel beperkt aantal behandelingen kunnen patiënten een terugbetaling krijgen, waarbij ik aan terugbetalingen voor bijvoorbeeld diabetespatiënten denk. Voor de aanmaak van bijvoorbeeld steunzolen door de podoloog is er geen terugbetaling, ook al zijn podologen daartoe opgeleid. Er hoeven toch geen maanden of jaren overheen te gaan om dat in een kader te gieten, zodat ook bij podologen een terugbetaling mogelijk wordt? Ze zijn ervoor opgeleid.

Ik heb met een schriftelijke vraag ook gegevens opgevraagd over de aantallen steunzolen bij kinderen, jongvolwassenen en volwassenen. Er is zeker werk aan de winkel. Normaal gezien schrijft de huisarts een voorschrift voor. Dat gaat naar de orthopedist, maar die heeft op zich al werk genoeg of zelfs te veel werk. De podoloog staat enigszins aan de zijlijn, omdat de patiënt bij de podoloog geen terugbetaling kan krijgen voor een steunzool, al kan de podoloog die perfect maken.

Daarom vraag ik concreet of er in verband met dat koninklijk besluit een tijdslijn is. Ik doel niet op het flankerende beroep. Dat esthetische aspect is ook nodig, maar ik beoog zekerheid voor de podologen. Welke voetzorgbehandelingen kunnen podologen uitvoeren? Waarvoor kunnen patiënten bij een podoloog terugbetaling krijgen? U kunt daarvoor geen deadline opgeven.

15.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, ik denk dat er een misverstand is ontstaan. In de schriftelijk ingediende tekst van uw vraag verwijst u naar een koninklijk besluit dat uitvoering geeft aan een advies van de raad. Dat advies creëert echter een nieuw paramedisch beroep. Om die reden antwoord ik dat het niet zo simpel ligt en daardoor kan ik ook geen tijdslijn geven.

15.05 **Katleen Bury** (VB): Het koninklijk besluit betreffende de uitoefening van het beroep van podoloog voor voetzorg is dus nog steeds niet gepubliceerd. Wel is er een advies, maar dat houdt een nieuw beroep in.

Mijn vraag ging over de richtlijnen inzake podologen en de praktische obstakels die een terugbetaling verhinderen. Het enige dat ik in dat verband heb teruggevonden, is dat advies. Met mijn vraag bedoel ik wel degelijk de podologen en de problematiek dat patiënten voor veel zaken bij hen geen

terugbetaling krijgen.

Mijnheer de minister, mogelijk wilt u de kwestie nog eens bekijken. Ik kan volgende week een nieuwe mondelinge vraag indienen.

15.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, dat heeft niet veel zin. Ik stel voor dat u, in overleg met mijn medewerkster, daarop later nog eens terugkomt, wanneer ik er een beter antwoord op kan geven. Het zal even tijd vergen om een tijdslijn voor dat soort zaken uit te werken.

15.07 **Katleen Bury** (VB): Dat begrijp ik.

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

16 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De wachttijden in de gezondheidszorg" (56002324C)**

16 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les délais d'attente dans les soins de santé" (56002324C)**

16.01 **Katleen Bury** (VB): Ik heb goed nieuws. Na deze vraag verdwijnt ik een tijdje naar de achtergrond. Ik verwacht namelijk dat de vragen nrs. 56002325C en 56002375C nog zullen worden uitgesteld.

Ik verwijst naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

In uw antwoord op parlementaire vraag nr. 163 van 24 december 2024 gaf u aan dat België momenteel geen officiële statistieken heeft over wachttijden in de gezondheidszorg. U verwees naar het KCE-rapport nr. 383 uit mei 2024, waarin aanbevelingen worden gedaan voor het opzetten van een systeem om wachttijden te meten.

Gezien de impact van wachttijden op de patiëntenzorg en de noodzaak om het beleid hierop af te stemmen, is het essentieel dat er metingen worden uitgevoerd en bijgehouden.

Welke stappen zijn er ondertussen gezet om de gegevens over wachttijden bij verschillende zorgverleners te verzamelen en te monitoren?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het KCE onderzocht inderdaad de wenselijkheid van een meting van wachttijden in zijn rapport nr. 383. Op basis van een analyse van de systemen in zes andere landen – Finland, Spanje, Zweden, Nederland, Canada en het Verenigd Koninkrijk – en van interviews met belanghebbenden op Belgisch niveau, benadrukken de auteurs van het KCE de onmogelijkheid van één enkele aanpak voor het meten van wachttijden in het hele gezondheidszorgsysteem. Het raadt dus af om een uitgebreid en continu systeem voor de evaluatie van wachttijden op te zetten.

Het vestigt ook de aandacht op de kostprijs van een dergelijke gegevensverzameling in verhouding tot de toegevoegde waarde daarvan. Metingen van wachttijden kunnen worden gebruikt om tekorten aan gezondheidswerkers, infrastructuur en apparatuur vast te stellen, met name op lokaal niveau. Ze zijn op zich echter niet voldoende om de problemen te beschrijven. Ze geven ook weinig informatie over de manier waarop ze kunnen worden verholpen.

Om objectieve en interpreteerbare gegevens te verkrijgen, bevelen de auteurs aan om na een voorafgaande, grondige analyse van de kosten voor gegevensverzameling een prospectieve evaluatie uit te voeren van de wachttijden voor een selectie van diensten, procedures en ingrepen in een representatieve steekproef van zorgverleners en -instellingen. Deze evaluatie moet in de loop van de tijd herhaald worden om veranderingen in wachttijden in de loop van de tijd te analyseren.

Ook die vraag is er gekomen tijdens de periode van lopende zaken. Wij zijn aan het begin van een nieuwe regering. Ik ben dus nog niet in staat om daarover veel meer mee te geven.

16.03 **Katleen Bury** (VB): Dat begrijp ik. Het betreft echter een heel belangrijke vraag, die een

onderdeel is van een schriftelijke vraag die ik terugkreeg, namelijk over het feit dat er geen officiële statistieken van de wachttijden in de gezondheidszorg zijn. Ik begrijp dat u op de vraag geen antwoord kunt geven en dat een en ander moet worden bekeken. Ik kan alleen de noodzaak daarvan benadrukken.

Ik ben het helemaal niet eens met het KCE, dat stelt dat de kosten van de gegevensverzameling niet opwegen tegen de baten daarvan. Ik ben ervan overtuigd dat het heel belangrijk is dat wij de gegevens over de wachttijden kennen.

