

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 1 APRIL 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 1 AVRIL 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 11 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.11 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.

01 Question de Marie Meunier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La protection de la santé des travailleuses et travailleurs du sexe" (56002548C)

01 Vraag van Marie Meunier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bescherming van de gezondheid van sekswerkers" (56002548C)

01.01 **Marie Meunier** (PS): Monsieur le ministre, la récente loi encadrant le travail du sexe souligne l'importance d'une approche globale incluant la protection de la santé des travailleuses et des travailleurs concernés. À Mons, Espace P joue un rôle clé dans l'accompagnement et le soutien des travailleuses et travailleurs du sexe avec, entre autres, des financements issus de l'INAMI.

Monsieur le ministre, mes questions sont très simples. Pouvez-vous nous dresser un état des lieux de la situation en matière de protection de la santé des travailleurs du sexe, en particulier dans la région de Mons? Quels sont les moyens financiers actuellement mobilisés par le fédéral, notamment via l'INAMI, pour soutenir les initiatives comme Espace P et garantir l'accès aux soins et à la prévention pour ces travailleuses et travailleurs?

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Meunier, l'INAMI finance le fonctionnement de plusieurs centres depuis 2012. Ce financement couvre les frais médicaux nécessaires, qui comprennent plusieurs vaccins, des consultations médicales et un soutien social. Espace P est l'un de ces centres. Il opère dans les provinces du Hainaut, du Luxembourg, de Namur et de Liège. En outre, Espace P est également actif dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Actuellement, l'INAMI intervient dans plusieurs centres médico-sociaux pour les travailleurs du sexe. Un budget total de 846 000 euros est prévu par l'article 56, § 2 pour le financement de base du fonctionnement d'un centre médico-social. En 2022, l'INAMI a lancé un appel. Quatre candidatures ont été introduites et retenues. De plus, depuis 2023, les quatre centres disposent d'un financement complémentaire au titre des assuétudes pour les personnes vulnérables. Leur budget total s'élève à 219 081,10 euros. Depuis 2024, une intervention est également prévue pour le traitement PrEP des personnes non assurées, en particulier les travailleurs du sexe. Le montant total de cette intervention pour les quatre centres est de 296 162,67 euros. J'espère vous avoir transmis les informations que vous cherchiez.

01.03 **Marie Meunier** (PS): Merci beaucoup monsieur le ministre pour vos différentes réponses. Je n'hésiterai pas à revenir avec des questions complémentaires après analyse de ces différents chiffres.

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

02 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Sociale fraude in tandartspraktijken" (56002703C)

02 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fraude sociale dans les cabinets dentaires" (56002703C)

02.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, op dinsdag 13 februari werden in Brussel drie tandartspraktijken en twee privéwoningen doorzocht in het kader van een gerechtelijk onderzoek naar sociale fraude, witwaspraktijken, zwartwerk en mensenhandel. Naast de geschatte schade aan de sociale zekerheid, die meer dan 600.000 euro zou bedragen, is er sprake van uitbuiting van personeel, waarbij werknemers zonder arbeidscontract ingezet zouden zijn.

Deze zaak roept vragen op over het toezicht op tandartspraktijken in België en toont de noodzaak aan van een strenge handhaving binnen de zorgsector en meer bepaald binnen de tandheelkunde. Om een beter inzicht te krijgen in de controlemechanismen en de beleidsmaatregelen die hierop volgen, stel ik u graag enkele vragen.

Hoeveel tandartsen zijn er momenteel actief in België met een visum, maar zonder RIZIV-nummer? Kan deze fraudezaak onder die problematiek worden gesitueerd? Hoeveel RIZIV-nummers werden in 2024 ingetrokken wegens sociale fraude? Zou u hierbij ook een overzicht kunnen geven van de geografische spreiding? Overweegt u om een strenger regelgevend kader in te voeren voor tandartsen die een visum hebben, maar geen RIZIV-nummer? Op welke manier wordt er momenteel gecontroleerd of tandartsen zich bezighouden met frauduleuze praktijken? Worden de controles aangescherpt naar aanleiding van deze recente zaak?

De federale regering heeft de ambitie om de strijd tegen sociale fraude en witwaspraktijken op te voeren. Hoe vertaalt zich dit concreet naar de gezondheidszorg en meer specifiek naar de tandheelkundige sector? Wordt er binnen de voorziene aanwerving van 300 extra inspecteurs voor de strijd tegen sociale fraude specifiek voorzien in extra capaciteit voor de opsporing van fraude binnen de zorgsector?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Eind maart 2025 telde het register van gezondheidswerkers 14.794 werkgerechtigde tandartsen, waarvan er 1.463 geen RIZIV-nummer hebben, wat neerkomt op 9,9 %. Dit cijfer omvat alle in België afgestudeerde tandartsen. Indien we dit beperken tot de in België gedomicilieerde beroepsbeoefenaars onder de 70 jaar, dan zijn er 10.012 werkende tandartsen, waarvan er 185 geen RIZIV-nummer hebben, wat neerkomt op 1,8 %.

U verwijst in uw vraag naar een dossier in Brussel. Dat specifieke dossier betreft een lopend onderzoek, in samenwerking met het arbeidsauditoraat. Gelet op het geheim van het onderzoek kan daarover niet gecommuniceerd worden.

Ik kom tot uw tweede vraag. Momenteel bestaat er geen wettelijk kader om een RIZIV-nummer in te trekken. Het intrekken van een visum is alleen mogelijk als de tandarts fysiek of psychisch niet geschikt is om de tandheelkunde uit te oefenen, als de tandarts niet aan de kwaliteitscriteria voldoet of als zijn praktijken een gevaar vormen voor de patiënten. Naast het beroepsverbod, dat door een rechter wordt uitgesproken, bestaat er momenteel geen wettelijk kader om het RIZIV-nummer van een tandarts in te trekken. In het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2024-2026 van de antifraudecommissie van het RIZIV willen we wel werk maken van de mogelijkheid tot intrekking van het RIZIV-nummer. Daarvoor is wetgeving nodig en ik zal met een wetsontwerp komen. Het regeerakkoord legt immers heel sterk de nadruk op handhaving.

Wat uw derde vraag betreft, tandartsen met een visum mogen wel de tandheelkunde uitoefenen. Als de tandarts geen RIZIV-nummer heeft, kan er niet aangerekend worden aan de verplichte ziekteverzekering. Dat is op zich zeer duidelijk in de regelgeving. Er zijn veel fraudeplegers die hun gedrag na een controleonderzoek niet aanpassen of de opgelegde sancties niet naleven. Die mensen moeten structureel verhinderd worden om verder te frauderen. Ik zal dan ook de nodige wettelijke aanpassingen introduceren om het handavingsbeleid te versterken.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle zal samen met de Federale Toezichtcommissie bekijken hoe dit het best kan worden aangepakt zonder dat de patiënten er nadeel van ondervinden. Daarom is het bijkomend belangrijk dat de verzekerden en de algemene bevolking geïnformeerd worden over de zorgverleners die geschorst of geschrapt zijn of desgevallend niet langer mogen aanrekenen.

Ik ga over naar uw vierde vraag. De DGEC start onderzoeken na externe meldingen of op eigen initiatief, via een systematische risicoanalyse. Uiteraard moet men hier prioriteiten bepalen. Alle middelen alleen op tandzorg richten kan uiteraard niet, maar de recente berichtgeving waarnaar u verwijst, toont net aan dat er actief gecontroleerd wordt, door zowel de parketten en de DGEC als de Toezichtcommissie.

Ik kom tot uw vijfde vraag. In het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2024-2026 bundelen de verschillende directies van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, met name de Federale Toezichtcommissie, samen met de verzekeringsinstellingen, het Nationaal Intermutualistisch College en het IMA, hun middelen om de naleving van de regelgeving te versterken via preventie, analyse, detectie en gerichte actie.

Ik herhaal dat wij bij de vorming van de regering overeengekomen zijn om daar een absolute prioriteit van te maken. In de komende maanden zullen we dan ook werken aan een omvattende strategie rond fraude en doelmatigheid. Dat is natuurlijk een breed continuüm, maar ik denk dat we dat continuüm zo moeten bekijken. De uitvoering van dat Actieplan 2024-2026, dat al deze instanties samen op punt hebben gesteld, hoort daarbij, maar daarnaast willen we ook onze instrumenten van handhaving versterken. Zoals gezegd, op dat punt wil ik echt wel snel wetgeving voorleggen.

Nu kom ik tot uw laatste vraag. Het regeerakkoord voorziet dat er 300 personeelsleden aangeworven zullen worden voor fiscale fraudebestrijding, met name bij de BBI, de sociale fraudebestrijding, de gerechtelijke politie en justitie. Dat contingent is nog niet verdeeld tussen de verschillende diensten. Bij de verdeling van het contingent voor de strijd tegen sociale fraude zal ik erover waken dat het RIZIV versterkt wordt, om fraude in de zorgsector beter aan te pakken.

02.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik vind het altijd spijtig als ik zulke verhalen lees, want ik vind tandarts een heel mooi beroep, maar dat dient natuurlijk met de nodige ernst en beroepsfierheid te worden uitgeoefend. Aan die beroepsbeoefenaars mogen we ook hoge eisen stellen. Het is natuurlijk een goede zaak dat dergelijke frauduleuze praktijken worden opgespoord, maar als ze aan het licht komen, plaatst dat de hele beroepsgroep in een slecht daglicht. Ik hoop daarom dat er goed en flink tegen wordt opgetreden, want in de genoemde situatie is het een zaak van zware fraude, van echte oplichting en ook van misbruik van vertrouwen van burgers. Van onze kant hebt u alle steun om daar hard tegen op te treden.

De vraag die ik stelde over het aantal tandartsen met visum maar zonder RIZIV-nummer, stelde ik ook omdat ik daarover eerder al vragen had gesteld. Uit de antwoorden leid ik af dat er de jongste jaren relatief meer tandartsen werkzaam zijn die wel een visum hebben, maar geen RIZIV-nummer. Aangezien die tandartsen geen behandelingen kunnen aanrekenen aan het ziekenfonds, vraag ik me af welke behandelingen zij uitvoeren. Ik pleit dan ook voor extra waakzaamheid op dat vlak.

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

03 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De opmars van het mazelenvirus" (56002835C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De mazelen" (56003252C)
- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De mazelenepidemie" (56003365C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Marokkaanse variant van het mazelenvirus" (56003724C)

03 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La résurgence du virus de la rougeole" (56002835C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La rougeole" (56003252C)
- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'épidémie de rougeole" (56003365C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le variant marocain de la rougeole" (56003724C)

03.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, we lezen in verschillende berichten dat er in een aantal landen een echte opmars van het mazelenvirus bezig is. Dat geldt voor de Verenigde Staten, voor Europa, voor Canada en ook voor Marokko. Er worden daar steeds vaker uitbraken gemeld, vaak als gevolg van een lage vaccinatiegraad. Ook bij ons is de situatie zorgwekkend: in 2024 werden in België maar liefst 462 gevallen van mazelen geregistreerd. Volgens de laatste cijfers zou dat zelfs nog iets meer zijn, terwijl dat er in de Verenigde Staten maar 285 zouden zijn.

Ondanks die uitbraken vind ik geen rapport van Sciensano dat die cijfers in ons land in detail analyseert of daarover transparant communiceert. Dat roept bij mij wel vragen op over de monitoring, de rapportering en de preventie van mazelen in België.

Mijnheer de minister, waarom is er geen rapport van Sciensano terug te vinden over de mazelengevallen in 2024 en eerdere jaren?

Het RIVM in Nederland en het CDC in de Verenigde Staten communiceren transparanter over mazelenuitbraken. Bent u het ermee eens dat Sciensano ook frequenter en transparanter over die cijfers zou moeten rapporteren?

Lijkt het u een goed idee om, zoals in andere landen, een mazelendashboard in te voeren om een beter zicht te krijgen op de besmettingshaarden? In Vlaanderen gebeurt dat trouwens wel. Kan die informatie ook met burgers worden gedeeld, zodat zij beter van de verspreiding op de hoogte zijn?

Hoe beoordeelt u de huidige vaccinatiegraad tegen mazelen in België? Ik weet dat dit een deelstaatbevoegdheid is. Denkt u dat gerichte sensibiliserings- of vaccinatiecampagnes nodig zijn om die vaccinatiegraad te verhogen?

Mazelenuitbraken zijn vaak gelinkt aan internationale reizen. Hoe tracht België daar zicht op te krijgen?

Tijdens een eerdere commissievergadering gaf u aan dat Sciensano de toegevoegde waarde van afvalwatermonitoring voor infectieziekten onderzoekt, waaronder polio, RSV en influenza. Zijn er concrete plannen om de monitoring naar mazelen uit te breiden? Welke stappen zijn daartoe eventueel al gezet?

Aangezien er geen nieuwe testen nodig zijn om dat rioolwater te monitoren, maar enkel een extra PCR-test, waarom wordt die uitbreiding dan vandaag nog niet toegepast in dit land?

03.02 **Katleen Bury** (VB): De sensibiliseringscampagne blijkt onvoldoende, zoals reeds is aangehaald. Mijnheer de minister, de vraag is of u aanvullende acties met de deelstaten plant om dat te verhelpen.

Wat de bezorgdheid betreft over de mensen tussen 30 en 35 jaar, van wie sommigen slechts één vaccinatie kregen, hoe denkt u die groep te kunnen bereiken?

Mijn vraag dateert van voor de krokusvakantie. Welke grensoverschrijdende samenwerking is er opgezet tussen de Europese landen met betrekking tot populaire vakantiebestemmingen? Wat is er ondernomen tijdens de krokusvakantie met het oog op een betere monitoring?

Wat zult u doen om de additionele maatregelen te verhogen met betrekking tot de regio's met de meeste gevallen? Aanvankelijk betrof dat vooral Antwerpen, nu schiet ook Brussel erboven uit.

Wat zult u doen om het vertrouwen te herstellen en zodoende de terugval van de vaccinatiegraad in het algemeen tegen te gaan?

03.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'incidence de la rougeole augmente dans le monde entier et la Belgique n'est évidemment pas épargnée. La période de vacances que nous venons de connaître nous invite à la plus grande vigilance, car le virus de la rougeole, qui est hautement contagieux, présente des caractéristiques de diffusion similaires à celles du covid. Et ce dernier s'était d'ailleurs fortement répandu en Belgique il y a cinq ans dans la suite d'une même période de vacances au départ de foyers qui étaient situés justement en zone de vacances, en Italie entre autres.

Face à la rougeole, la stratégie la plus efficace est la vaccination car, lorsque la maladie est déclarée, il n'existe guère de traitement efficace. Au niveau individuel, la vaccination protège durablement chaque personne mais, au niveau collectif, vu le caractère virulent du virus, il faut un taux de couverture vaccinale de 95 % de la population pour atteindre ce que l'on appelle l'immunité de groupe, c'est-à-dire un barrage efficace contre la circulation du virus. Cela est assez similaire avec le covid, en effet, ça nous rappelle des souvenirs pas forcément agréables.