Er zullen nog veel vragen aan bod komen hier in de commissie. Denk maar aan de vraag over de dermatologen, die zal worden uitgesteld, omdat u nog een deel van het antwoord moet opvragen. Ook daar zijn er wachttijden. Het resultaat zijn mensen die een huisarts consulteren met een al vergevorderde huidkanker. Het is belangrijk dat wij de wachttijden kunnen oplijsten en kunnen zien of de dermatologen nog genoeg bezig zijn met de essentie van hun job of enkel nog met het esthetische, teneinde te kunnen nagaan of er ook op dat vlak niet moet worden ingegrepen.

Het KCE stelt ook dat het niet ziet op welke manier de problemen kunnen worden verholpen. Dat kan juist wel. Het beleid kan daarop dan worden afgestemd. Waar zijn er wachttijden? Zijn er in de ene of andere branche meer of minder artsen nodig? Zijn er daar meer specialisten nodig? Moeten die specialisten opnieuw meer hun kerntaak uitvoeren? Die wachttijden zouden ons dus enorm kunnen helpen om hiermee aan de slag te gaan. Ik begrijp dat u nu pas opnieuw minister bent, maar maak daar zeker werk van. Het zal onze gezondheidszorg zeer sterk ten goede komen.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nr. 56002325C van mevrouw Bury en nr. 56002521C van mevrouw Gijbels worden uitgesteld.

Mevrouw Gijbels, gaat u ermee akkoord om de samengevoegde vragen nr. 56002360C van mevrouw Eggermont en nr. 56002376C van uzelf uit te stellen, omdat mevrouw Eggermont afwezig is?

16.04 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Ik dacht dat de vraag niet meer kon worden uitgesteld, omdat ze al eens uitgesteld werd? In dat geval zal ik ze wel stellen.

17 **Samengevoegde vragen van**

- **Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het H5N1-vogelgriepvirus" (56002360C)**
- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het H5N1-vogelgriepvirus en de monitoring ervan via rioolwater" (56002376C)**

17 **Questions jointes de**

- **Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le virus de la grippe aviaire H5N1" (56002360C)**
- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le virus de la grippe aviaire H5N1 et son monitoring par l'analyse des eaux usées" (56002376C)**

17.01 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, het H5N1-virus is ondertussen vrij breed verspreid bij pluimvee en wilde vogels. Er zijn ook, weliswaar niet in dit land, zoönotische infecties gekend bij de mens. Het lijkt dus van belang om de aanwezigheid van H5N1 op te sporen.

Een van de opties daarvoor is de monitoring van het rioolwater. U had het daarnet ook al over polio in het rioolwater. Volgens de gegevens op de website van Sciensano wordt het rioolwater momenteel gescreend op influenza, RSV, SARS-CoV-2 en polio. De Europese Commissie heeft blijkbaar ook navraag gedaan bij de verschillende lidstaten of er interesse zou zijn in de monitoring van H5N1 in afvalwater en lijkt de screening dus ook aan te moedigen.

Hoe hoog wordt het risico op zoönose ten gevolge van H5N1 vandaag ingeschat? Voor welke bevolkings- of beroepsgroepen is het risico het grootst? Acht u het zinvol om de rioolwaterscreening uit

te breiden naar H5N1? Welke praktische beperkingen zijn er eventueel? Wordt dit al gedaan en zo ja, waar en door welke instelling? Acht u het zinvol om de rioolwaterscreening naar andere pathogenen uit te breiden en zo ja, naar welke? Werd er een kosten-batenanalyse gemaakt van rioolwaterscreening en hoe ziet die eruit?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: In antwoord op uw eerste vraag kan ik u meedelen dat de situatie nauwgezet wordt opgevolgd door Sciensano, het FAVV, de RAG en de RAG-V-EZ, de Risk Assessment Group-Veterinary-Emerging Zoonoses.

Sinds maart 2024 is er een uitbraak van H5N1 gaande onder runderen in de Verenigde Staten. Daarbij werden ook al meer dan 60 gevallen bij mensen vastgesteld. Deze werden zo goed als allemaal gelinkt aan professionele blootstelling. De besmettingen kenden ook een grotendeels mild klinisch verloop en resulteerden niet in overlijden. Wereldwijd blijven humane infecties met H5N1 zeldzaam. Tot nu toe werd nog geen evidentie van mens-tot-menstransmissie gedocumenteerd.

Specifiek voor België werd in januari het eerste geval van H5N1 in 2025 gerapporteerd bij een wilde vogel. Dat is echter geen onmiddellijke aanleiding tot paniek. Het meest recente verslag van het ECDC van 17 januari 2025 bevestigt dat ook: menselijke infecties met aviaire influenzavirussen blijven zeldzaam. In de verslagperiode werden ook geen aanwijzingen voor overdracht van mens op mens gedocumenteerd. Het risico van infectie met de momenteel circulerende aviaire influenzavirussen blijft in Europa laag voor het grote publiek. En het blijft laag tot matig voor mensen die beroepshalve of anderszins zijn blootgesteld aan besmette dieren of omgevingen.

Wat betreft uw tweede vraag, of Sciensano bezig is met het ontwikkelen van een geschikte test die H5N1 in rioolwater opspoor, de praktische beperkingen zijn enerzijds het feit dat men geen onderscheid kan maken tussen humane en dierlijke infectie en anderzijds de gevoeligheid van de methode om H5N1 te detecteren. Indien men iets vindt in rioolwater is het bijvoorbeeld niet evident om de bron van infectie te gaan opsporen, aangezien rioolwater een bevolking dekt van ruim 100.000 mensen.

De zinvolheid om rioolwater te testen voor H5N1 hangt dus af van de gevoeligheid van de test en in welk scenario men afvalwater wil testen. Het kan zinvol zijn als men de aanwezigheid van een wijdverspreide niet-gedetecteerde circulatie in de algemene bevolking wil nagaan, nadat eerst meldingen binnenkwamen via de registers voor verplichte melding van infectieziekten. Het kan ook zinvol zijn om rioolwater te testen als een vroegtijdig waarschuwingsmechanisme met inachtneming van de praktische beperkingen van de test.

Wat betreft uw derde vraag, de enige instellingen die momenteel actief bezig is met het opsporen van H5N1 in rioolwater, zijn de Amerikaanse CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Via het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) hebben we vernomen dat ook de CDC moeilijk onderscheid kunnen maken tussen H5N1 van dierlijke of menselijke oorsprong. In een aantal Europese landen wordt het op punt stellen van laboratoriumtesten onderzocht. De KU Leuven screent het afvalwater van Leuven op H5N1.