Le cinquième plan d'action du Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique, qui concerne les années 2021 à 2025, contient toute une série de mesures à mettre en œuvre pour lutter efficacement contre ces maladies. Si la plupart des mesures relèvent de la compétence des entités fédérées, certaines relèvent néanmoins de vos compétences, je pense notamment à la gestion d'une base de données de cas de rougeole, à la centralisation des données par Sciensano pour l'OMS et l'ECDC, ainsi qu'à l'élaboration d'un cadre juridique clair pour la centralisation et l'intégration des données de différentes sources de surveillance.

Voici mes trois questions, monsieur le ministre: avez-vous eu des contacts avec vos homologues des entités fédérées sur la stratégie à mettre en œuvre concernant principalement la rougeole et particulièrement en ce qui concerne la vaccination? Si oui, quelles sont les conclusions que vous en avez tirées? Si non, comptez-vous organiser une telle concertation? Des campagnes de sensibilisation ou de vaccination ciblées sont-elles envisagées pour augmenter la couverture vaccinale? Pourriez-vous nous éclairer sur la mise en œuvre des mesures du cinquième plan d'action du Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole qui relève du niveau fédéral? Enfin, un sixième plan d'action est-il en cours de rédaction?

03.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, wat uw eerste vraag betreft, de epidemiologische jaarrapporten worden gepubliceerd na de afsluiting van het jaar. Voor het jaar 2024 is de vergelijking en de validatie van de gegevens uit verschillende bronnen momenteel in volle gang.

Vervolgens vroeg u of we ons toch niet zouden laten leiden door het goede voorbeeld van Nederland om frequenter en transparanter te rapporteren. Vooreerst wordt er wel degelijk gerapporteerd over uitbraken. Via de maandelijkse nieuwsbrief Infectieziekten, die Sciensano coördineert in samenwerking met het Departement Zorg, Vivalis en AVIQ, werden updates over mazelen uitgestuurd in januari, maart, mei, juli en september 2024. Ook in 2025 bevatte die nieuwsbrief in zowel januari als februari al cijfers en updates over mazelen. Bovendien organiseerde Sciensano van maart tot en met september 2024 maandelijks vergaderingen met de verschillende gezondheidsautoriteiten en werd het onderwerp besproken binnen de Risk Management Group (RMG). Voorlopige cijfers werden ook consequent gerapporteerd naar het ECDC en de Wereldgezondheidsorganisatie. Die kunnen via hun respectieve dashboards worden bekeken.

De communicatie naar het brede publiek in verband met preventieve acties behoort tot de bevoegdheden van de deelstaten. Ik kom daarop dadelijk nog even terug.

In antwoord op uw derde vraag lijkt het me een goed idee om een mazelendashboard in te voeren. De dienst Epidemiologie van Sciensano werkt momenteel aan een publiek toegankelijk dashboard voor cijfers van infectieziekten. Daar zullen ook de maandelijkse cijfers worden weergegeven van het aantal door laboratoria bevestigde gevallen van mazelen.

Uw vierde vraag betreft mijn beoordeling van de huidige vaccinatiegraad met betrekking tot mazelen. Net als in veel Europese landen ligt de vaccinatiegraad in België jammer genoeg nog te laag om groepsimmunitet te behalen. Het is ook betreurenswaardig dat er recente en precieze cijfers ontbreken over de vaccinatiegraad. Het monitoren en verbeteren van de vaccinatiegraad wordt namelijk bemoeilijkt door de sterk gefragmenteerde bevoegdheden tussen de gewesten en de gemeenschappen. In Wallonië is bijvoorbeeld ONE verantwoordelijk voor de vaccinatie van kinderen en AVIQ voor de vaccinatie van volwassenen. In het tweetalige Brusselse Hoofdstedelijke Gewest ontbreken cijfers over de vaccinatiegraad van leerlingen in het Nederlandstalige onderwijs of in de internationale scholen. Er is dus absoluut werk aan de winkel om enige orde te krijgen in de cijfers.

Mevrouw Gijbels, mevrouw Ramlot, u vraagt of er sterkere acties nodig zijn op het vlak van preventie, sensibilisering en vaccinatiecampagnes.

Het federale niveau volgt de situatie nauwgezet op via onze Risk Management Group, waarin de deelstaten aanwezig zijn. We ondersteunen op die manier ook het overleg daarover via de interministeriële conferentie Volksgezondheid. We zorgen ook voor budgetten, die vandaag voldoende moeten zijn, voor de versterking van de surveillance alsook voor het wetenschappelijk secretariaat van de Vaccinatiecel binnen onze Hoge Gezondheidsraad en het eliminatiecomité binnen Sciensano. Sciensano organiseerde bijvoorbeeld van maart tot en met september 2024 maandelijkse vergaderingen met de verschillende gezondheidsautoriteiten.

Mevrouw Gijbels, mevrouw Ramlot, u hebt zelf opgemerkt dat bij communicatiecampagnes naar het brede publiek en bij preventieacties de verantwoordelijkheid bij de deelstaten ligt. Die moeten dus het initiatief nemen voor campagnes. Ik voel mij evenwel aangespoord door uw beider vragen en ben wel van mening dat het federale niveau zich niet volledig afzijdig kan houden in de kwestie. Er gebeuren positieve zaken. Er is bijvoorbeeld een mooie campagne, die u ook terugvindt op de website van Domus Medica, gelanceerd door Vlaanderen, voor inhaalvaccinatie bij volwassenen. Dat is een goed initiatief. Niettemin zou ik de deelstaten willen aanspreken en vragen hoe we de vaccinatiegraad kunnen verhogen alsook wat het federale niveau eventueel kan doen om dergelijke campagnes te ondersteunen.

Er was ook een vraag over de import uit het buitenland. Reizigers worden in principe in het land van herkomst gevaccineerd. Ingeval er contactopsporing nodig is voor gevallen van mazelen, bijvoorbeeld op een internationale vlucht, wordt er informatie uitgewisseld tussen de verschillende landen via het beveiligde EWRS-platform. Voor asielzoekers wordt vaccinatie aangeboden via Fedasil.

U had het opnieuw over afvalwatermonitoring, mevrouw Gijbels. We zijn aan het bekijken of de monitoring van het mazelenvirus in afvalwater technisch haalbaar is en of het epidemiologisch een toegevoegde waarde heeft. Wat het technische aspect betreft, wordt er op dit ogenblik een protocol ontwikkeld om bewaarde stalen van 2024 te testen. We zullen de resultaten nadien vergelijken met informatie uit de reeds beschikbare bronnen. Ze zullen besproken worden met de verschillende stakeholders, en daarna zal nagedacht worden over verdere stappen. U hoort het, surveillance van rioolwater is op dit moment eerder een onderzoeksproject als het gaat om mazelen. We voeren nog niet wekelijks een geografisch representatieve testing uit.

Het grootste probleem inzake mazelen is eerder een te lage vaccinatiegraad dan een gebrek aan surveillance. Anders dan bij RSV of bij polio, zullen mensen die geïnfecteerd zijn met mazelen bijna altijd een arts consulteren wegens de hoge koorts en het ziektebeeld. In principe horen wij dat dus wel. De arts is ook wettelijk verplicht mazelen te melden. We kunnen redelijk zeker zijn dat de surveillance wat betreft mazelen via die meldingen van artsen vlot verloopt.

Dat is de reden waarom het Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella in België voor mazelen terughoudend is inzake de surveillance van afvalwater. Heeft die nog een grote epidemiologische meerwaarde? Men is dat grondig aan het bekijken.

Enfin, Mme Ramlot demande des éclaircissements sur la mise en œuvre des mesures du 5^e plan d'action du Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique qui relève du niveau fédéral. Un 6^e plan d'action est-il en cours de rédaction? Au-delà de ce que j'ai déjà dit, la vaccination des demandeurs d'asile contre la rougeole est offerte lors de l'enregistrement chez Fedasil mais il reste des soucis de capacité et pour l'administration de la deuxième dose.

Sciensano transmet de façon mensuelle des données sur la rougeole au *European Centre for Disease Prevention and Control* et à l'OMS. Des rapports épidémiologiques détaillés sont publiés et un tableau de bord public est en préparation. Le Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique a sa propre page *web* sur laquelle le plan d'action a été publié. Pour ce qui est du cadre légal de partage des données, les rôles de chacun des acteurs ont été clarifiés selon les termes du RGPD. Pour le partage des données sur la vaccination, il faut encore travailler sur un cadre adapté. Nous attendons avec impatience la formation d'un gouvernement pour la Région de Bruxelles-Capitale parce qu'il faut évidemment se concerter avec eux aussi. Le plan d'action actuel s'étend jusqu'à la fin de 2025 et un nouveau plan d'action sera préparé pour 2026. Voilà mes réponses.

03.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Ik hoor een aantal interessante elementen in uw antwoord. Ik ben er eigenlijk ook blij mee dat u zelf ook aangeeft dat het een goed idee is om een dashboard te maken, zodat we een soort realtime overzicht hebben van besmettingen van mazelen. Sciensano is uiteindelijk het nationaal referentiecentrum voor mazelen en zou aldus niet alleen epidemiologische rapporten moeten opleveren, maar ook een continu overzicht moeten bieden van het aantal uitbraken, zeker gezien het grote aantal uitbraken in dit land en de ernst van de problematiek.

Wat de vaccinatiegraad betreft, geeft u aan dat de gegevens heel erg gefragmenteerd zijn. We weten dat we voor het voeren van gezondheidsbeleid in een niet zo gemakkelijk land wonen, maar misschien moet op een interministerieel overleg toch eens besproken worden of op een of andere manier een coherenter gegevensverzameling mogelijk is. Volgens mij is dat essentiële informatie om het beleid te kunnen sturen.

Wat de afvalwatermonitoring betreft, volg ik u als u zegt dat we in de meeste gevallen wel een beeld krijgen, aangezien het ernstige ziektebeeld er inderdaad voor zorgt dat men naar de huisarts gaat. Ik vind het echter ook interessant om evenzeer een retrograde testing uit te voeren op een aantal bewaarde stalen, om die te vergelijken met het aantal gemelde gevallen, zodat we kunnen zien of dat een goede match is. Als dat het geval is, dan denk ik dat afvalwatermonitoring niet zo erg aan de orde is. Dat zal ik graag mee opvolgen.

03.06 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik ben toch een beetje verontrust door de dingen die u vertelt.

U zegt dat u zich niet volledig afzijdig zult houden, maar dat u zult meewerken met de deelstaten. Tegelijkertijd hebt u het over het ontbreken van cijfers uit Brussel. Als er in Brussel geen transparante data zijn, geen monitoring, geen zicht op de reële vaccinatiegraad bij risicogroepen, dan vraag ik me af hoe er een degelijk federaal beleid gevoerd kan worden.

Samenwerking klinkt mooi. We lezen dat ook in de regeerverklaring: de regering zal niet meer verantwoordelijkheid aan de deelstaten geven, alles blijft mooi federaal. Wij vragen ons af hoe u dat zult doen als u niet eens een deelstaat op de vingers kunt tikken wanneer u geen cijfers krijgt. We zien dat Vlaanderen al jarenlang het heft in handen neemt. Op Vlaams niveau zijn er concrete handelingen, volledige cijfers en goed gerichte communicatie naar moeilijk te bereikbare groepen. We zien echter ook dat een deel niet mee wil.

Ook de vaccinatieterughoudendheid is heel belangrijk. Daarom vroeg ik u hoe u die wilt aanpakken. U weet dat de vaccinatieachterstand heel vaak cultureel gebonden is. We zien in Brussel nu een probleem bij een bepaalde groep. Daarop moeten we meer inzetten. We mogen zeker niet weggijken. Integendeel, we moeten dringend actie ondernemen.

03.07 Carmen Ramlot (Les Engagés): Je remercie monsieur le ministre de m'avoir répondu en français. J'aimerais pouvoir faire de même en néerlandais, mais je vous prie de m'excuser de ne pas

encore le maîtriser.

Au vu de la gravité des conséquences possibles de la rougeole et du taux de décès important qu'elle peut entraîner chez nos enfants en bas âge, mais également chez les adultes, la lutte contre la rougeole doit être considérée comme une priorité en matière de santé. L'objectif étant d'atteindre une protection durable pour notre population par l'immunité de groupe, il s'agit d'un véritable enjeu de société à l'échelle de notre pays. J'entends qu'à cet égard des actions sont menées en Flandre et un peu ailleurs mais, pour moi, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de santé publique, un Belge équivaut à un autre. Il faut donc vraiment essayer de coordonner ces actions entre entités fédérées. Avec de la bonne volonté – et je sens que vous en avez – cela devrait fonctionner.

L'accord de gouvernement marque clairement la priorité donnée à la prévention en matière de santé. Face à la rougeole, la vaccination, en plus d'être le seul traitement vraiment efficace, consiste en la meilleure solution et la meilleure prévention. Lorsqu'un vaccin existe, je ne comprends pas pourquoi l'on essaie pas d'inciter un maximum de personnes à se protéger individuellement et, par là même, à protéger l'ensemble des leurs.

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

04 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De wachtdiensten van apothekers in de Vlaamse Rand" (56002909C)

04 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les services de garde des pharmaciens de la périphérie flamande" (56002909C)

04.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, heel veel klachten die betrekking hebben op het Nederlands in de Vlaamse Rand komen eerst bij ons terecht. Het gaat dan om mensen die verontrust zijn over het gebruik van het Nederlands op het vlak van zorgverlening. Het is belangrijk dat medische instructies in levensbedreigende situaties in het Nederlands kunnen. Ik heb van verschillende inwoners van Dilbeek gehoord dat de apotheker van wacht vaak een Franstalige apotheker is in Brussel, die heel vaak het Nederlands totaal niet machtig is.

Waarom slagen Nederlandstalige patiënten in Dilbeek er niet in om een Nederlandstalige apotheker van wacht te vinden? Op basis waarvan worden apothekers van wacht toegewezen aan Nederlandstalige randgemeenten? Wordt hierbij rekening gehouden met de taalwetgeving? Daarmee zou in Brussel ook rekening moeten worden gehouden, wat in de praktijk niet zo is.

Is een aparte wachtdienst voor de Vlaamse Rand een mogelijkheid? Een aantal kwetsbare patiënten begeeft zich immers liever niet naar onveilige Brusselse wijken.

Wat vindt u van de suggestie om Vlaanderen en Wallonië meer autonomie te geven op het vlak van de organisatie van de wachtdiensten?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik denk ook dat duidelijke communicatie vanwege zorgverleners van groot belang is voor patiënten. De verplichting om deel te nemen aan de wachtdienst is tweeledig: zowel elke apotheek als elke individuele apotheker is verplicht om deel te nemen aan de wachtdienst.

Het recht op duidelijke communicatie tussen de patiënt en zijn of haar zorgverlener, voorzien in de wet op de patiëntenrechten, en de vereisten van kennis met een voldoende niveau van een van de nationale talen, vastgelegd in de kwaliteitswet, vormen persoonlijke verplichtingen van de individuele gezondheidszorgbeoefenaar in het kader van zijn of haar relatie met de patiënt.

Overeenkomstig het regeerakkoord zullen we onderzoeken hoe de bestaande wetgeving met betrekking tot patiëntenrechten en kwaliteit van de zorg de basis kan vormen voor de verwachtingen en eisen voor de kennis van de taal of de talen van de regio waar men werkt.

De kwestie die u aansnijdt, heeft ook betrekking op de lokale organisatie van de wachtdiensten. De

praktische organisatie van de wachtdiensten van apotheken is deels wettelijk bepaald, maar de meeste afspraken vallen binnen de deontologische regels. Bovendien is het regelgevende kader ter zake regionaal.

In Vlaanderen wordt de wachtdienst voor apothekers meestal geregeld door de vzw Geowacht, ondersteund en beheerd door de beroepsvereniging op lokaal, regionaal en federaal niveau. Elke apotheek behorende tot het Geowachtgrondgebied dient haar wachtdienst te vervullen. De spreiding van de wachtdienst wordt concreet berekend via een door de vzw ontwikkeld algoritme dat rekening houdt met de verplaatsingen van de burger in afstand en in tijd, teneinde ze niet te groot te maken. Het systeem heeft de intentie een optimale spreiding van de wachtdiensten te berekenen volgens de bevolkingsdichtheid. Ik beschik niet over concrete informatie over welke gemeenten in Vlaams-Brabant aangesloten zijn bij het systeem. Ik kan echter bevestigen dat bijvoorbeeld de ruime regio Dilbeek wel is aangesloten bij Geowacht.

De affichage van de wachtapotheken voor de patiënt gebeurt hetzij via het wachtloket aan de buitenzijde van elke apotheek voor de directe omgeving ervan, hetzij via www.apotheek.be, gebaseerd op het adres of de postcode die de patiënt ingeeft. De affichage maakt geen onderscheid tussen de hoofdtal van de apotheek, waardoor het resultaat in beide landstalen dus hetzelfde is. Er wordt daarbij gestreefd naar een tiental apotheken van wacht binnen een bepaalde postcode, aangevuld met verder afgelegen apotheken die wachtdienst hebben als dat aantal binnen één postcode niet wordt gehaald.

Dat betekent voor de Vlaamse Rand dat er een aannemelijk aantal met hoofdtal Nederlands en in voorkomend geval ook enkele apotheken met hoofdtal Frans zullen worden getoond, afhankelijk van de plaats die door de patiënt wordt opgegeven. Een patiënt heeft altijd de keuze welke apotheek van wacht hij 's avonds of 's nachts wil raadplegen en kan desgewenst vooraf ook contact opnemen.

Het is belangrijk mee te geven dat door de Brusselse apothekersvereniging pharmacy.brussels grote inspanningen worden geleverd om de apotheken te laten bijscholen in de twee landstalen. Er worden bijvoorbeeld meermaals per jaar cursussen 'Empathisch Nederlands' georganiseerd voor Franstalige apothekers in samenwerking met het Huis voor Gezondheid en het Huis van het Nederlands.

04.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, momenteel is een van de nationale talen dus voldoende, maar u zult onderzoeken of dat kan worden uitgebreid. U zegt immers zelf dat communicatie in dezen levensnoodzakelijk is om informatie over medicijnen en over de gezondheidstoestand van de patiënt te geven. Als men 's nachts in een wachtdienst dringend iets nodig heeft, is dat meestal geen eenvoudige pijnstillers.

Is er een deadline voor uw onderzoek?

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: (...)

04.05 Katleen Bury (VB): Er is dus geen deadline, maar ik volg het verder op.

Wat de Brusselse apothekersvereniging betreft, het is inderdaad goed dat die cursussen bestaan – dat is een goed begin – maar u weet ook dat zulke zaken echt wel moeten worden afgedwongen, zodat de enkele balorigen die denken dat één landstaal voldoende is om in Brussel een apotheek open te houden toch ook wel gaan beseffen dat dat zo niet is, dat ze niet gewoon een brood of een pakje sinaasappelsap verkopen. Als ze effectief een apotheek willen uitbaten, moeten ze de mensen in de verschillende landstalen helpen. Ik hoop dat u daaromtrent snel met regelgeving over de brug komt. Dank u wel.

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

De **voorzitter**: Aan de orde is vraag nr. 56002919C van mevrouw Eggermont, maar zij is afwezig.

05 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het humaan papillomavirus (HPV)" (56002986C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het humaan papillomavirus" (56003211C)

05 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le papillomavirus humain (HPV)" (56002986C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le papillomavirus humain" (56003211C)

05.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, om de zoveel tijd wordt er een oproep gedaan om het humaan papillomavirus (HPV) uit te roeien, toch zeker de gerelateerde kankers aan dat virus. Er wordt dan gewezen op de effectiviteit van de vaccinatie en de regelmatige screening als sleutelcomponenten bij het voorkomen van bijvoorbeeld baarmoederhalskanker. Baarmoederhalskanker komt wereldwijd te veel voor en eist miljoenen levens.

Hoe kijkt u daarnaar als minister en welke strategieën zult u in deze legislatuur verder ondersteunen om HPV uit te roeien? Ondersteunt de Belgische overheid de internationale oproep om baarmoederhalskanker uit te roeien? Wat zijn de huidige maatregelen van de overheid om de HPV-vaccinatie, maar ook de baarmoederhalsscreening toegankelijker te maken voor vrouwen in ons land, zeker ook voor de kwetsbare groepen? Hoe worden zij betrokken? Ik weet dat er een grote variatie is per gemeenschap. Uiteraard bent u niet bevoegd voor de gemeenschappen, maar zal er daar actie ondernomen worden op de een of andere manier? Zijn er plannen om de publieke bewustwording van baarmoederhalskanker, het belang van de vaccinatie en de noodzaak van regelmatige screenings nog verder te vergroten?

05.02 **Katleen Bury** (VB): Het werd goed ingeleid aan de hand van de HPV-rondetafelgesprekken. Ik heb mijn vragen opgesteld op basis van de whitepaper die we achteraf hebben kunnen bestuderen.

Hebt u intussen de aanbevelingen in de whitepaper geëvalueerd, alsook de voortgang van de doelstellingen die daarin staan, de eventuele concrete stappen voor het monitoringsysteem, dat vaccinatiescreening en kankerdata koppelt, en de inhaalvaccinatie, waar het inderdaad vaak over gaat? Zijn er budgetten voorzien? Hoe ziet u dat?

De whitepaper heeft het ook over een taskforce. Hoe ziet u die? Er zijn initiatieven om het publiek beter te informeren. Zijn er extra zaken gepland om het HPV-onderzoek prioriteit te geven?

Wordt er digitale technologie ingezet om de samenwerking met ziekenhuizen en zorginstellingen omtrent HPV-gerelateerde kankers te verbeteren? Ziet u een rol weggelegd voor de apothekers ter bevordering van deze vaccinatie? Hoe wordt ervoor gezorgd dat het beleid rond de HPV-preventie transparant is? Worden er regelmatig updates gepubliceerd over de voortgang?

05.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Ik wil u vooreerst verzekeren dat mijn administraties en ik kennis hebben genomen van het witboek *Advancing public health: a roadmap to eliminating HPV-related cancers and diseases in Belgium by 2030*. Het heeft zeker mijn aandacht getrokken en we zullen de aanbevelingen, die we zeer ernstig nemen, nauwgezet bekijken en waar nodig bijkomend opvolgen.

We hebben al in de vorige legislatuur concrete acties gelanceerd om de preventie en opsporing van HPV te verbeteren, onder meer door onze screeningstrategie aan te passen aan de meest recente wetenschappelijke aanbevelingen. Die aanpassingen, die ontwikkeld zijn in de IKW Preventie, tonen dat we hierin ook echt nauw willen samenwerken met de deelstaten. Dat moeten we ook doen, omdat die de primaire bevoegdheid hebben inzake preventie. Tegelijkertijd zorgen we ook voor een nationale coördinatie die echt nodig lijkt. De samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten wordt dus binnen de maandelijkse vergaderingen van de IKW Preventie rond dit thema voortgezet.

U verwoordt het juist dat er twee grote pijlers zijn in het bestrijden van baarmoederhalskanker: de vaccinatie van jongeren voor ze seksueel actief worden en dus voor de eerste besmetting met HPV kan optreden en de opsporing van carcereuze of pre-carcereuze letsels in een vroeg stadium. In België

valt vaccinatie onder de verantwoordelijkheid van de deelstaten. Die zijn verantwoordelijk voor de vaccinatiestrategie, waaronder de aanpassing en implementatie van de vaccinatiekalender op het gemeenschapsniveau, de openbare aanbesteding van de vaccins waarvoor ze verantwoordelijk zijn, de promotie van de vaccinatie, sensibilisering dus, de evaluatie van de vaccinatiekosten, de uitvoering van de vaccinatiegraadstudies enzovoort. Dat verklaart meteen ook waarom de vaccinatieprogramma's licht verschillen tussen de gemeenschappen.

Sinds 2007 biedt de federale overheid via het RIZIV een gedeeltelijke terugbetaling voor het vaccin tegen het humaan papillomavirus aan meisjes van 12 tot 18 jaar aan. Sinds 1 augustus 2022 geldt een gelijke terugbetalingsregeling voor jongens en meisjes van 12 tot 18 jaar. Vanaf 19 jaar valt de vaccinatie ten laste van de burger. De ziekenfondsen voorzien dan nog in de terugbetaling van een klein deeltje van de kosten via de aanvullende verzekering. Het is echter de bedoeling jongeren zo jong mogelijk te vaccineren, dus het liefst tussen de leeftijd van 12 tot 14 jaar, omdat dat het meest efficiënt is.

Sinds 1 januari 2025 is de screening op baarmoederhalskanker verbeterd met een nieuw algoritme dat eerst test op HPV en daarna op cytologie. Die screening is volledig gratis, behalve het remgeld voor de raadpleging. Voor een goede implementatie werd samengewerkt met de deelstaten, laboratoria, artsverenigingen en wetenschappelijke instellingen. In Vlaanderen krijgen burgers sinds dit jaar dus een uitnodigingsbrief, terwijl men dat in Wallonië nog onderzoekt. Voor kwetsbare groepen lopen proefprojecten met zelfafnamekits, die buiten de federale bevoegdheid vallen. Die initiatieven dragen zeker bij aan een grotere deelname van de bevolking aan screening en een betere bescherming tegen HPV-gerelateerde kankers in België.

Wat de verschillen in vaccinatiegraad en opsporing betreft, moeten we ons er goed van bewust zijn dat die bijbehorende uitdagingen met zich meebrengen, want hoewel die domeinen onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen, kan een gezamenlijke strategie onder meer door de interkabinettenwerkgroep Preventie worden besproken, precies om, door een zekere harmonisatie, de hele bevolking optimaal te beschermen.

Ik ben zelf een voorstander van de oproep om de leeftijdsgrens voor de vaccinatie te verhogen tot 30 jaar om iedereen beter te beschermen. Ik ben ervan overtuigd dat dat, zoals ook de vermindering van de ongelijkheid op het gebied van de vaccinatie en de screening, onderwerp moet zijn van een constructieve dialoog met de deelstaten, die daarvoor bevoegd zijn.

Inzake de samenwerking met de ziekenhuizen en de zorginstellingen om de behandeling van HPV-gerelateerde kankers te verbeteren, zal deze kwestie grondig besproken moeten worden, onder meer met het oog op het nieuwe Nationaal Kankerplan, waarover mijn diensten zich al buigen in een voorbereidende fase. Bovendien erkennen we de cruciale rol die de apothekers spelen in het bevorderen van vaccinatie. De nabijheid en de expertise van de apothekers zullen een grote aanwinst betekenen voor onze preventie- en sensibiliseringsinspanningen. Dit is zeker een interessante piste die we verder in overweging kunnen nemen, opnieuw natuurlijk in overleg met de deelstaten.

05.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het elimineren van HPV-gerelateerde kankers tegen 2050 is een doelstelling die we onderschrijven. Daarvoor zal wel een aantal inspanningen geleverd moeten worden. Jongens en meisjes moeten worden ingeënt tot 30 jaar en de terugbetaling voor HPV-vaccinatie moet worden geregeld. Dat is een aanbeveling die de WHO ons geeft.

Men moet voorzien in het budget voor een eenmalige inhaalvaccinatie van al de groepen die geen vaccinatie ontvangen hebben, maar ook in de terugbetaling ervan voor bepaalde risicogroepen die vandaag nog geen HPV-vaccinatie ontvangen hebben. Mensen die PrEP nemen, sekswerkers, slachtoffers na seksueel misbruik, hiv-patiënten en vrouwen post-conisatie. Er moet dus nog wel een traject afgelegd worden voor we HPV-kankers effectief kunnen elimineren.

Dat is de oproep die ik blijf lanceren en waarvoor ik ook een resolutie heb ingediend. 90-90-90-2050, u kent de slogan. Ik ben ervan overtuigd dat we er met zijn allen aan moeten werken.

05.05 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, u zegt dat er wordt samengewerkt en dat er maandelijkse vergaderingen zijn. Als we dan echter de cijfers bekijken van de vaccinatiegraad, zien we

een groot verschil tussen Vlaanderen en Wallonië. De cijfers zeggen eigenlijk genoeg.

U zegt dat de uitnodiging voor de screening bestaat in Vlaanderen en dat het in Wallonië nog wordt onderzocht. Ik zei het daarnet al in verband met mazelen, als u die coördinerende rol wilt opnemen, dan zult u toch echt een tandje moeten bijsteken om die sturing in de hand te houden en Wallonië op de vingers te tikken, zodat men daar echt een tandje bijsteekt. Die besmettingen stoppen niet aan de taalgrens. Als die cijfers zo uiteenlopend blijven, dan komen we nooit tot een HPV-vrije samenleving binnen x aantal jaren.

U sprak ook over de cruciale rol van apothekers. Dat is een interessante piste. Ik wil wel vragen dat u zich goed informeert over de vaccinatie, namelijk of er geen probleem is bij bepaalde bijwerkingen. Sommige apothekers zeggen dat bij griep en covid de kans kleiner is. Ik heb trouwens ook cijfers opgevraagd over die bijwerkingen. Er waren er nagenoeg geen. De apothekers stellen ook dat de meeste mensen ooit al een griepspuit of een covidspuit hebben gehad en dus weten wat de effecten zijn. Dat is natuurlijk niet zo bij HPV en zij mogen geen andere medicatie toedienen als er iets fout gaat. Dat moet dus toch wel grondig bekeken worden, zodat er daar geen problemen kunnen zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 56003013C en 56003043C van mevrouw De Knop worden uitgesteld.