In verband met uw vierde vraag hebben we in 2024 de monitoring van afvalwater uitgebreid van SARS-CoV-2 naar poliomyelitis, RSV en influenzavirussen. Door de maandelijkse metingen van poliomyelitis is de kwaliteit van de poliosurveillance in België versterkt. Daardoor heeft de WHO België geklasseerd als laag risico voor poliomyelitisheropflakking. Daarvoor zaten we op een intermediair risico, volgens de WHO.

Voor RSV en influenza bestuderen we of rioolwater de stijging van deze pathogenen in de algemene bevolking vroeger kan detecteren ten opzichte van de huidige surveillancesystemen op het niveau van huisartsen en klinische labo's. Voor de toekomst bestuderen we de toegevoegde waarde van afvalwatermonitoring ter bevestiging van de afwezigheid van mazelen in het kader van de WHO-eliminatie-doelstellingen.

Afvalwatermonitoring zal in 2025 ook toegepast worden voor het meten van drugs. Eveneens werd een nationaal actieplan voor antimicrobiële resistentie ingediend om deze in afvalwater te meten en te vergelijken met het huidige surveillancesysteem.

Is er een kosten-batenanalyse uitgevoerd? Neen, tot nu toe nog niet.

17.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister.

Ik heb een rapport gevonden van de Europese Commissie waaruit blijkt dat verschillende landen toch wel bezig zijn met het opsporen van vogelgriep in afvalwater. Misschien zit dat nog in een testfase. Het lijkt me nog steeds het bekijken waard.

Ik las ook dat de Universiteit Antwerpen interesse zou hebben om hiermee verder te gaan. Het is ook goed dat de KULeuven hier al mee bezig is. Het is immers volgens mij toch een vrij eenvoudige manier om de verspreiding van een virus te bekijken en maatregelen te nemen. Zo krijgt men immers van een bepaalde regio, ook al is die groot, een indicatie over de aanwezigheid van vogelgriep in het afvalwater.

De kosten-batenanalyse zal volgens mij redelijk gunstig uitvallen. Dat lees ik toch in de wetenschappelijke literatuur. Het is een systeem dat tegenwoordig vaker wordt ingezet, omdat het nu precies gunstig is wat kosten en baten betreft.

Het is ook heel goed dat men kijkt naar andere zaken, zoals drugs en antimicrobiële resistentie. Daar kunnen we nog heel wat informatie over te weten komen.

Verder denk ik dat we de vogelgriep niet mogen onderschatten. In de Verenigde Staten is ze al verspreid onder runderen. Er zijn ook al een aantal besmettingen bij mensen. We moeten niet panikeren, maar toch wel de nodige voorzichtigheid aan de dag leggen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Samengevoegde vragen van

- **Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegankelijkheid van zwangerschapszorg" (56002368C)**
- **Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegankelijkheid van pre- en postnatale zorg" (56002477C)**

18 Questions jointes de

- **Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité des soins aux femmes enceintes" (56002368C)**
- **Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité des soins prénataux et postnataux" (56002477C)**

18.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, une récente étude de la Mutualité chrétienne auprès de 3 000 femmes ayant accouché entre 2022 et 2023 a relevé qu'à peine six femmes sur 10 trouvent abordables les soins relatifs à un accouchement. Globalement, seules les sages-femmes et les médecins généralistes sont considérés comme abordables pour 80 à 90 % des répondantes.

Cette étude met aussi en lumière le fait que les futures mères ignorent trop souvent qu'un médecin généraliste et une sage-femme peuvent également suivre leur grossesse, ou encore qu'une partie des montants pour les soins pré- et postnataux restent à leur charge. Ceux-ci s'élèveraient en moyenne à 350 euros jusqu'à 2 000 euros et plus à la suite d'un accouchement par césarienne en chambre individuelle.

Monsieur le ministre, disposez-vous de chiffres concernant l'évolution des coûts restant à charge des patientes ayant accouché par voie basse et par césarienne au cours des 10 dernières années? Quels éléments constituent ces coûts?

Quels sont, selon vous, les freins encore existants concernant l'accessibilité aux soins pré- et postnataux pour les femmes dans notre pays? Quelles mesures pourraient être envisagées pour améliorer l'information des futures mères?

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Désir, concernant l'évolution des coûts restant à charge des patientes lors des séjours pour l'accouchement par voie basse et césarienne, nous disposons des chiffres de 2018 à 2022. En moyenne, en 2022, le coût total s'élevait à 1 240 euros,

dont 1 000 euros de suppléments de chambre et d'honoraires médicaux.

L'accès aux soins pré- et postnataux en Belgique est globalement considéré comme bon. Selon les données de "Vers une Belgique en bonne santé", 85 % des femmes enceintes atteignent le nombre recommandé de 10 consultations au cours de leur grossesse, en cas de faible risque. Cela étant dit, 3,7 % des femmes enceintes ne parviennent pas à atteindre le minimum recommandé de sept consultations. Ce chiffre est encore plus élevé à Bruxelles, où il atteint 6 %.

D'après les données du KCE et de la Mutualité chrétienne, il existe plusieurs obstacles et goulots d'étranglement.

Premièrement, il s'agit des obstacles liés à l'accès aux soins. Les femmes ayant un statut socio-économiquement faible ou issues de l'immigration se heurtent souvent à des difficultés pour accéder à des soins de qualité. Cela peut être dû à des barrières financières ou à des problèmes linguistiques. De plus, un faible niveau d'éducation peut entraîner un illettrisme médical, avec pour conséquence une limitation de l'accès à un système de soins parfois complexe.

Par ailleurs, on observe une tendance préoccupante parmi les prestataires de soins (gynécologues, kinésithérapeutes et sages-femmes) à s'éloigner des tarifs conventionnés.

Le programme interfédéral de soins intégrés pour les femmes enceintes vulnérables utilisant l'outil "Born in Belgium" a comme objectif d'offrir un accompagnement et suivi coordonnés en cas de présence de facteurs de risque psychosociaux. Cette initiative spécifique vise à améliorer les soins périnataux, en particulier pour les groupes de population vulnérables. L'objectif de ce programme est entre autres de réduire les inégalités sociales et de favoriser l'accès à des soins de qualité. En fait, il était essentiel de continuer à travailler sur l'amélioration de l'accessibilité des soins en abaissant encore les barrières financières pour tous les patients. Nous sommes convaincus que pour garantir l'accessibilité financière des soins, il est nécessaire que les prestataires de soins respectent les tarifs conventionnés.

J'ajouterai encore, sur ce programme de soins intégrés pour les femmes enceintes vulnérables, que je l'ai lancé voici quelques mois déjà avec mon nouveau collègue, Yves Coppieters, en Wallonie. Il s'applique aussi à Bruxelles et il a été lancé hier en Flandre avec ma collègue, Caroline Gennez. Je trouve ce programme ultra important. Celui-ci s'attaque précisément aux causes fondamentales de ce manque d'accès pour ces femmes.

18.03 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. On peut tout d'abord évidemment se réjouir des bons chiffres globaux, à savoir que 85 % des femmes enceintes atteignent les 10 consultations, ce qui nous place certainement parmi les pays qui ont des chiffres positifs en la matière.

Je suis évidemment beaucoup plus inquiète quand j'entends les chiffres des publics vulnérables qui n'atteignent pas le minimum de consultations et de suivi médical pendant une grossesse, avec tous les risques de complications que cela peut entraîner. Évidemment, les chiffres bruxellois m'inquiètent en particulier, étant moi-même bruxelloise. Je suis donc heureuse d'entendre parler de votre programme intégré pour les femmes vulnérables. Nous suivrons cela avec attention car il y a certainement encore plus d'efforts à faire pour toucher ces publics qui sortent un peu des radars, puisque ces femmes-là cumulent sans doute plusieurs difficultés. Vous avez cité le manque d'information, les barrières linguistiques et financières, l'illettrisme, les publics issus de l'immigration...

C'est un sujet sur lequel je vous réinterrogerai dans les prochains mois.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56002375C de Mme Bury est reportée, à la demande du ministre.

19 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Mobiele gezondheidsapps en kinesithérapie" (56002379C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van telerevalidatie in de fysiotherapie" (56002475C)

19 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les applications mobiles de santé et la kinésithérapie" (56002379C)
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement de la télééducation en kinésithérapie" (56002475C)

19.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, in de vorige legislatuur gaf u al aan dat een modernisering van het zorglandschap nodig is en dat daarvoor moet worden ingezet op een verdere digitalisering. Dat staat ook uitgebreid in het nieuwe regeerakkoord. Een van de werven in dat verband bestond erin om na te gaan of een klassieke revalidatie dan wel een digitale variant, telerevalidatie, meer doelmatig was. Het betekent dus dat de conventie herbekeken zou worden. De studie die daarvoor werd gestart bij het UZ Gent zou resultaten opleveren in juni 2024, maar tenzij ik me vergis werden de conclusies nog niet voorgesteld.

Wanneer werd de studie van het UZ Gent opgeleverd? Wanneer werden de resultaten gepubliceerd? Hoe werd de telerevalidatie precies beoordeeld en volgens welke parameters gebeurde dat? Welke medische applicaties maakten deel uit van de studie en het pilootproject? Welke conclusies trekt u uit de studie? Welke vervolgstappen werden er sinds de indicatieve deadline van juni 2024 genomen? Welke modellen worden daaruit verder ontwikkeld en/of voorbereid? Zijn er perspectieven voor de in het pilootproject gebruikte medische apps? Kunt u daar extra info over geven?

19.02 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, avec le plan e-Santé 2015-2018, la Belgique s'est montrée à l'avant-garde en intégrant la santé digitale dans son système de santé, et ce, à travers le remboursement temporaire de certains projets pilotes, notamment concernant la rééducation en kinésithérapie via application mobile.

Je ne vais pas rappeler les grands arguments qui nous expliquent pourquoi la technologie est essentielle pour nos soins de santé. Toutefois, nous savons aussi qu'il faut faire preuve de prudence, qu'il faut pouvoir évaluer le bien-fondé et la plus-value, qu'il faut expérimenter, évaluer et ensuite statuer. Pour ce faire, encore faut-il que les résultats des études menées soient publiés et que les décisions prises soient motivées.

C'est donc l'objet de ma question. Monsieur le ministre, en 2022, l'INAMI a remboursé un traitement qui appliquait pour la première fois la rééducation via application mobile après la pose d'une prothèse de genou ou de la hanche, une avancée interrompue en juin 2023. Une étude clinique financée par l'INAMI a été réalisée pour évaluer cette première expérimentation qui avait déjà fait ses preuves dans d'autres États membres de l'Union européenne. Initialement attendus pour juin 2022, les résultats préliminaires de cette étude n'ont jamais été rendus publics. Quelles en sont les raisons? Pourrions-nous avoir connaissance des résultats de cette étude? Enfin, une révision de la nomenclature est actuellement en cours. Les résultats de cette étude seront-ils pris en compte dans ce cadre pour permettre l'intégration et la mise en œuvre de solutions hybrides, comme la télééducation?

19.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je vais d'abord répondre aux deux premières questions de Mme Gijbels et à la première question de M. Prévot.

Le rapport final de l'étude n'a pas encore été remis. Les résultats seront disponibles au plus tôt au second semestre 2025. Il y a à cela plusieurs raisons.

En décembre 2019, la convention entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI, les kinésithérapeutes et les établissements de soins agréés pour le remboursement de la rééducation des patients avant et après une arthroplastie primaire du genou ou de la hanche soutenue par une application mobile a été approuvée en décembre 2019. L'étude initiale prévue dans la première phase de la convention contenait trop peu de patients pour ouvrir immédiatement la convention à tous les hôpitaux dans une deuxième phase: seulement 416 par rapport au seuil de 2011. À la fin planifiée de l'étude, en septembre 2022, il a tout de même été décidé d'ouvrir l'accord à tous les hôpitaux. Le

dernier patient de l'étude a eu la possibilité de faire rapport avant fin juin 2023, avec des résultats d'études attendus dans le courant de 2024. Nous déplorons un retard d'un an en raison de la faible participation et de la lenteur du processus.

En raison de circonstances imprévues au sein de l'équipe *Health, innovation and research institute* de l'Université de Gand, cette équipe vient seulement de commencer à demander les données concernées à l'Agence InterMutualiste (AIM) avec l'aide du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

En outre, il y a eu un problème pour interpréter correctement les arrêts précoces et le nombre de patients. Pour cela, des données disponibles via l'application *moveUP* ont également été demandées pour les comparer aux données de l'AIM. L'évaluation sera présentée au comité de pilotage et publiée au second semestre de cette année.