06 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Fraude in wetenschappelijk onderzoek" (56003107C)

06 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fraude dans le cadre de la recherche scientifique" (56003107C)

06.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, recent verscheen een bericht in de media dat naar schatting 2 % van alle wetenschappelijke studies frauduleus zou zijn en dat kankeronderzoek daar het vaakst in betrokken zou zijn. Dat werd ook bevestigd door het Antikankerfonds. Dit zou komen omdat sommige onderzoekers er in de zoektocht naar financiering voor kiezen om niet noodzakelijk de correcte maar wel de positieve resultaten te publiceren. Het is natuurlijk ook een gekend fenomeen dat wetenschappelijke artikels die positieve resultaten brengen gemakkelijker worden gepubliceerd dan onderzoek dat geen of negatieve resultaten genereert. Daarnaast blijkt het vaak moeilijk om frauduleuze publicaties in te trekken, waardoor misleidende informatie blijft circuleren.

Sommige commerciële ziekenhuizen zouden hiervan misbruik maken door patiënten valse hoop te geven en hen dure onbewezen 'wondermiddelen' aan te bieden, zonder wetenschappelijke onderbouwing. Dat zou de patiënt duizenden euro's kunnen kosten, terwijl er geen enkele wetenschappelijke garantie op effectiviteit is.

Mijnheer de minister, bestaat er vandaag federale wetgeving om op te treden tegen fraude in wetenschappelijk onderzoek? Zo ja, welke wetgeving? Worden hieraan ook bepaalde sancties gekoppeld?

Hoe verloopt de samenwerking tussen de federale overheid en wetenschappelijke instellingen zoals BELSPO om deze problematiek aan te pakken? Werkt de federale overheid hieromtrent ook samen met andere onderzoeksinstituten? Welke initiatieven neemt de federale overheid om te verhinderen dat ziekenhuizen of zorgverstrekkers in de ambulante zorg wetenschappelijk onbewezen behandelingen aanbieden? Zijn er wetgevende kaders om dat tegen te gaan? Is daarover overleg met de gemeenschappen?

Op welke manier tracht de federale overheid patiënten beter te informeren over misleidende claims van niet-wetenschappelijk onderbouwde wondermiddelen? Zijn er gevallen bekend van frauduleuze onderzoeken met betrekking tot gezondheidszorg in ons land?

Zijn er volgens u bijkomende federale wetgevende initiatieven nodig om patiënten te beschermen tegen misleidende claims? Waaraan zou u in dat geval denken?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik wil een onderscheid maken tussen fraude in wetenschappelijk onderzoek in de aanloop naar het krijgen van een marktvergunning en fraude in wetenschappelijke publicaties.

Wat betreft maatregelen tegen fraude in wetenschappelijk onderzoek dat nodig is in het kader van een marktvergunning, moet ik zeggen dat kankermedicijnen alleen op de markt komen met een marktvergunning via de Europees gecentraliseerde procedure van het EMA. De transparantieregels voor klinische proeven werden in 2023 aangescherpt. Bedrijven en onderzoekers moeten vooraf primaire en secundaire eindpunten registreren in het Clinical Trials Information System, zodat negatieve resultaten niet kunnen worden achtergehouden. Klinische proeven worden goedgekeurd door nationale bevoegde autoriteiten, zoals het FAGG in België, en moeten aan strikte normen voldoen. Elke studie kan worden geïnspecteerd in geval van twijfel of inconsistenties in de gegevens. De EU Clinical Trials Regulation verplicht de registratie vooraf van alle studies in een centraal systeem, waardoor fraude wordt ontmoedigd.

Fraude in wetenschappelijke publicaties wordt vooral aangepakt via ethische codes en integriteitsregels, eerder dan via specifieke federale wetgeving. In België geldt een ethische code voor wetenschappelijk onderzoek. Veel financieringsinstanties, zoals het FWO, hanteren integriteitsclausules. Binnen Sciensano is er een deontologische code en een integriteitscomité. Universiteiten hebben vaak meldpunten en commissies voor wetenschappelijke integriteit. In Vlaanderen kan de Vlaamse Commissie voor Wetenschappelijke Integriteit een tweede opinie geven.

Sancties voor fraude variëren van een publieke melding tot het verlies van financiering of ontslag, afhankelijk van de ernst van de inbreuk. Hoofdredacteurs en uitgevers kunnen voor advies terecht bij het Committee on Publication Ethics. Grote uitgevers zoals Elsevier en Springer onderschrijven deze richtlijnen.

Wat uw tweede vraag betreft, over de samenwerking, Sciensano, de Hoge Gezondheidsraad en het KCE werken actief samen aan procedures die de wetenschappelijke integriteit versterken. Zo werd er bijvoorbeeld in 2024 een nieuwe procedure opgestart binnen Sciensano om belangenconflicten te melden op basis van een gezamenlijk uitgewerkte algemene belangenverklaring en een gezamenlijke wens van zowel de Hoge Gezondheidsraad, het KCE als Sciensano.

In antwoord op uw derde vraag kan ik om te beginnen zeggen dat er welomschreven procedures bestaan binnen het RIZIV om te bepalen welke behandelingen terugbetaald worden. Daarvoor moet aan strenge wetenschappelijke standaarden voldaan worden.

De niet-terugbetaalde behandelingen zijn moeilijk op te volgen. Voor de vergoeding van iatrogene schade is een wet van kracht. Het is duidelijk dat kankerpatiënten, vooral wanneer ze uitbehandeld zijn in het traditionele zorgsysteem, een kwetsbare groep vormen. Inzetten op betere palliatieve zorg vanaf het begin van elke behandeling kan een mogelijke strategie zijn om misbruik van die kwetsbaarheid tegen te gaan. In Vlaanderen is er, zoals u weet, geïnvesteerd in netwerken voor palliatieve zorg.

Zorgverstrekkers die bewust, of misschien niet helemaal bewust, onbewezen wetenschappelijke behandelingen aanbieden, kunnen daarop worden aangesproken door de Federale Toezichtcommissie naar aanleiding van een klacht of een melding of op initiatief van de Toezichtcommissie zelf.

In uw vierde en vijfde vraag hebt u het over informatie over zogenaamde wondermiddelen. Ik denk dat patiëntenorganisaties daarin een belangrijke rol spelen. Ze worden actief betrokken bij de werking van het Kankercentrum binnen Sciensano, via de zogenaamde European Beating Cancer Plan Mirror Group, team burger- en patiëntenparticipatie, en de deelname aan het Patiënt Expert Center. Het Cebam, u ook welbekend, lanceerde Gezondheid en wetenschap, een website en podcast gericht op het verspreiden van onderbouwde wetenschappelijke kennis naar het bredere publiek. Infosanté doet hetzelfde aan Franstalige kant.

Op uw zesde vraag, kleinschalige fraude zoals HARKing en onterecht auteurschap zal altijd voorkomen, omdat onderzoekers blijkbaar soms niet aan de verleiding kunnen weerstaan. Het doctoraat van Simon Godecharle *Research integrity and misconduct within biomedical research* uit 2018 toonde onder andere aan hoe vaak fraude nog voorkomt. Het is belangrijk om continu in te zetten op integere onderzoekspraktijken.

Ik kom tot uw laatste vraag, over bijkomende federale wetgevende initiatieven. We kunnen de Europese agenda misschien versterken door proactief onderzoek naar fraude met gezondheidsproducten op Europees grondgebied en de coördinatie daarvan door het EMA op de agenda te zetten. We kunnen een meldpunt misleidende claims voorzien voor patiënten en zorgverleners bij het Antikankerfonds, de Stichting tegen Kanker en Kom op tegen Kanker. We kunnen sterker inzetten op de sensibilisering met betrekking tot risico's van niet-erkende buitenlandse therapieën. Ik denk dat we de wetenschappelijke integriteit en de deontologie die daarbij hoort sterker kunnen proberen aan te brengen op verschillende momenten in de onderzoeksloopbaan van onderzoekers. We kunnen peer review opwaarderen, zodat de reviewers grondiger nalezen.

U voelt het natuurlijk ook aan, dat ligt voor een stuk buiten de federale bevoegdheden, want het heeft steeds met opleiding en onderzoeksbeleid te maken. We moeten hier vooral rekenen op wat reeds gebeurt op het niveau van Sciensano, de Hoge Gezondheidsraad, het KCE en het EMA, wat onze bevoegdheden betreft.

06.03 Frieda Gijbels (N-VA): U gaf het ook aan, het zijn vooral kankerpatiënten die in het reguliere circuit uitbehandeld zijn die kwetsbaar zijn op dat vlak. Ik vind het een belangrijke problematiek.

Sensibiliseren en laagdrempelige, goed begrijpbare informatie verspreiden via websites, zoals Gezondheid en wetenschap, is heel goed. Het meldpunt dat u voorstelt om misleidende claims te verzamelen zou ook een heel goede zaak zijn. We moeten er dan wel vooral op vertrouwen dat mensen zelf ook vertrouwen hebben in die websites en vooral daar informatie gaan zoeken.

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

07 Samengevoegde vragen van

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een mysterieuze ziekte in Congo" (56003155C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitbraak van een onbekende, dodelijke ziekte in de Democratische Republiek Congo" (56003212C)

07 Questions jointes de

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Une maladie mystérieuse sévissant au Congo" (56003155C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'apparition d'une maladie mortelle et inconnue en République démocratique du Congo" (56003212C)

07.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik heb hierover in december al een vraag gesteld. De WHO heeft opnieuw alarm geslagen omdat er in de Democratische Republiek Congo meer dan 50 mensen in korte tijd zijn overleden. Hoeveel uitbraken van die onbekende ziekte zijn er tot op heden vastgesteld? Welke maatregelen worden genomen om de insleep van deze ziekte naar België te minimaliseren? Welke specifieke protocollen heeft België? Zijn er verscherpte maatregelen? Is er screening en quarantaine om de verspreiding tegen te gaan? Hoe ziet u de internationale samenwerking voor bijzondere ziekten, zeker in landen met zwakkere gezondheidssystemen, zoals Congo?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, misschien moet ik iets verduidelijken met betrekking tot uw vraag. Er was in december 2024 inderdaad een uitbraak van malaria binnen een context van ondervoeding in de gezondheidszone Panzi in de provincie Kwango. Het aantal doden als gevolg van deze epidemie is gedaald en is nu onder controle. De epidemie van onbekende oorsprong die nu echter woedt in de provincie Equateur is niet dezelfde epidemie. De provincie Equateur ligt op bijna 2.000 kilometer van Panzi en ook hier kunnen we niet concluderen dat de situatie verslechtert, dus dat is een zekere nuance.

Hoe groot acht ik de kans dat de ziekte overkomt naar ons land? De dorpen die momenteel getroffen worden door deze epidemie zijn extreem geïsoleerd, met een relatief beperkt verkeer van goederen en mensen, zelfs binnen de gezondheidszone van Basankusu. Hoewel de kans nooit nul is, lijkt het ons

daarom niet waarschijnlijk dat deze ziekte ons land zal bereiken. Tot nu toe zijn er geen gevallen gemeld buiten deze gezondheidszone of buiten de provincie Equateur.

Worden de reisadviezen aangepast? Afgezien van het feit dat er verschillende Belgische autoriteiten op de hoogte zijn gebracht van deze situatie, waaronder het Nationaal Crisiscentrum en de FOD Buitenlandse Zaken, zijn er momenteel geen plannen om het advies voor reizigers naar de Democratische Republiek Congo aan te passen of specifiek te maken. Uiteraard is het altijd raadzaam om in dit soort situaties de aanbevelingen van de lokale autoriteiten op te volgen.

U vroeg ook of we maatregelen overwegen om mensen die naar hier komen te monitoren. Het is momenteel niet aan de orde om andere maatregelen te nemen dan de opvolging van de epidemiologische en diagnostische evolutie van deze ziekte. Het is uiteraard mogelijk dat we, afhankelijk van de informatie die we in de toekomst van onze contacten in de DRC, de WHO en het ECDC ontvangen, deze maatregelen moeten aanpassen. We zullen in dat geval niet nalaten de verschillende sectoren en ministeries te informeren.

Hoeveel uitbraken zijn er? Omdat de ziekte nog onbekend is, weten we niet hoeveel epidemische uitbraken er zijn geweest.

Kunnen we bijdragen? We hebben regelmatig contact met de lokale autoriteiten via de internationale kanalen van het ECDC, de WHO en het Early Warning and Response System, wat ons in staat stelt om relevante informatie en ervaringen met hen en met verschillende Europese partners uit te wisselen. Het is ook mogelijk om hulpbronnen te sturen, zoals experts van het ITG voor de malaria-epidemie in Panzi of experts van het UZA voor de huidige ebola-epidemie in Oeganda. We kunnen ook hulpmiddelen en materiaal sturen, zoals onze donatie van vaccins tijdens de mpox-epidemie.

07.03 Katleen Bury (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik neem er nota van dat u enigszins gerustgesteld bent, omdat het in kleine, onbekende dorpjes gebeurt, maar er is natuurlijk wel een bezorgdheid.

De informatie is toch tot bij ons geraakt, dus zo afgelegen zijn die dorpjes ook weer niet. We zien ook dat er verschillende doden zijn gevallen op korte termijn en we moeten altijd oppassen met onderschattingen in de beginfase. Het is dus goed dat u de situatie monitort. Paraatheid is zeer belangrijk. Het kan altijd heel snel gaan. De ziekte kan plots toch tot bij ons komen, vandaar is waakzaamheid geboden. We volgen het verder op.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 56003161C van mevrouw De Knop wordt uitgesteld.

08 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les innovations médicales en cardiologie pédiatrique comme l'implantation d'un micropacemaker" (56003175C)

08 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Medische innovaties in de kindercardiologie zoals het implanteren van een micropacemaker" (56003175C)

08.01 Anthony Dufrane (MR): Mijnheer de minister, le 10 janvier dernier, plusieurs médias, dont BX1, ont rapporté qu'un micropacemaker avait été implanté avec succès chez un nouveau-né au CHU Saint-Luc. C'était une première en Belgique.

Cette avancée soulève des questions sur l'accès à des technologies innovantes et à leur financement dans notre système de santé.

Face à cette avancée majeure, je souhaite vous poser deux questions, monsieur le ministre. D'abord, quels mécanismes permettent-ils aujourd'hui de garantir l'accès à des technologies innovantes comme ce micropacemaker pour les enfants nécessitant de tels traitements? Ensuite, le gouvernement fédéral soutient-il des programmes spécifiques de formation pour les équipes médicales afin de maximiser l'utilisation de cette technologie? Je vous remercie d'avance pour vos réponses.

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: À votre première question, je peux répondre ainsi. Afin de mettre des dispositifs médicaux implantables sur le marché, tels que des pacemakers, le fabricant doit suivre une procédure de vérification de la conformité de son produit afin de s'assurer qu'il respecte les exigences essentielles décrites dans la réglementation. À la suite de cette procédure, le fabricant obtient un certificat CE de conformité, étape essentielle afin de mettre son produit sur le marché européen. Cette étape est cruciale afin de s'assurer que la balance bénéfices-risques est positive.