Mevrouw Gijbels vroeg hoe de telerevalidatie precies werd beoordeeld. De studie in de overeenkomst heeft als doel de kwaliteit van de revalidatie via telekinesithérapie na te gaan, al dan niet samengaand met een minimaal aantal klassieke sessies met fysieke aanwezigheid bij de patiënt voor wie de arts-specialist in de orthopedische heelkunde of in de fysieke geneeskunde en revalidatie na overleg met de patiënt telekinesithérapie heeft voorgeschreven. De eindresultaten, de kwaliteit van leven, het voorkomen van complicaties en de totale kosten worden vergeleken met de standaardzorg, dus de fysieke sessie bij de kinesitherapeut, en dat voor drie groepen met meer of minder fysieke ondersteuning.

Welke medische applicaties maken deel uit van de studie? Wel, in de overeenkomst zijn criteria opgenomen waaraan de gebruikte applicatie moet voldoen. Een bedrijf dat op de lijst van applicaties die in aanmerking komen voor vergoeding opgenomen wilde worden, moest een aanvraagdossier indienen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. Elke aanvraag zou geëvalueerd worden naar werkzaamheid en effectiviteit. Ook moesten criteria die vermeld werden in het zorgprotocol dat opgenomen werd bij de overeenkomst, vervuld worden.

Er werd geen enkel aanvraagdossier ingediend. Enkel de applicatie Move-Up werd gebruikt tijdens de looptijd van de overeenkomst.

Welke besluiten trek ik? Ik kan nog geen besluiten trekken, omdat de studie nog niet opgeleverd is. In november 2022 heeft het studieteam van het Gentse team een tussentijds rapport voorgesteld. Daar de tussentijdse analyse niet representatief is voor de hele populatie, gaf het studieteam aan dat de resultaten niet geëxtrapoleerd mogen worden en dat het wetenschappelijk niet correct is uit de onvolledige resultaten bepaalde conclusies te trekken.

Dan kom ik tot de vragen van mevrouw Gijbels over de verdere perspectieven en de laatste vraag van de heer Prévot. Volgens de overeenkomst eindigde die op 30 juni 2023. Vanuit de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen was er geen vraag om verlenging. Vanuit beMedtech werd die wel gevraagd.

Op het einde van de overeenkomst waren er 21 ziekenhuizen die de overeenkomst getekend hadden, 14 in de context van de studie en 7 sinds de start van fase 2 van de overeenkomst. 352 kinesitherapeuten hebben de opleiding voor het gebruik van de applicatie Move-Up gevolgd en konden dus terugbetaling krijgen voor de verstrekkingen onder de conventievoorwaarden. Dat is natuurlijk geen grote groep op het totale aantal kinesitherapeuten.

Voor patiënten die vanaf 1 juli 2023 met ondersteuning van een mobiele applicatie willen revalideren, kunnen de verstrekkingen uit artikel 13 van koninklijk besluit nr. 20 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen COVID-19 en ter verzekering van de continuïteit van zorg gebruikt worden.

Un groupe de travail mixte de la Commission de convention et du Conseil technique de la kinésithérapie a élaboré une proposition concernant les prestations à distance et le télémonitoring. Cette proposition permet une application assez large de la télékinésithérapie, indépendamment de la pathologie et de l'outil.

De partners in de overlegorganen hebben er dus voor geopteerd om een ruim kader te creëren, zonder zich specifiek te richten op een bepaalde doelgroep van patiënten of kinesitherapeuten. Daardoor zal

de applicatie Move-Up in principe ook kunnen werken binnen dat kader, net zoals andere applicaties.

Sur la base de la note du groupe de travail mixte, le Conseil technique a poursuivi l'élaboration de la proposition de modification de la nomenclature. La note contenant la proposition définitive sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil technique.

Dès que la proposition aura été approuvée par le Conseil technique, elle sera soumise à la Commission de convention, qui examinera également l'aspect budgétaire de la modification de la nomenclature.

19.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

Het is inderdaad jammer dat het lang geduurd heeft om deelnemers te vinden, want ik geloof wel in de digitale begeleiding van patiënten, zeker in het domein van de kinesithérapie, waar therapietrouw en dagelijks oefenen heel belangrijk zijn voor het resultaat. Ik denk dat daar echt wel winst te boeken valt.

Ik kijk uit naar de resultaten van de studie. Ik hoop dat Move-Up zal worden aanvaard. Ik denk immers dat er nog wat conservatisme in de gezondheidszorg leeft. Niet iedereen is direct gewonnen voor de digitale toepassingen en de opvolging op afstand, maar ik denk echt wel dat we daarop moeten inzetten. Ik ben ook blij dat het regeerakkoord daaraan uitgebreid aandacht geeft. Ik kijk uit naar de uitwerking daarvan.

19.05 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée.

Je suis surtout content d'entendre que les résultats arriveront, ou seront en tout cas enfin disponibles au second semestre 2025. Je craignais que cette étude clinique, qui avait été financée par l'INAMI, soit tombée aux oubliettes et que nous ne puissions pas connaître la teneur de ses conclusions. Mais j'ai bien compris, avec votre réponse, que l'évaluation serait présentée au Comité de pilotage et que les résultats seraient disponibles au second semestre 2025.

Je ne manquerai pas de revenir vers vous sur ce dossier comme sur d'autres.

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

20 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het supplementenverbod voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming" (56002382C)

20 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'interdiction des suppléments pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée" (56002382C)

20.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, sinds 1 januari van dit jaar geldt er een gedeeltelijk supplementenverbod voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming. De nomenclatuur waarvoor dergelijk supplementenverbod van toepassing is, zou bovendien vanaf de zomer worden uitgebreid. Tegelijk werd er een systeem van transparantiecodes uitgewerkt, waardoor niet-terugbetaalde behandelingen in kaart zouden kunnen worden gebracht.

Voor bijvoorbeeld de tandheelkundige nomenclatuur rijzen er toch enkele problemen die de werkbaarheid in het gedrang brengen. Zo dienden er maar liefst 170 transparantiecodes te worden opgemaakt in de tandheelkunde ten opzichte van slechts 9 in de geneeskunde. Het is daarbij voor veel zorgverstrekkers allesbehalve duidelijk wat het verschil is met pseudonomenclatuur, die in het licht van het supplementenverbod zou worden uitgewerkt. Tot voor kort werden extra handelingen, extra materialen, gespecialiseerde apparatuur of extra tijd immers verrekend als een supplement op het conventietarief. Voor bepaalde disciplines, zoals de parodontologie, bestaat er maar een zeer beperkte nomenclatuur, die bovendien grotendeels ook door algemene tandartsen kan worden geattesteerd, waardoor er vaak zo goed als niets overblijft om te kunnen attesteren en om in terugbetaling te kunnen voorzien voor de patiënt. Blijkbaar betalen verschillende extra verzekeringen bovendien wél supplementen terug, maar doen ze dat niet in geval van transparantiecodes, terwijl het om dezelfde bedragen gaat en ze om dezelfde reden werden uitgeschreven. Dat alles maakt het voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming bijzonder lastig om een parodontale behandeling met opvolgingscontroles,

die vaak gespreid zijn over verschillende jaren, te ondergaan. Wij vrezen dat de nieuwe maatregelen dus drempelverhogend in plaats van drempelverlagend werken.

Wat is exact het verschil tussen pseudonomenclatuur en transparantiecodes? Klopt het dat pseudonomenclatuur moet worden ontwikkeld om patiënten met een verhoogde tegemoetkoming toch toegang te geven tot bepaalde behandelingen?

Werd er met vertegenwoordigers van elke discipline in de tandheelkunde overlegd vooraleer het supplementenverbod voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming werd doorgevoerd? En wat was daarvan het resultaat?

Waarom werd niet eerst de bestaande nomenclatuur onderzocht en werd er geen voorafgaande analyse gemaakt van de consequenties van een supplementenverbod op het terrein?

Op welke manier wordt beoogd om de effecten van het supplementenverbod op de toegankelijkheid van de zorg te monitoren?

Is het volgens u geoorloofd dat verzekeringen die eerder wel tegemoet kwamen voor supplementen, dat niet meer doen voor de transparantiecodes?

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ter verduidelijking, het supplementenverbod voor tandheelkundige verstrekkingen treedt inderdaad in werking in twee fases. De eerste fase betreft preventieve verstrekkingen en de tweede fase de rest van de nomenclatuur. De pseudonomenclatuur is een lijst van codenummers gebruikt in de facturatie van prestaties die niet zijn opgenomen in de nomenclatuur. Dat is gedetailleerd in NomenSoft. Verstrekkingen buiten de nomenclatuur zijn geen supplementen en zij kunnen dus ook nu nog, na de inwerkingtreding van het verbod, aan alle patiënten worden aangerekend. We moeten wel een onderscheid maken tussen een supplement en iets dat buiten de nomenclatuur valt.

Wat de transparantie betreft, sinds 1 september 2023 is het verplicht om het bedrag van supplementen mee te delen in geval van terugbetaalde zorg. Sinds 1 september 2024 moeten ook bijkomende gegevens worden meegedeeld, bijvoorbeeld materiaaltechniek of instrumentarium. Dat gebeurt via 170 transparantiecodes, die zijn vastgelegd door de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen. Die lijst werd samengesteld met de vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen en de verzekeringsinstellingen, en de bedoeling is dat hij geregeld wordt bijgewerkt.

Wat uw eerste vraag betreft, transparantiecodes vallen onder de pseudonomenclatuur. Dat is vastgelegd in een verordening. Als het gaat over verstrekkingen die niet vergoed worden in de gangbare nomenclatuur, kunnen die aan rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkomingen worden aangerekend. Let wel, dat zijn geen supplementen. Overigens bestaat naast de transparantiecodes ook nog andere pseudonomenclatuur, bijvoorbeeld in het kader van de maximumtarieven. Dat is een beetje gecompliceerd. Ik weet niet of mijn uitleg voldoende verduidelijkt hoe het ene zich tot het andere verhoudt.

Wat uw tweede vraag betreft, kan ik bevestigen dat er op verschillende momenten overleg is geweest in de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen met de vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties en de verzekeringsinstellingen. Het supplementenverbod wordt dus ook in overleg met die betrokkenen in twee fasen uitgevoerd. De Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen zal ook nagaan voor welke verstrekkingen de huidige tarieven niet langer volstaan en werkt aan de hervorming van de nomenclatuur.

Wat uw derde vraag betreft, het supplementenverbod is alleen van toepassing op een beperkte lijst met verstrekkingen, die ofwel gehervardeerd zijn sinds 2022, ofwel deel uitmaken van preventieve verstrekkingen. Voor het verbod dat vanaf 1 juli 2026 van kracht zal zijn, werkt de Nationale Commissie aan een hervorming van de nomenclatuur die voor iedereen een eerlijke toegang tot tandheelkundige zorg mogelijk zal maken. Het verbod is echter wel vastgelegd en zal in werking treden.

In antwoord op uw vierde vraag kan ik mededelen dat het IMA zal werken aan een analyse inzake supplementen voor ambulante verstrekkingen die sinds 1 september 2023 meegedeeld moeten worden aan de VI's. Daarnaast zal het met de invoering van de transparantieregels binnenkort ook mogelijk zijn

om een beter zicht te krijgen op het werkelijke gebruik van tandheelkundige zorg door de bevolking en per type zorg. Het RIZIV is natuurlijk niet verantwoordelijk voor facultatieve verzekeringen. De Nationale Commissie heeft een lijst met pseudocodes vastgesteld die de niet-vergoedbare verstrekkingen buiten de nomenclatuur betreffen. Aanbieders van facultatieve verzekeringen hebben vanzelfsprekend de autonomie om zelf te beslissen of ze al dan niet tussenkomen voor verschillende niet-vergoedbare verstrekkingen.

20.03 Frieda Gijbels (N-VA): Ik ben het met u eens dat we zoveel mogelijk mensen toegang moeten geven tot die zorg. Indien er problemen zijn met de tarieven, dan moet u die aanpakken. Ik roep u op erover te waken dat we niet onbedoeld mensen uitsluiten van bepaalde zorg, wat we nu al opmerken in bepaalde disciplines van de tandzorg. Het is zeer goed dat het IMA dat zal opvolgen en analyseren, waardoor we daar binnenkort een beter zicht op hebben. Er komen immers vrij veel mensen, ongeveer 2 miljoen, in aanmerking voor het statuut van de verhoogde tegemoetkoming. In de grootsteden komen er relatief gezien meer mensen voor in aanmerking, waardoor zeker de gespecialiseerde praktijken soms in de problemen komen omdat ze een groot deel van hun patiënten geen supplementen meer mogen aanrekenen.

Ik hoop dat het dossier goed zal worden opgevolgd en dat we niet het omgekeerde effect bewerkstelligen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56002400C van mevrouw Gijbels wordt uitgesteld.