La réglementation permet une dérogation à cette procédure dans l'intérêt de la santé publique ou de la sécurité ou de la santé des patients. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) peut autoriser la mise sur le marché d'un dispositif qui n'a pas obtenu de certificat CE de conformité. Cette procédure permet, par exemple, de mettre des dispositifs sur le marché avant qu'il ait été certifié que leur utilisation est dans l'intérêt du patient. C'est ce qu'il s'est passé avec l'enfant né le 10 janvier 2025, qui a pu bénéficier d'un micropacemaker.

D'autres systèmes ont récemment été mis en place afin d'assurer l'accès à des technologies innovantes. L'AFMPS a participé à un groupe de travail ayant permis de publier une guidance concernant les dispositifs orphelins. Cette guidance a pour objectif d'aider les fabricants de dispositifs traitant des pathologies affectant un faible nombre de personnes. Ils font en effet face à des défis spécifiques liés au nombre peu important de patients, ce qui engendre des difficultés spécifiques lors d'études cliniques. Cette guidance inclut également la possibilité pour les fabricants et organismes notifiés d'avoir accès à un panel d'experts de l'Agence européenne du médicament (EMA) concernant les dispositifs orphelins.

Enfin, l'AFMPS offre la possibilité aux fabricants de demander un avis scientifique et/ou technique national via le service National Innovation Office et Avis scientifique-technique.

L'objectif principal est de promouvoir et de faciliter autant que possible d'un point de vue réglementaire le développement des nouveaux produits de santé, afin de rendre ces innovations plus rapidement disponibles pour les patients, spécifiquement dans les domaines thérapeutiques où le besoin médical des patients n'est pas rencontré.

En réponse à votre deuxième question, il appartient au fabricant de prendre toutes les mesures nécessaires afin que le dispensateur de soins puisse utiliser correctement le dispositif qu'il met sur le marché. Le dispensateur doit être informé et formé selon les besoins.

08.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je tiens à vous remercier d'avoir pris le temps de me répondre de manière si complète et détaillée. Je resterai attentif à cette matière.

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

09 **Samengevoegde vragen van**

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ketaminegebruik bij jongeren" (56003213C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het effect van ketamine op de gezondheid" (56003251C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Ketamine" (56003372C)
- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ketaminegebruik" (56003593C)

09 **Questions jointes de**

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise de kétamine par les jeunes" (56003213C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les effets de la kétamine sur la santé" (56003251C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La kétamine" (56003372C)
- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation de kétamine" (56003593C)

09.01 **Katleen Bury** (VB): Recent onderzoek van het Toxicologisch Centrum van de Universiteit Antwerpen toont aan dat het gebruik van ketamine in België sinds 2012 met 700 tot 1.100 % is gestegen.

Enkele weken geleden konden we in de pers persoonlijke verhalen lezen van jongeren die de vernietigende impact van langdurig ketaminegebruik illustreerden. Er is sprake van ernstige gezondheidsproblemen, zoals blaas- en nierschade, bloedplassen en chronische pijn. Uroloog De Win van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen rapporteerde dat er wekelijks gemiddeld zeven nieuwe jonge patiënten met ernstige ketaminegerelateerde klachten bij komen. De combinatie van verslavende eigenschappen, het tijdelijk pijnstillende effect van ketamine en het gebrek aan ontwenningssverschijnselen bij stopzetting maakt dit tot een bijzonder verraderlijke drug.

Hoe gaat u de samenwerking versterken tussen Volksgezondheid, politie en justitie om de handel in en de beschikbaarheid van ketamine effectiever aan te pakken? Welke initiatieven zijn er op Europees niveau? Welke maatregelen zijn er om de jongeren bewust te maken van de ernstige gezondheidsrisico's van ketaminegebruik? Hoe zult u ervoor zorgen dat de urologische en verslavingszorg voldoende capaciteit en expertise hebben, zodat men deze nieuwe patiëntengroep adequaat kan behandelen? Zult u verder onderzoek verrichten naar de langetermijneffecten van ketaminegebruik en naar de behandelmethoden? Wat voorziet u voor de nazorg en de re-integratie van jongeren die door ketaminegebruik langdurige gezondheidsproblemen hebben ontwikkeld?

09.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, vorige week kwam uitgebreid in het nieuws dat ketamine veel wordt gebruikt en te veel in het rioolwater aanwezig is. Als we de cijfers van een paar jaar geleden met die van nu vergelijken, zien we dat die zeven tot elf keer hoger liggen. Ketamine wordt bovendien niet enkel in de steden gebruikt waar de metingen zijn gebeurd, ook in landelijke gebieden wordt het gebruik steeds meer gemeld. De toepassing ervan kan medisch zijn, maar is heel vaak recreatief of crimineel wanneer het als verkrachtingsdrug wordt gebruikt.

De potentiële gezondheidsrisico's kwamen hier aan bod, maar zijn nog onderbelicht. De blaasproblematiek, de blaasschade en de neurologische effecten worden onvoldoende belicht in de sensibilisering rond het gebruik van ketamine. De mogelijke stijging van criminaliteit, de overlast en het gevoel van onveiligheid van meisjes die uitgaan nopen ons ertoe om ook op het vlak van handhaving en preventie stappen te ondernemen.

Ik had graag van u vernomen welke factoren u verantwoordelijk acht voor die significante stijging van het ketaminegebruik de afgelopen jaren.

Onderschrijft u de visie dat het gebruik vooral recreatief is, socio-economisch, soms cultureel? Schrijft u dat toe aan medische beschikbaarheid?

Kunt u op basis van de beschikbare rioolwateranalyses of andere gegevens een overzicht geven van

de mate waarin het ketaminegebruik per gemeente verschilt, maar ook van de behandelingen? Ik heb u daarnaar al gevraagd in schriftelijke vragen, maar ik heb daar geen antwoord op gekregen, dacht ik. Hoeveel blaasherstellingen, hoeveel blaastransplantaties zijn er ten gevolge van ketaminegebruik te noteren in onze ziekenhuizen? Is er een lijst van Belgische gemeenten met cijfers van ketaminegebruik in het rioolwater tussen 2012 en 2023 beschikbaar? Kunt u die lijst in een Excelbestand overmaken?

Welke stappen worden er momenteel gezet om de gezondheidsrisico's van verhoogd ketaminegebruik, zoals verslaving, blaasschade en verkeersongevallen onder invloed, in kaart te brengen en hoe worden de gegevens gedeeld of gebruikt door de gemeenten?

09.03 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, la consommation de kétamine connaît une progression inquiétante en Belgique et en Europe. Initialement utilisée en milieu hospitalier pour ses propriétés anesthésiques et antalgiques, et récemment introduite dans le cadre du traitement des dépressions résistantes, cette substance est de plus en plus détournée à des fins récréatives et addictives.

Selon Eurotox, les études montrent que la kétamine ne se limite plus aux contextes festifs mais s'étend à des usages problématiques en dehors de ces milieux, avec des conséquences graves sur la santé publique. Les risques liés à sa consommation incluent des troubles cognitifs, des amnésies, une tolérance rapide favorisant l'addiction ainsi que des atteintes rénales et hépatiques. De plus, des décès accidentels, comme celui du célèbre acteur Matthew Perry, illustrent les dangers liés aux effets dissociatifs de cette substance.

Les saisies récentes de 167,7 kg de kétamine dans les aéroports de Zaventem et de Liège en 2024 montrent que la Belgique est un point de passage pour ce trafic, avec des produits provenant majoritairement d'Asie.

Monsieur le ministre, disposez-vous de données actualisées concernant l'évolution de la consommation de kétamine en Belgique et son impact sur la santé publique? Quelles mesures sont-elles mises en place pour renforcer la prévention auprès des jeunes et des publics vulnérables concernant les dangers de cette drogue? Comment le gouvernement entend-il encadrer plus strictement l'usage médical de la kétamine afin d'éviter les détournements? Existe-t-il aujourd'hui des prises en charge adaptées aux personnes souffrant d'une dépendance à la kétamine dans les services de soins et les institutions spécialisées?

09.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mesdames, les observations mentionnées sont en effet inquiétantes. L'usage non médical de kétamine tend à augmenter. On pourrait dire que cela ne concerne pas uniquement la Belgique, mais, néanmoins, cette évolution est préoccupante. On voit bien que ces dernières années, la kétamine est de plus en plus utilisée à des fins récréatives.

Ik geef enkele cijfers. Sinds 2015 stijgen ook de behandelingsaanvragen voor ketamine. Er waren er 23 in 2015. In 2023, acht jaar later, waren het er 561. Ketaminegebruikers die een behandeling zoeken, zijn jonger, gemiddeld 26 jaar. Degenen die hulp zoeken voor cannabis, zijn gemiddeld 30 jaar. Degenen die hulp zoeken voor poeder of cocaïne, zijn gemiddeld 35 jaar. Men zou kunnen zeggen dat de toename in behandelingsaanvragen voor een deel te wijten kan zijn aan een grotere bekendheid van ketamine bij artsen, waardoor dat ook beter wordt geregistreerd, maar dat is natuurlijk maar een deel van de verklaring die we kunnen geven.

In het afvalwateronderzoek is het moeilijk om medisch en recreatief ketaminegebruik te onderscheiden. De data uit 2023 tonen aan dat het hoogste ketamineverbruik zich in de provinciehoofdsteden bevindt, namelijk Brugge, Gent, Antwerpen, Brussel en Hasselt. Daarnaast worden hogere waarden in Limburg waargenomen. Men zou dat kunnen verklaren door de nabijheid van Nederland. Vergelijkingen met gegevens uit 2012 zijn alleen mogelijk voor drie locaties, maar die cijfers bevestigen ook de stijgende trend.

Ketamine voor medisch gebruik bestaat in slechts twee vormen. Ketalar is een injecteerbare vorm en Spravato is een spray. In 2024 werden 296 verpakkingen Ketalar in openbare officina verkocht, terwijl 44.190 verpakkingen in ziekenhuisapotheken werden afgeleverd. De overgrote meerderheid van behandelingen met ketamine gebeuren dus in een ziekenhuisomgeving. Op basis van de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om een diagnose te koppelen aan het medische gebruik van ketamine.

Er zijn ook geen cijfers die inzicht geven in het aantal patiënten in België dat met een therapieresistente depressie werd geconfronteerd. Internationaal wetenschappelijk onderzoek toonde wel aan dat ongeveer 20 tot 30 % van de patiënten met een ernstige depressie niet op standaardbehandelingen reageert.

Het gebruik van ketamine in de spoedeisende psychiatrie is nog experimenteel en in ontwikkeling, vooral bij de behandeling van acute suïcidale gedachten, maar ook in dat verband zijn geen cijfers beschikbaar, ook niet van het gebruik van ketamine via infuus.

Wat het onderzoek naar ketamineafhankelijkheid betreft, er zijn studies beschikbaar die de risico's van ketamineverslaving in kaart brengen. Het risico op afhankelijkheid blijkt lager in een gecontroleerde medische setting. Langdurig of ongepast gebruik kan echter leiden tot tolerantie en verslaving.

Met de bestaande methodes voor afvalwateranalyses is het niet mogelijk om een eventuele link aan te tonen tussen de toename van ketamine, zoals men daar vaststelde, en de toename van het gebruik van ketamine voor medische doeleinden. Er is ook onvoldoende informatie over de eventuele toename van de medische beschikbaarheid of het gebruik van ketamine om medische redenen om de impact of het verband met veranderde concentraties in afvalwater te staven. Wanneer ketamine in afvalwater wordt onderzocht, wordt een metabool excretieproduct, non-ketamine, bekeken, wat rechtstreeks aan het gebruik wordt gekoppeld. Ketamine zelf kan ook worden gemeten, maar staat onvoldoende het gebruik ervan, omdat de concentratie beïnvloed kan worden door directe lozingen. Het is dus niet aangewezen om het als biomerker te gebruiken.

Op Europees niveau wordt het probleem opgevolgd in de horizontale werkgroep Drugs van de Raad van de Europese Unie en via het Europees Drugsagentschap. We zullen erover waken dat er bij de opmaak van de nieuwe Europese drugsstrategie en het actieplan 2026-2029 voldoende aandacht is voor de opvolging van dergelijke opkomende verontrustende fenomenen.

Op nationaal niveau hebben we een goede afstemming nodig en een goede informatiedeelneming tussen alle betrokken partners, zijnde internationale partners en partners op het federale, regionale en lokale niveau. De Algemene Cel Drugsbeleid zorgt voor de opvolging van ons drugsbeleid. Die cel zal de prioriteiten bepalen en de ketamineproblematiek behandelen, van handel tot preventie, vroegdetectie, schadebeperking en behandeling.

Het Belgische nationale Focal Point Drugs coördineert de opvolging van de epidemiologische gegevens met Sciensano als verantwoordelijke voor het verzamelen en analyseren van informatie over drugsgebruik en schadebeleidregelgeving. Subfocal points, zoals het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) en Eurotox voor Wallonië en Brussel, leveren aanvullende gegevens.

Inzake de bewustmaking van jongeren blijven de deelstaten verantwoordelijk voor preventie, vroegdetectie, interventie en schadebeperking, vaak in samenwerking met lokale besturen. Preventiematerialen zijn beschikbaar via websites, zoals die van het VAD, de Druglijn en infordrogués.be.

Binnen mijn bevoegdheid en in samenspraak met de deelstaten zal ik deze legislatuur verder inspanningen leveren om de verslavingszorg te versterken, ongeacht de substantie. Zo zal ik onderzoeken hoe de rol van de huisarts verder kan worden versterkt en of de erkenning van de specialisatie tot verslavingsarts een meerwaarde kan betekenen in de behandeling. Ook zal ik extra focussen op zorg voor mentale en druggerelateerde problemen bij kinderen en jongeren via mobiele teams.

Tot slot betreur ik de media-aandacht voor het gebruik van ketamine in microdosissen door bekende figuren of influencers. Dat is zeer jammer en kwalijk, want het kan de belangstelling van jongeren voor het gebruik van ketamine buiten een veilige medische setting vergroten, het gebruik ervan bagatelliseren of een valse indruk van veiligheid geven. Ik deel uw zorgen daarover.

09.05 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, u had het over de vroegdetectie en de partners op regionaal en lokaal niveau. Het is belangrijk dat u daar de coördinerende rol wilt opnemen. Ik had geopperd om daarover ook met Justitie en Binnenlandse Zaken samen te zitten. Dat zou heel nuttig

kunnen zijn, want de mensen krijgen toch wel wat dosissen van lokale dealers, zoals we met andere drugs ook al hebben gezien. Ik weet dat het niet uw bevoegdheid is, maar u zou erover kunnen samenzitten. Het zou al helpen om de mensen die in de gsm-lijsten van gekliste dealers staan een sms te sturen om hen te verwittigen dat ze in het systeem zitten en dat ze moeten oppassen om niet vervolgd te worden. Dat zou al een sterke afschrikkingsmaatregel kunnen zijn waarbij op de gebruiker wordt gefocust en waarbij die schrik wordt aangejaagd.