M. Bacquelaine a demandé le report de sa question n° 56002450C qui est jointe à la question n° 56002402C de Mme Gijbels.

21 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang van gezondheidszorgbeoefenaars tot gezondheidsgegevens" (56002405C)

21 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès des praticiens aux données de santé" (56002405C)

21.01 Frieda Gijbels (N-VA): Recent werd een KB gepubliceerd dat de toegang tot gezondheidsgegevens vorm moet geven. In de vorige legislatuur heb ik u al meermaals gevraagd naar de concrete uitwerking van de toegangsmatrix, die ook in de zitting met de heer Robben over eHealth aan bod kwam. In artikel 2 van het KB wordt vermeld dat als de patiënt bepaalde gegevens niet wil delen, hij de naam van de individuele gezondheidszorgbeoefenaar moet aangeven.

Ik heb vragen over de praktische gevolgen, omdat in de toelichting bij het KB staat: "In uitvoering van het protocolakkoord tussen de actoren bevoegd voor de gezondheids- en welzijnssector zal bijkomend in de mogelijkheid worden voorzien voor een zorggebruiker om enkel bepaalde categorieën van zorgverstrekkers toegang te laten hebben tot bepaalde categorieën van gedeelde gezondheidsgegevens."

Mijnheer de minister, klopt het dat de patiënt wanneer hij bepaalde gegevens niet wenst te delen elke gezondheidszorgbeoefenaar apart dient aan te duiden? Klopt het dat er geen mogelijkheid is voor de patiënt om een hele categorie gezondheidszorgbeoefenaars aan te duiden en uit te sluiten, bijvoorbeeld alle psychologen?

Op basis van het concept van de toegangsmatrix vermoeden we dat een dergelijke uitsluiting van een categorie technisch wel mogelijk zou zijn. Kunt u dat bevestigen?

Waarom werd ervoor gekozen om het verhinderen van een bepaalde groep of categorie gezondheidszorgbeoefenaars niet te implementeren?

21.02 Minister Frank Vandenbroucke: We willen een continue en hoogstaande zorg. In dat kader heeft een extramurale zorgverstrekker slechts toegang tot persoonsgegevens over de gezondheid van

een zorggebruiker als aan vier voorwaarden gelijktijdig is voldaan. Ten eerste, de zorggebruiker heeft zijn akkoord gegeven tot gegevensdeling van zijn persoonsgegevens over gezondheid. Ten tweede, de zorgverstrekker heeft een zorgrelatie met de zorggebruiker. Het is uiteraard de zorggebruiker die bepaalt wie met hem of haar een zorgrelatie heeft. Ten derde, de zorggebruiker heeft de individuele zorgverstrekker niet uitgesloten van toegang tot zijn of haar persoonsgegevens over de gezondheid. Ten vierde, de zorgverstrekker heeft krachtens de toegangsmatrix toegang tot de betrokken persoonsgegevens over gezondheid.

Vandaag geldt een standaard toegangsmatrix voor elke zorggebruiker, die is vastgesteld op basis van een unanieme beslissing in het beheerscomité van het eHealthplatform, dat is goedgekeurd door het Informatieveiligheidscomité. De kolommen van de matrix geven de categorieën gegevens aan, de rijen de categorieën zorgverstrekkers en de kruisjes in de matrix de categorieën gegevens waartoe diverse categorieën zorgverstrekkers toegang hebben.

In de nabije toekomst zal, terug op basis van een unanieme beslissing in het beheerscomité van het eHealthplatform, goedgekeurd door het Informatieveiligheidscomité, elke zorggebruiker de voor hem geldende toegangsmatrix kunnen moduleren. Concreet zal de zorggebruiker in de standaardtoegangsmatrix kruisjes kunnen weglaten of toevoegen en op die wijze de toegangsmatrix personaliseren en toegang tot bepaalde categorieën van gegevens onzeggen of bijkomend toestaan aan bepaalde categorieën van zorgverstrekkers.

De gebruiker zal er wel op gewezen worden dat het beperken van de toegang een risico kan inhouden voor een kwalitatieve en continue geïntegreerde zorgverstrekking. De inwerkingtreding van de moduleerbare toegangsmatrix veronderstelt uiteraard dat de software van elke zorgverstrekker en zorginstelling in staat is om de gegevens in te delen in de categorieën voorzien in de toegangsmatrix.

Het eHealthplatform heeft de werkzaamheden om de matrix moduleerbaar te maken opgestart en de inproductiestelling van de gebruikersinterface is voorzien in mei 2025. Het gebruik ervan moet dan nog geïmplementeerd worden door de verschillende authentieke bronnen, zoals de gezondheidsskluizen. De afspraken daaromtrent zijn gemaakt in het protocolakkoord eHealth van juni 2023 en van een wettelijke basis voorzien in het voorontwerp van samenwerkingsakkoord eHealth-BelRAI. Dat voorontwerp is een tekst waarvoor ik adviezen van de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) en de Raad van State heb ontvangen. De tweede lezing is voorzien zodra alle regeringen zijn gevormd. Daarmee zijn we intussen al een eindje opgeschoten, maar nog niet 100 %, zoals u weet.

21.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, er bestond wat bezorgdheid, vooral in het geval van groepspraktijken, waar de patiënt niet altijd elke individuele zorgverstrekker bij naam kent en niet altijd zou weten wie toegang heeft tot zijn of haar dossier.

Voor alle duidelijkheid, ik ben ook absoluut voorstander van een optimale gegevensdeling. Een goede communicatie over een patiënt kan die patiënt alleen maar ten goede komen.

Ik hoor wel graag dat er nog verder zal worden gewerkt aan een moduleerbare matrix, die ook begrijpbaar is voor de patiënt en waarbij hij zelf de touwtjes in handen kan hebben om te zien wie er toegang heeft tot wat.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Monsieur le ministre, je vois que Mme Schlitz est arrivée. Est-il exact qu'il n'y a pas de réponses pour les questions suivantes? (*Oui*)

Monsieur le ministre n'a pas prévu les réponses à partir de la question figurant au point 32 de l'ordre du jour.

21.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Oui, je m'en excuse. Ce sera pour une autre fois. Il me semble que c'est dû à un manque de temps.

21.05 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Les questions sont dès lors reportées.

21.06 Patrick Prévot (PS): C'est également déjà arrivé la fois passée et il se trouve effectivement que, parfois, les questions peuvent être accélérées par l'absence des collègues. Dès lors, monsieur le ministre, pourriez-vous dorénavant veiller avec le cabinet à avoir les réponses à toutes les questions quand vous venez car il est vrai qu'il nous arrive de devoir attendre. Et puis, c'est un peu frustrant, pour vous comme pour nous, de se rendre compte que vous n'avez malheureusement pas les réponses du cabinet. Je vous serais reconnaissant, monsieur le ministre, si vous pouviez y veiller la prochaine fois. Merci beaucoup.