Binnen uw eigen bevoegdheid had u het over het versterken van de verslavingszorg en de rol van de huisarts, wat toch wel een hele verzwarende taak voor die huisarts zou inhouden. Het inzetten van de verslavingsarts is daar heel belangrijk. Het gaat niet om consultaties die op een kwartiertje afgelopen zijn. De huisarts heeft al een eivol programma, dus die verslavingsartsen kunnen daar een grote rol op zich nemen. Het is ook van cruciaal belang dat er voldoende artsen zijn.

Voor het overige zal ik uw antwoord nog moeten nalezen. Ik denk niet dat ik op alles een antwoord heb gekregen, maar indien nodig kom ik zeker nog op bepaalde aspecten terug. Dank u wel.

09.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, als er ketamine gebruikt wordt, dan lijkt het mij terecht dat dat in ziekenhuismiddelen gebeurt. We moeten dat zeker goed monitoren, want zoals u hebt aangegeven, zijn veel van die therapieën nog niet evidencebased. Ik denk dat we ons daar echt op moeten blijven stoelen.

U sprak over het gebruik van ketamine bij spoedeisende therapie en bij therapieën met betrekking tot resistente depressies. Ik zou graag nog wat meer data daarover en over de neveneffecten krijgen.

Ik heb u naar de cijfers van de halve cystectomie gevraagd, maar u hebt mij enkel geantwoord hoeveel blazen er deels zijn weggenomen. U kunt dat natuurlijk niet relateren aan dat ketaminegebruik, want het is een algemeen nummer.

We zouden nog meer onderzoek naar de effecten van het reguliere medische gebruik en het recreatieve gebruik moeten doen. U haalde immers ook de tolerantie aan, die nu een van de problemen is. Men gaat snel meer gebruiken, met een sneller en groter effect op de blaas als gevolg, naast ook andere, neurologische bijwerkingen van ketamine. Het is dus oppassen geblazen. Het is een zeer zwaar middel dat we zeer goed moeten monitoren en absoluut uit de handen van onze kinderen moeten houden.

Ik ben het volledig met u eens wat influencers of bv's betreft die verklaren dat microgebruik van die psychedelica, wat nu een beetje in de mode is, goed is tegen depressies. Laten we vooraleer wetenschap te verkondigen eerst aan wetenschap doen. Laten we onderzoeken welke effecten het op de psyche en het lichaam heeft.

09.07 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, vous confirmez une évolution inquiétante. J'ai entendu aussi que les demandes de traitement interviennent à un plus jeune âge, plus jeune encore que pour l'usage du cannabis et de la cocaïne. Cela doit nous inciter à une vigilance accrue. J'entends que vous prenez les choses au sérieux, et c'est très bien ainsi. Travailler entre les différents départements ainsi qu'au niveau européen est fondamental.

Une partie de la prévention n'est pas directement de votre responsabilité, mais il faut travailler avec l'ensemble des acteurs et sensibiliser les médecins pour qu'ils soient plus attentifs à leurs patients qui seraient susceptibles d'aller dans cette direction, afin qu'ils leur exposent les conséquences dramatiques que peut avoir l'usage de kétamine.

Nous suivrons l'évolution de ce que vous prévoyez dans ce domaine-là. En tant que responsables politiques, nous devons également faire en sorte que cette sensibilisation puisse se faire de notre côté. Merci.

09.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik had de cijfers gevraagd van de rioolwateronderzoeken per gemeente. Kunt u die geven?

09.09 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb een tabel met die cijfers. Ik kan vragen om die door te sturen.

09.10 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): À tous les membres, je suppose?

09.11 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Oui bien sûr! Les documents passent par le secrétariat.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 56003214C van mevrouw Sneppe wordt uitgesteld.

10 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Eiceldonatie" (56003247C)**

10 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le don d'ovocytes" (56003247C)**

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de laatste jaren horen we steeds vaker spreken over vruchtbaarheidsproblemen bij koppels met een kinderwens. Steeds meer wordt een beroep gedaan op procedures als vriesbewaring van eicellen of eiceldonatie. In geval van donatie van eicellen blijft het natuurlijk cruciaal dat de donor een vrije en bewuste keuze maakt op basis van volledige en begrijpelijke informatie die aan de donor wordt verstrekt. Het is immers een ingreep die bepaalde risico's inhoudt, onder meer ten gevolge van de hormonenkuur, maar ook ten gevolge van de procedure. Geenszins kan dat een vrijblijvende handeling worden genoemd.

Getuigenissen tonen aan dat er soms sprake is van gebrekkige informatie en een zekere druk, emotionele druk, vanuit wensouders en fertiliteitscentra. Ook de procedure in geval van complicaties, waarbij de verplichting geldt om ernstige bijwerkingen te melden aan het FAGG, wordt blijkbaar niet altijd correct nageleefd.

Mijnheer de minister, hoeveel meldingen over ernstige complicaties bij eiceldonatie heeft het FAGG al ontvangen? Welke sancties kunnen worden opgelegd aan instanties die hun meldingsplicht niet nakomen?

Zult u de regelgeving inzake geïnformeerde toestemming bekijken en eventueel verstrengen, bijvoorbeeld door het inlassen van een verplichte wachttijd of door in onafhankelijke begeleiding te voorzien?

Is de regering bereid om een systeem in te voeren waarbij onderscheiden artsen instaan voor de begeleiding van wensouders en donoren?

Wordt er door uw diensten gecontroleerd of de informatie op de websites van de fertiliteitsklinieken voldoende objectief en ook waarachtig is?

In welke mate hebben donoren recht op psychologische nazorg en, in geval van medische complicaties, financiële compensatie?

Fertiliteitsklinieken moeten sinds 2024 een register van donors bijhouden. Wordt die verplichting nageleefd? Hoeveel donoren werden al geregistreerd bij de verschillende centra?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb een zeer complex antwoord op de vraag naar de complicaties. Ik stel voor dat ik u dat schriftelijk bezorg, want het is vrij uitgebreid en bevat een niet zo gemakkelijk mondeling weer te geven tabel. Men maakt ook een onderscheid tussen ernstig ongewenste bijwerkingen en een ernstig ongewenst voorval. De cijfers zijn geen zeer hoge cijfers, maar ze zijn er natuurlijk wel. Voor eiceldonatie kan men met zekerheid zeggen dat er vier ernstig ongewenste voorvallen waren in 2024, maar er zijn nog 14 gevallen in onderzoek. Er zijn ook enkele cijfers over situaties waarbij we geen formele informatie hebben. Ik kan u dat antwoord bezorgen, dan kunt u dat eens bekijken. Er zijn dus wel een aantal van die casussen. Het zijn er niet enorm veel, maar het is inderdaad toch wel belangrijk dat ze worden bijgehouden. Ik zal u het antwoord laten bezorgen.

U vraagt of ik de regelgeving wil verstrengen. De huidige wetgeving bevat al specifieke verplichtingen met betrekking tot de toestemming. Zo moet de arts de patiënt op een begrijpelijke manier informeren, het beoogde gebruik en de relevante risico's duidelijk aangeven enzovoort. Mijn inspectiediensten

houden toezicht op de vraag of de noodzakelijke procedures daarvoor zijn ontwikkeld en of er daadwerkelijk een schriftelijke en voldoende gedetailleerde toestemming is verkregen. We merken evenwel dat sommige donoren aangeven onvoldoende geïnformeerd te zijn of dat het gesprek met de arts te kort was en dat de arts te weinig toelichting gaf. Dat moet nader onderzocht worden. Het is niet de bedoeling dat de genoemde regels en procedures inderdaad alleen maar op papier staan. Mevrouw Gijbels, ik denk dat we het daarover eens zijn. Anderzijds is het moeilijk om vast te stellen wat er tijdens een consult effectief werd gezegd, maar daarop zal in de mate van het mogelijke worden gecontroleerd.

Wat uw derde vraag betreft, we bekijken dat van naderbij. In eerste instantie moet worden gecontroleerd of de bestaande regels in de praktijk worden nageleefd.

Wat uw vierde vraag betreft, tijdens routine-inspecties worden de websites van de instellingen voor menselijk lichaamsmateriaal, waaronder de fertiliteitscentra, gecontroleerd op objectiviteit en waarachtigheid van de gegevens. In het kader van de naleving van artikel 5 van de wet op MLM kan het ontbreken van voldoende objectieve gegevens worden beschouwd als een verboden vorm van reclame voor de wegneming van menselijk lichaamsmateriaal. Dergelijke inbreuken op de wetgeving kunnen, afhankelijk van de ernst, leiden tot een gevangenisstraf van zes maanden tot twee jaar en geldboetes tussen 250 tot 1.000 euro, te vermenigvuldigen met de opcentiemen.

Wat uw vijfde vraag betreft, met betrekking tot de psychologische nazorg, in de wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten, is enkel een psychologische begeleiding vereist voor en tijdens het medisch begeleide voortplantingsproces, niet expliciet na het proces.

Wat de financiële compensatie bij medische complicaties betreft, elke bank voor menselijk lichaamsmateriaal – fertiliteitscentra zijn erkend als dergelijke banken – dient een verzekering te hebben voor het dekken van schade aan de donor ten gevolge van de wegneming, wat de oorzaak van de schade ook is. Daaronder vallen ook medische complicaties. Dat staat uitdrukkelijk in artikel 17, § 4, van de wet op het menselijk lichaamsmateriaal. Deze verplichting wordt gecontroleerd tijdens de routine-inspecties.

Wat uw zesde en laatste vraag betreft, fertiliteitsklinieken zijn sinds 2009 verplicht om voldoende traceerbaarheid van het gedoneerde materiaal te waarborgen en een donordossier bij te houden. Daarnaast moeten ze sinds 2007 de zesvrouwenregel naleven. Sinds 2024 werd op mijn initiatief een centraal register voor die donoren opgezet. Dat register verplicht de klinieken om via het door het FAGG aangeboden systeem identiteitsgegevens van zowel de donor als de ontvanger in een databank – officieus de Fertidata – in te voeren, waarna die gegevens gepseudonimiseerd worden. Het doel van die databank is uitsluitend de fertiliteitscentra in staat te stellen te verifiëren of de wettelijke limiet van het aantal vrouwen per donor niet wordt overschreden. De verplichting om de registraties bij te houden wordt nageleefd.

Het FAGG ontvangt ook de jaarlijkse activiteitenverslagen van elk centrum, waarin het aantal anonieme en gerichte donoren wordt vermeld. De gegevens zijn momenteel beschikbaar tot 2023. Verslagen voor 2024 moeten pas tegen eind april worden ingediend.

Het exacte aantal eiceldonoren van anonieme en gerichte donaties in 2022 was 494. In 2023 was dit 476, volgens de ontvangen jaarverslagen.

10.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden. Eiceldonatie is een heel specifieke procedure, die zowel lichamelijk als emotioneel bijzonder lastig kan zijn, ook al omdat het met hormonale stimulatie gepaard gaat. Ik denk dat het van het allergrootste belang is dat donoren dat volledig vrij en zonder emotionele druk of dwang moeten kunnen uitvoeren. Een goede voorlichting, een goede omkadering, maar ook een goede nazorg is daarom geen overbodige luxe. Ook na het proces zou er in psychologische nazorg moeten kunnen worden voorzien.

Met betrekking tot de verplichting tot correcte informatieverstrekking zegt u ook dat sommige vrouwen aangeven dat er eigenlijk te weinig toelichting werd gegeven. Ik vraag me af of er niet een soort van verplichte bedenktijd moet komen en een terugkoppelingsmoment moet zijn, waarbij kan worden nagegaan of de donoren of degenen die overwegen om een eikel te doneren ook kunnen worden bevraagd of ze alles wel goed hebben begrepen en ook goed kunnen inschatten wat de mogelijke

consequenties kunnen zijn.

Met betrekking tot het verzekeringsaspect heb ik begrepen dat er toch wel moeilijkheden zijn om een schadevergoeding of een tussenkomst te krijgen na complicaties na zo'n ingreep. Ik zal nog eens bekijken, ook in de wetgeving, wat er eventueel mogelijk is zodat die mensen toch een correcte vergoeding van lichamelijke schade kunnen krijgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

[11] Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De besmetting van katten door het H5N1-virus en de maatregelen in het kader van de volksgezondheid" (56003254C)

[11] Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La contamination de chats par le virus H5N1 et les mesures prises dans le cadre de la santé publique" (56003254C)

[11.01] Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik verwijst naar de ingediende vraag.

Twee katten, die rondliepen op een pluimveebedrijf in Oost-Vlaanderen, zouden besmet zijn geraakt met het H5N1 virus. Dat is een primeur voor dit land en moet aanzetten tot waakzaamheid, zoals ook in het gezamenlijke persbericht van de FOD VVVL, Sciensano en FAVV werd aangegeven.

Er werd in dit land weliswaar geen besmetting van mensen of van runderen vastgesteld, zoals dat in de VS wel het geval is en er werd voorlopig ook geen besmetting tussen katten of andere huisdieren onderling vastgesteld.

Eerder vroeg ik al naar het nut van rioolwatermonitoring en waakzaamheid in andere veehouderijen dan pluimvee. Zo wordt door de RAG-V-EZ ook aangeraden om melkstalen retrospectief te screenen op de aanwezigheid van H5N1 en raden ze de consumptie van rauwe melk af (advies april 24). Uw collega, minister Clarinval, gaf aan dat er echter geen plannen zijn om deze adviezen op te volgen.

Graag stel ik u dan ook volgende bijkomende vragen:

Welke adviezen worden verstrekt door de RAG met betrekking tot het H5N1 virus en waar kunnen we die vinden? Worden alle adviezen van de RAG en de RMG systematische gepubliceerd en zo ja, waar?

Wiens advies was het om ratten en muizen te gaan testen op H5N1? Zou zulks ook niet kunnen via rioolwater?

Op welke manier wordt er internationaal overlegd en samengewerkt m.b.t. H5N1?

Worden mogelijke mutaties in circulerende stammen opgevolgd en wat is daarvan de conclusie? Is dat mee de reden van infectie van katten?

Wat vindt u zelf van het advies van de RAG-V-EZ met betrekking tot het testen van melkstalen en het afraden van de consumptie van rauwe melk?

[11.02] Minister Frank Vandenbroucke: Ten eerste, de RAG heeft geen eigen risicoanalyse uitgevoerd voor de H5N1-situatie in België. Via de surveillancesystemen en de data van het Nationale Referentiecentrum evenals het Nationale Referentielabo en in nauwe samenwerking met de verschillende federale en regionale sectoren die betrokken zijn, volgen Sciensano en de RAG de situatie wel van nabij op.

Voor het risico voor België baseren ze zich op de regelmatige risicoanalyses van het ECDC, dat het risico voor de algemene bevolking als laag inschat. Voor de groepen die professioneel zijn blootgesteld aan zieke dieren, schatten zij het risico in als laag tot gemiddeld.

De RAG-V-EZ heeft al verschillende adviezen uitgebracht met richtlijnen voor de pluimveesector en werkt momenteel een specifieke risicoanalyse voor H5N1 uit bij katten. Alle adviezen van de RAG

worden gepubliceerd op de website van Sciensano.

Ten tweede, wat betreft de ratten en de muizen is het Nationale Referentielaboratorium bij Sciensano betrokken bij een Europees onderzoeksproject, *One Health 4 Surveillance* genaamd. Het project heeft tot doel na te gaan of het nodig is om onze lopende bewakingsprogramma's inzake vogelgriep aan te vullen. Een onderdeel van het project is het verzamelen van knaagdieren in een beperkt aantal gemeenten om ze te onderzoeken op vogelgriep. Het is zeker niet de bedoeling dat massaal ratten en muizen worden verzameld, maar veeleer dat specifiek in gevoelige zones een kleinschalige evaluatie kan worden uitgevoerd om de relevantie van een bijkomende bewaking te evalueren.

De enige instelling die momenteel bezig is met het opsporen van H5N1 op een actieve manier in het rioolwater, is het Amerikaanse CDC. Momenteel is het echter moeilijk om een onderscheid te maken tussen H5N1 van dierlijke of menselijke oorsprong. Ook is het moeilijk om te weten hoe gevoelig dergelijke testen moeten zijn.

In een aantal Europese landen wordt wel bestudeerd of deze tests op punt kunnen worden gesteld. Zo is in ons land de KU Leuven bezig met het screenen van het afvalwater van Leuven op H5N1 en ontwikkelt Sciensano een test om een onderscheid te maken tussen humaan en dierlijk H5N1 in rioolwater.

Ten derde, er wordt op verschillende manieren internationaal overlegd en samengewerkt met betrekking tot H5N1. Zo werkte Sciensano onlangs nog mee aan een rapport over H5N1 samen met het ECDC en de EFSA. Dat werd gepubliceerd in december 2024. Daarnaast genieten onze nationale referentielabo's van een sterke samenwerking binnen de EU onder leiding van Italië. Er bestaan ook verschillende bewakingsmechanismen op Europees niveau rond voedselketen, menselijk risico, dierlijk risico, milieu, gezondheid enzovoort.

Specifiek binnen de context van de H5N1-epidemie die momenteel het vee in de Verenigde Staten treft, hebben verschillende Amerikaanse en Canadese agentschappen van gedachten gewisseld met het Europese Health Security Committee.

Ten vierde, alle pluimvee- en zoogdierisolaten, evenals een selectie van de wilde vogelstammen die in ons land worden gedetecteerd, worden in samenwerking met het FAVV volledig gesequencet door Sciensano. Die sequenties worden steeds gescreend op de aanwezigheid van moleculaire merkers die wijzen op een aanpassing aan zoogdieren. De kattenstammen worden momenteel gesequencet, maar voor de stam van het gelinkte pluimveebedrijf kan al vastgesteld worden dat er geen extra zoogdieradaptaties aanwezig waren.

Ten vijfde, de RAG-V-EZ geeft aan dat er op dit moment geen redenen zijn om het advies met betrekking tot het testen van melkstalen en het afraden van de consumptie van rauwe melk aan te passen. Ik sluit me daarbij aan.

11.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik begrijp dat de RAG geen eigen advies heeft uitgevaardigd, maar zich baseert op het advies van het ECDC. Een punt van aandacht is dat er in sommige streken in ons land toch een vrij hoge dichtheid van pluimveehouderijen is, waardoor we misschien toch extra alert moeten zijn. Ik kan me voorstellen dat dat niet in elk Europees land op dezelfde manier georganiseerd is. Daar moeten we toch wat alert voor zijn.

Het is goed dat de KU Leuven en Sciensano verder aan het onderzoeken zijn wat er eventueel via rioolwater kan worden opgespoord. Ik ben benieuwd om dat verder op te volgen.

Ik begrijp uw antwoord op de laatste vraag niet helemaal, want ik dacht dat de RAG-V-EZ net had gezegd dat hij adviseerde om melkstalen te testen en ook de consumptie van rauwe melk afraadde. Sluit u zich daarbij aan of heb ik het verkeerd begrepen? Dat kan ook wel zijn, maar dan moet ik het opnieuw lezen.

11.04 Minister Frank Vandenbroucke: Een van ons twee heeft het verkeerd begrepen of heeft niet alle informatie. Ik moet het dus opnieuw vragen, want mijn antwoord zegt dat de RAG-V-EZ op dit moment geen redenen ziet om het advies met betrekking tot het testen van melkstalen en het afraden van consumptie aan te passen. Ik zal het nog eens checken. Mocht ik me vergissen, dan zal ik het laten

weten.

11.05 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De dringende geneeskundige hulpverlening en het Fonds DGH" (56003302C)

12 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'aide médicale urgente et le Fonds AMU" (56003302C)

12.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, recent werd er via een koninklijk besluit een maximumbedrag vastgesteld dat het Fonds Dringende Geneeskundige Hulp (Fonds DGH) kan terugbetalen, omdat het aantal aanvragen voor terugvorderingen fors zou zijn opgelopen, waardoor het Fonds DGH in de problemen is gekomen.

Wat is de reden of wat zijn de redenen van het toegenomen aantal terugvorderingen? Gaat het om onbetaalde facturen?

Om hoeveel extra vorderingen gaat het en om welk bedrag gaat het? Hoe staat dat in verhouding tot vorige jaren?

Is het aantal ritten dringend ziekenvervoer toegenomen en/of zijn er procentueel meer onbetaalde facturen? Of gaat het om een combinatie van beide?

Is het mogelijk die cijfers op te splitsen naargelang van de categorie van verzekerden? Gaat het vooral om mensen die een verhoogde tegemoetkoming genieten?

Zijn er verschillen tussen de provincies als het gaat om onbetaalde facturen?

Wat is de mogelijke impact op het aanbod van dringend medisch vervoer wanneer het Fonds DGH nog tot een maximumbedrag terugbetaalt?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, om te beginnen, betreffen alle dossiers die bij het Fonds DGH zijn ingediend onbetaalde facturen van de diensten die actief zijn in de dringende geneeskundige hulpverlening. De dossiers worden bij het Fonds DGH ingediend nadat de diensten een jaar lang zelf hebben geprobeerd om tot vereffening van de factuur te komen.

We vermoeden dat de toename van het aantal vorderingen wordt veroorzaakt door enerzijds de administratieve vereenvoudiging van de procedure en, anderzijds, een inhaalbeweging die bepaalde ziekenwagendiensten maken of hebben gemaakt. Een concreet voorbeeld is het Rode Kruis. Dat heeft lange tijd geen dossiers ingediend en het is nu zijn achterstand aan het wegwerken.

Om hoeveel vorderingen gaat het? Ik zal u een tabel laten bezorgen die de cijfers sinds 2015 weergeeft. Die bevat een mooie grafiek met zeer veel uitleg erbij. Dan zult u al aardig wat gegevens hebben. U zult onder andere een toename zien van het aantal dossiers in 2024, nadat er een halvering was in 2023.

U hebt gevraagd of het aantal ritten voor dringend ziekenvervoer is toegenomen, dan wel of er een procentuele stijging van de onbetaalde facturen is. Het aantal ritten dringend ziekenvervoer stijgt inderdaad jaar na jaar. Of er ook meer onbetaalde facturen zijn, is moeilijk te bepalen, omdat niet alle diensten een beroep doen op het fonds. Van de 109 erkende ambulancediensten in 2023 hebben uiteindelijk slechts 61 diensten schuldvorderingen ingediend in 2024, wat neerkomt op 56 % van de erkende ambulancediensten.

Kan ik een opsplitsing maken per categorie verzekerden? Nee, die gegevens hebben we niet. De ziekenwagendiensten hebben die blijkbaar ook niet.

Zijn er verschillen tussen de provincies? Dat is een beetje moeilijk, omdat niet alle ziekenwagendiensten een beroep doen op het fonds. Het beeld dat we zouden krijgen uit een regioanalyse zou dus niet helemaal representatief kunnen zijn. Bij de grootstedelijke ambulancediensten zien we wel een hoger percentage onbetaalde facturen.

Wat is de mogelijke impact? Gelet op de door de vorige regering extra geleverde inspanningen op het vlak van de financiering van de dringende geneeskundige hulpverlening, durf ik te zeggen dat de plafonnering van de tussenkomst van het fonds geen impact zal hebben op het aanbod van de dringende geneeskundige hulpverlening. Daar investeren we fors in.

12.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik kijk uit naar de gedetailleerde gegevens.

U maakt zich sterk dat de beslissing geen impact zal hebben op het dringende ziekenvervoer. Ik hoop dat dat inderdaad niet het geval zal zijn. Wanneer ik hoor dat het aantal ritten dringend ziekenvervoer in stijgende lijn gaat, dan denk ik dat het nuttig kan zijn om te bekijken of al die ritten gerechtvaardigd zijn, maar misschien gebeurt dat al.

Ik hoor dat wat sensibilisering van de burgers nuttig kan zijn om duidelijk te maken wanneer er een beroep kan worden gedaan op dringend ziekenvervoer en wanneer niet. Het is misschien goed om die oefening te maken en daaraan eventueel consequenties te verbinden. In ieder geval zal ik eerst de cijfers bestuderen en daarop later eventueel terugkomen.

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

De **voorzitter**: Aan de orde is vraag nr. 56003308C van mevrouw Nathalie Eggermont. Ze is afwezig.

13 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De cyberveiligheid in de zorgsector" (56003324C)
- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De cyberaanvallen op ziekenhuizen" (56003594C)

13 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La cybersécurité dans le secteur des soins" (56003324C)
- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cyberattaques visant les hôpitaux" (56003594C)

13.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, in een eerdere vraag vroeg ik u al naar de noodzaak van de verbetering van de cyberveiligheid in onze ziekenhuizen, want we hebben te maken met een digitalisering van de zorg. Dat is goed, dat brengt efficiëntiewinsten met zich mee, maar dat houdt natuurlijk ook in dat er een steeds grotere dreiging ontstaat van cyberaanvallen waaraan we het hoofd moeten bieden.

Door de omzetting van de NIS2-richtlijn vallen ziekenhuizen onder de leveranciers van essentiële diensten – althans als ik dat goed heb begrepen – waardoor ze voortaan ook een meldingsplicht hebben en aan strengere cyberveiligheidsvoorwaarden moeten voldoen. Bijgevolg brengen die nieuwe en strengere voorwaarden ook de nodige aanpassingen voor de gezondheidssector met zich mee.

Kunt u bevestigen dat ziekenhuizen door de omzetting van de NIS2-richtlijn naar nationale wetgeving voortaan tot de leveranciers van essentiële diensten behoren?

Worden ziekenhuizen ondersteund in de voorbereiding op de strengere voorwaarden die de NIS2-richtlijn met zich meebrengt? Zo ja, op welke manier? Worden er, bijvoorbeeld, ook opleidingen voorzien voor het zorgpersoneel of voor veiligheidsmedewerkers om hen te leren werken met de verplichtingen die de richtlijn met zich meebrengt?

NIS2 bepaalt ook dat er voortaan een meldingsplicht is voor ziekenhuizen. Zijn de ziekenhuizen op de hoogte gesteld van de praktische implementatie daarvan? Is er een bepaalde termijn vastgelegd tegen wanneer alle ziekenhuizen daaraan zouden moeten voldoen? Zijn er ziekenhuizen die al conform zijn,

die al in orde zijn en de meldingsplicht al toepassen? Zo ja, wordt daarover een rapport uitgebracht dat eventueel ook beschikbaar wordt gesteld?

Hoeveel ziekenhuizen zijn momenteel al volledig in overeenstemming met de eisen die voortvloeien uit de NIS2-richtlijn? Hoe zal er worden omgegaan met ziekenhuizen die achterblijven op het vlak van de implementatie?

Valt de volledige zorgsector onder de nieuwe wetgeving, dus ook de extramurale diensten? Zijn de voorwaarden en de implementatie van NIS2 voor alle onderdelen van de zorgsector dezelfde of wordt er in een specifiek regime voorzien?

13.02 **Ludivine Dedonder (PS):** Monsieur le ministre, dans le contexte géopolitique instable que nous connaissons, nous avons pu voir que les cyberattaques étaient régulières et qu'elles pouvaient aussi cibler des infrastructures civiles.

Ces dernières années, nous avons assisté à cette recrudescence d'attaques visant également des infrastructures hospitalières belges. Cela met forcément en péril la continuité des soins ainsi que la sécurité des données des patients. De plus, ces incidents mettent en évidence la vulnérabilité de notre système de soins face aux menaces numériques et soulèvent la question des mesures de prévention et de réponse mises en place. Par ailleurs, outre les perturbations directes des services médicaux, ces cyberattaques ont un coût financier non négligeable pour les établissements, sans compter les conséquences pour les patients et pour le personnel hospitalier.

Monsieur le ministre, quelles actions concrètes ont-elles été mises en place pour renforcer la résilience des systèmes informatiques de nos hôpitaux et éviter de nouvelles paralysies du système de soins à l'avenir?

Disposons-nous d'une estimation chiffrée de l'impact financier des cyberattaques sur les hôpitaux belges au cours des cinq dernières années?

Des moyens supplémentaires sont-ils prévus pour soutenir les hôpitaux dans la sécurisation de leurs infrastructures numériques? Profitez-en, monsieur le ministre, la Défense aura beaucoup de moyens! La défense, c'est aussi protéger nos infrastructures hospitalières.

13.03 **Minister Frank Vandenbroucke:** Collega's, de omzetting van de NIS2-richtlijn in Belgische wetgeving voorziet dat die van toepassing is op elke rechtspersoon of andere instantie die op het Belgische grondgebied wettelijke gezondheidszorg verstrekt en daarbij voldoet aan de criteria van een middelgrote onderneming of die overstijgt.

Ziekenhuizen met de hoedanigheid van middelgrote onderneming zullen als een belangrijke entiteit worden erkend. Ziekenhuizen die de plafonds van middelgrote ondernemingen overstijgen, zullen als een essentiële entiteit worden erkend.

Madame la présidente, vous avez raison de dire qu'il s'agit d'un enjeu important – et je dirais même essentiel – dans le contexte géopolitique actuel. Le secteur a déjà bénéficié d'un effort budgétaire du gouvernement pour renforcer la cybersécurité. Pour rappel, un budget de 20 millions d'euros a été alloué pour la période 2022-2023, et à partir de 2023, 15 millions d'euros récurrents ont été prévus pour soutenir le programme cyber, avec une injection supplémentaire de 40 millions d'euros en 2024.

Ce programme vise à prévenir de nouvelles paralysies en s'assurant que l'ensemble du secteur atteint un niveau de maturité équilibré. Les hôpitaux étant de plus en plus interconnectés, la sécurité du secteur dépend du maillon le plus faible. Il est donc fondamental d'accompagner à la fois les entités les moins avancées et celles qui disposent déjà d'un bon niveau de maturité en matière de cybersécurité.