La **présidente:** Et avec moi, tout s'accélère! C'est bien connu.

21.07 Frank Vandenbroucke, ministre: C'est vrai!

22 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De transparantie van China over de oorsprong van COVID-19" (56002406C)

22 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La transparence de la Chine dans le cadre de l'origine du Covid-19" (56002406C)

22.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, vijf jaar na de eerste signalen rond het nieuwe virus SARS-CoV-2, die door de Wereldgezondheidsorganisatie werden opgepikt, staat de Wereldgezondheidsorganisatie stil bij de impact van de covidcrisis en bij het belang van internationale samenwerking bij de bestrijding van pandemieën. Opvallend is de expliciete oproep opnieuw van de Wereldgezondheidsorganisatie aan China om transparantie te verschaffen rond data, aangezien die meer helderheid moeten scheppen over de oorsprong van COVID-19 en de wereld in staat zouden moeten stellen om lessen te trekken voor toekomstige virusuitbraken. Pas in 2023, dus drie jaar na de uitbraak, kreeg een internationale onderzoeksgroep toegang tot de data in China, maar blijkbaar was die informatie nog steeds onvolledig. Zo werd er geen toegang verschaft tot de eerste ruwe data. Opmerkelijk is ook dat de eerste DNA-sequentie van SARS-CoV-2 aanvankelijk door Chinese wetenschappers werd opgeladen op een internationale website, maar snel weer werd verwijderd.

Eerder stelde ik u ook al vragen over het gevaarlijke gebrek aan informatie vanuit China en de rol die de Wereldgezondheidsorganisatie daarin kan of moet spelen.

Hoe schat u de impact in van het gebrek aan informatie vanuit China? Op welke manier kunnen we een dergelijk gebrek aan informatie omtrent een uitbraak van een pathogeen voorkomen?

Hoe schat u de rol van de Wereldgezondheidsorganisatie in bij de aanpak van de pandemie? Er was forse kritiek op de tolerante houding van de Wereldgezondheidsorganisatie ten opzichte van China in het begin van de pandemie. Kunt u zich vinden in die kritiek?

De WHO is bezig met een internationaal pandemieakkoord, maar wat is dat waard als landen zoals China niet voluit willen coöpereren?

Welke boodschap wordt er namens België gebracht bij de Wereldgezondheidsorganisatie? Wordt er ook namens ons gepleit voor meer transparantie en democratie? Op welke manier gebeurt dat?

22.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, China legde duidelijk onvoldoende transparantie aan de dag bij de start van de pandemie. De Wereldgezondheidsorganisatie bleef een diplomatieke aanpak hanteren, terwijl ze op basis van het Internationaal Gezondheidsreglement harder had kunnen en moeten aandringen op volledige transparantie. Ik beschik echter over geen enkele betrouwbare indicatie dat de WHO in haar contacten met China niet te goeder trouw was en niet in lijn met de WHO-constitutie handelde.

Voor de toekomst is het sneller delen van beschikbare informatie over nieuwe ziekteverwekkers in het voordeel van iedereen en cruciaal voor de verhoging van de mondiale gezondheidsveiligheid. De reden waarom die informatie niet gedeeld wordt of kan worden gedeeld, zijn velerlei. Heel wat landen beschikken eenvoudigweg niet over de onderzoekscapaciteiten om specifieke gegevens zoals genetische sequentiegegevens van een nieuwe ziekteverwekker te genereren. De WHO werkt actief aan de versterking van die capaciteit, opdat meer landen in staat zouden zijn om die gegevens te

genereren en te delen.

De beste manier om ervoor te zorgen dat dergelijke informatie, indien beschikbaar, tijdig wordt gedeeld, is sterkere internationale samenwerking. In de onderhandelingen over het pandemieverdrag pleiten we dan ook voor duidelijke verplichtingen voor het snel delen van zowel stalen als genetische sequentiegegevens van pathogenen met pandemisch potentieel, met het oog op de verhoging van de transparantie en het verzekeren van een zo goed mogelijke paraatheid en respons wereldwijd bij een nieuwe gezondheids crisis.

Volgens het eindrapport *COVID-19: Make it the Last Pandemic* van het Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response heeft de WHO globaal gesproken goed gehandeld en reageerde de WHO snel door het afkondigen van de noodsituatie op het gebied van volksgezondheid op 30 januari 2020. Het zijn veeleer landen die te lang hebben gewacht om maatregelen te nemen.

U had ook vragen over het internationale pandemieakkoord. Ik vertel u niets nieuws wanneer ik zeg dat dat akkoord, zoals bij elk internationaal akkoord tussen landen, maar zo sterk zal zijn als de mate waarin landen bereid zijn om bindende verplichtingen op te nemen en de nodige mechanismen te implementeren om het nakomen van de verplichtingen te monitoren en eventueel af te dwingen.

Welke boodschap brengen we dan uiteindelijk aan de WHO? We hopen dat het toekomstige akkoord door zoveel mogelijk landen, inclusief China, zal worden geratificeerd. We gaan ervan uit dat een ruim geratificeerd akkoord kan leiden tot een brede internationale acceptatie en toepassing van de in het akkoord vastgelegde normen en richtlijnen inzake samenwerking en voorbereiding op het vlak van toekomstige pandemieën.

De verwachting is dat het akkoord voor meer transparantie zal zorgen, omdat het centrale motief is dat enkel een verbeterde samenwerking tussen landen ervoor kan zorgen dat we niet nog eens zo kwetsbaar zijn voor nieuwe pandemieën.

Bovendien staat, althans in de recentste *draft* van het akkoord, transparantie uitdrukkelijk vermeld op meerdere plaatsen, zoals het transparant delen van de protocollen van klinische studies.

22.03 Frieda Gijbels (N-VA): Het klopt dat een dergelijk akkoord maar zo sterk is als de zwakste schakel of de minst meewerkende schakel. We zien nu dat de Verenigde Staten uit de Wereldgezondheidsorganisatie stappen en bewust kiezen voor minder datadeling. Dat zijn geen goede ontwikkelingen. We moeten daarvoor extra waakzaam zijn. Denken we maar aan de situatie in de Verenigde Staten, waar het vogelgriepvirus nu ook onder runderen is verspreid.

Moeten we dus niet harder aandringen op meer samenwerking en meer datadeling en zelf het goede voorbeeld geven door optimale transparantie te brengen?

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Voilà qui conclut notre réunion de questions-réponses. Je vous donne rendez-vous la semaine prochaine.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 02.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.02 uur.