Les priorités définies en collaboration avec le secteur se concentrent sur les thématiques suivantes: la mise en place d'une équipe pour répondre aux incidents; la sensibilisation à la cybersécurité; le partage des connaissances et des documentations; le test de pénétration des systèmes d'information; l'assistance à la réalisation d'une analyse de risques.

L'objectif est de poser les bases d'une amélioration continue et collective pour renforcer la résilience et

la sécurité du secteur. Par exemple, grâce à ce budget, un partenariat entre les hôpitaux (Shield ASBL) a également été initié par Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) – un hôpital dans la province de Limbourg – , dans le cadre duquel des cahiers de charges centraux sont émis pour divers services de cybersécurité.

Wat de meldingsplicht betreft, bij de invoering van NIS2 werden de entiteiten die onder deze regelgeving vallen op de hoogte gebracht van de meldingsplicht bij incidenten. Die meldingsplicht is van toepassing sinds 18 oktober. Enkele ziekenhuizen en zorginstellingen hebben al melding gedaan van een incident.

Mevrouw Gijbels, de naleving van de NIS2-regelgeving valt onder de verantwoordelijkheid van de bestuurders van de entiteit. De ziekenhuizen kunnen een beroep doen op ondersteuning voor het uitvoeren van een risicoanalyse om zo hun werkpunten met betrekking tot het voldoen aan NIS2 te identificeren.

Al voor NIS2 werd ingevoerd, hebben verschillende ziekenhuizen de regeling van hun informatieveiligheid laten certificeren volgens het ISO 27001-kader. Die certificatie kan, mits ze bevestigd wordt door een conformiteitsbeoordelingsinstantie erkend door het Centrum voor Cybersecurity België, gebruikt worden om conformiteit aan te tonen.

De ziekenhuizen die erkend worden als essentiële entiteiten zullen op een regelmatige basis worden gecontroleerd op de naleving van de regelgeving. De NIS2-regelgeving voorziet naast toezicht ook sancties voor entiteiten die de regelgeving niet correct naleven. Die sancties dienen echter beschouwd te worden als laatste middel nadat het ziekenhuis corrigerende maatregelen heeft kunnen nemen, daarbij al dan niet gesteund door de sectorale overheid voor de ziekenhuizen aangesteld binnen de NIS2-regelgeving.

Zoals vermeld onder punt 1 is de NIS2-regelgeving van toepassing op elke rechtspersoon of andere instantie die op het Belgische grondgebied wettelijke gezondheidszorg verstrekt en daarbij voldoet aan de criteria van een middelgrote onderneming of die overstijgt. NIS2 voorziet een risicogebaseerde aanpak, waarbij onder andere criteria zoals kosten en maatschappelijk risico in overweging worden genomen. Afhankelijk daarvan kunnen entiteiten gepaste maatregelen nemen om het risico op incidenten op een aanvaardbaar niveau terug te brengen.

Madame Dedonder, il est à vrai dire difficile de fournir une estimation chiffrée précise de l'impact financier des cyberattaques sur les hôpitaux belges au cours des cinq dernières années, notamment parce que ces institutions ont également dû gérer une crise sanitaire majeure pendant cette période. À cela s'ajoute le fait que certains hôpitaux n'ont pas eux-mêmes procédé à une estimation précise des coûts engendrés par les attaques qu'ils ont subies.

Parmi les exemples documentés, le Heilig Hartziekenhuis de Mol a estimé le coût de la cyberattaque de février 2021 à un montant compris entre 700 000 euros et 1 million d'euros, soutenu par une cyberassurance. La clinique Saint-Luc de Bouge a signalé une perte, suite à une attaque en octobre 2021, d'environ 1 million d'euros, tandis que la clinique André Renard de Herstal a évalué l'impact d'une attaque en janvier 2022 à 300 000 euros. Pour d'autres établissements, comme le CHU de Liège, Vivalia, le CHC MontLégia, le CHU Saint-Pierre ou encore l'AZ Herentals, aucune estimation précise n'a été communiquée. Enfin, le CHRSM a indiqué que la remise en service suite à la cyberattaque de mai 2022 a nécessité un budget compris entre 3 et 5 millions d'euros. On parle donc de montants très conséquents.

Telles sont les informations dont je dispose. Il s'agit aussi d'un enjeu très important pour les politiques à mener par le gouvernement actuel.

13.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het is goed dat u ook verwijst naar het Shieldinitiatief van het ZOL, het Jessa Ziekenhuis en de UHasselt. Dat is echt een goed initiatief, dat misschien ook als voorbeeld kan worden gebruikt voor andere zorginstellingen en onderwijsinstellingen.

U wees zelf ook op de interconnectiviteit tussen ziekenhuizen en een mogelijke zwakke schakel daarin. Ik vraag mij dan ook af hoe we moeten kijken naar andere zorgverstrekkers die niet in instellingen werken en die waarschijnlijk ook iets minder maatregelen nemen voor cyberveiligheid. Ik ben daar technisch niet erg in onderlegd, maar ik kan me voorstellen dat dat ook een zwakke schakel in het

systeem zou kunnen zijn. Ik pleit zeker niet voor heel strenge voorwaarden voor alle individuele zorgverstrekkers, maar op het niveau van het ziekenhuis moeten daarvoor wellicht maatregelen worden genomen.

Ik kijk dus graag mee uit naar die ontwikkelingen. Zoals mijn collega ook al zei, zouden gezien de geopolitieke situatie ziekenhuizen weleens een doelwit kunnen zijn. Dat is dus zeker iets om goed in de gaten te houden.

13.05 Ludivine Dedonder (PS): Pour ma part, je suis convaincue que cette guerre hybride est la menace principale pour notre pays. Vous l'avez dit, le coût d'une cyberattaque peut varier entre 300 000 euros et 4 millions d'euros. Souvenons-nous également des chiffres qui avaient été évoqués quand les départements gouvernementaux ont été attaqués; le montant de leur réparation s'élevait à des chiffres colossaux. Il faut donc donner les moyens aux hôpitaux pour faire de la prévention, pour créer des pare-feux suffisamment puissants pour éviter de telles attaques. Vous avez d'ailleurs évoqué des chiffres. Il ne faut surtout pas faire d'économies dans ce cadre, puisqu'elles se paieraient deux fois plus cher par la suite. En ce qui me concerne, la défense, la sécurité, la protection des citoyens doivent aussi être exercées dans ce cadre. Je compte sur votre vigilance.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vaccination des nourrissons par les sages-femmes" (56003326C)

14 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vaccinatie van zuigelingen door verloskundigen" (56003326C)

14.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, la loi du 13 novembre 2023 portant des dispositions diverses en matière de santé prévoit, en son article 4, que les sages-femmes peuvent "procéder de plein droit à la vaccination des jeunes enfants jusqu'à l'âge de 2 ans et demi, dans les conditions fixées par le Roi par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres". Cette loi est entrée en vigueur le 4 décembre 2023.

Lors des débats en commission sous la législature précédente, vous avez indiqué que vous alliez vous inspirer des différents avis déjà formulés. Or ils ne sont pas unanimes. Vous aviez également dit: "une concertation est prévue avec les organes consultatifs fédéraux pertinents au sein desquels les groupes professionnels sont représentés ainsi qu'avec les entités fédérées au sujet des conditions dans lesquelles cette vaccination pourrait avoir lieu".

Pour la mise en œuvre de cette vaccination se pose la question de la prescription de l'acte par un médecin. Se pose également la question de l'enregistrement de ces vaccinations afin d'assurer une bonne information des acteurs de la santé qui prendront en charge l'enfant pour éviter que des enfants soient vaccinés deux fois ou ne soient pas vaccinés du tout alors que les parents pensent qu'ils le sont.

Monsieur le ministre, où en est la mise en œuvre de cette mesure? Pourriez-vous nous éclairer quant à la concertation menée avec les organes consultatifs fédéraux compétents – je pense en particulier à la concertation avec les sages-femmes et les médecins – ainsi qu'avec les entités fédérées? Quelles en sont les conclusions?

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Gatelier, le projet d'arrêté royal pour l'exécution de l'article 4 de la loi du 13 novembre 2023 portant des dispositions diverses en matière de santé est en préparation. Nous avons tenu compte des avis sollicités à ce sujet, à savoir ceux qui ont été émis par le Conseil Fédéral des Sages-Femmes, l'Académie royale de Médecine, le Conseil fédéral de l'art infirmier et, enfin, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

Nous envisageons également une concertation avec les Communautés à ce sujet via le groupe de travail "Professions des soins de santé" de la Conférence interministérielle.

Les conclusions ne peuvent pas encore être tirées à ce stade, mais des décisions seront prises afin de

fixer pour quel vaccin les sages-femmes pourront procéder à la vaccination de l'enfant jusque deux ans et demi.

Cette vaccination devra être immédiatement enregistrée sur les plateformes électroniques des entités fédérées.

Nous fixerons également les conditions dans lesquelles la vaccination devra être accomplie par les sages-femmes, dans le respect du calendrier de vaccination, sur des enfants bien portants suivis médicalement dans un milieu médical, etc. Le projet d'arrêté prévoit également des critères de qualification pour les sages-femmes qui pourront vacciner: la formation initiale minimale, la formation continue et la preuve des qualifications requises.

14.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Nous en avons déjà discuté. Vous savez que la situation des sages-femmes, parmi nos soignants, est préoccupante. Elles sont fort inquiètes. Bien qu'elles ont le premier métier du monde, en tant que soignantes elles se retrouvent finalement dans un système où elles ont du mal à trouver leur place.

Dans certaines zones rurales du pays nous avons du mal à trouver des médecins vaccinateurs pour les consultations des nourrissons, d'autant plus que nombre d'entre eux partiront bientôt à la retraite. Comme vous l'avez dit, c'est donc l'occasion de trouver une solution et je vous en remercie. Je vais suivre ce dossier de près.

Je me permets de rappeler l'information que vous avez partagée hier concernant leur conventionnement. En effet, elles y ont adhéré à 82 %, ce qui représente une majorité. Tant mieux pour les acteurs politiques que vous et moi défendons. Cela garantit aux patients l'accès aux soins avec des honoraires acceptables. Je suis donc pour le conventionnement, mais n'oublions tout de même pas que nous venons de 97 %. D'ailleurs, vous savez très bien que cette profession est en grande majorité composée de pseudo-indépendants, puisqu'elles travaillent majoritairement dans des instituts hospitaliers qui font pression pour qu'elles se conventionnent.

Ce conventionnement doit être perçu avant tout comme un signal, la partie émergée d'un iceberg où de nombreuses professionnelles atteignent un point de saturation, en grande partie en raison d'une rémunération insuffisante.

La diminution de 97 % à 82 % concerne essentiellement les sages-femmes indépendantes qui se sont déconventionnées. Il faut surtout y voir un signal nous enjoignant à nous préoccuper rapidement de leur situation. Je reviendrai certainement vers vous lorsque les conclusions des groupes de travail, que vous avez annoncées, aboutiront.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La nutrivigilance" (56003363C)

15 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Nutrivigilantie" (56003363C)

15.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, la loi du 12 juillet 2022 portant dispositions diverses en matière d'agriculture, de sécurité de la chaîne alimentaire, de santé publique et d'environnement prévoit que le Roi peut réserver le commerce de certaines denrées alimentaires à la détention de diplômes ou d'attestations qu'il détermine et peut imposer la notification des effets indésirables liés à l'utilisation de denrées alimentaires. Cette loi prévoit également la création auprès du SPF Santé publique d'une Commission de Nutrivigilance compétente pour l'évaluation des effets indésirables liés à l'utilisation de denrées alimentaires.

Cette loi est entrée en vigueur le 22 septembre 2022. Deux arrêtés d'exécution ont été publiés fin 2023, l'un relatif à la notification des effets indésirables liés à l'utilisation de denrées alimentaires, qui prévoit une obligation de notification pour les opérateurs du secteur alimentaire, et l'autre mettant en place la Commission de Nutrivigilance.

Monsieur le ministre, avez-vous eu recours à la possibilité de réserver le commerce de certaines denrées alimentaires à la détention de diplômes ou d'attestations pour d'autres produits que les laits premier âge qui ne peuvent être vendus qu'en pharmacie?

Pourriez-vous nous éclairer quant à la mise en œuvre de l'obligation de notification des effets indésirables liés à l'utilisation de denrées alimentaires pour les opérateurs du secteur alimentaire? Combien de notifications ont-elles été introduites? Qui les a introduites? Quelles étaient les denrées alimentaires concernées? Quelles suites ont-elles été données à ces notifications?

Pourriez-vous également nous éclairer sur les travaux menés par la Commission de Nutrivigilance depuis sa mise en place?

Pourriez-vous nous éclairer quant à la concertation menée avec votre collègue en charge de la Sécurité de la chaîne alimentaire pour le contrôle des denrées alimentaires? Je vous remercie par avance de votre réponse.

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Par rapport à votre première question, oui, la disposition visant à réserver le commerce de certaines denrées alimentaires à la détention de diplômes ou attestations a été utilisée pour des aliments spécifiques, dans le cas de la vente et/ou la délivrance au consommateur des FSMP. Les FSMP ou denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales sont des denrées spécialement traitées ou formulées destinées à répondre aux besoins nutritionnels des patients, y compris les nourrissons, et qui ne peuvent être utilisées que sous contrôle médical. Citons par exemple la nutrition entérale par sonde ou les denrées alimentaires spécialement adaptées pour les patients atteints d'une anomalie du métabolisme des acides aminés.

Quant à votre deuxième question, au niveau de la nutrivigilance, c'est-à-dire le système de collecte de signalements d'effets indésirables liés à l'utilisation des denrées alimentaires, le SPF Santé a reçu 167 déclarations en 2024, dont 134 admissibles. Qui les a introduites? Elles sont principalement transmises par des opérateurs, puisqu'ils en ont l'obligation légale. Nous avons également reçu des déclarations émanant d'autres administrations, de professionnels de la santé et de consommateurs.

Quelles étaient les denrées alimentaires concernées? Durant cette année, nous avons recensé des déclarations d'effets indésirables concernant des compléments alimentaires, des aliments enrichis, par exemple des boissons énergisantes, les nouveaux aliments ainsi que des denrées alimentaires pour les groupes spécifiques, par exemple les laits pour nourrissons. Les déclarations portaient principalement sur les compléments alimentaires.

Quelles suites ont-elles été données? Les déclarations sont traitées par le SPF Santé publique. Les effets qui portaient sur des problèmes de qualité ou d'hygiène ont été transmis à l'AFSCA, l'autorité compétente de contrôle de la chaîne alimentaire. Si les effets étaient liés à des médicaments, contact a été pris avec l'AFMPS.

Au cours de cette année pilote, il n'a pas été décelé de tendance concernant un produit ou un ingrédient pouvant présenter des risques particuliers. Les données de 2024 sont toujours en cours de traitement statistique et devraient être publiées d'ici l'été.

Ensuite, le travail de la Commission de Nutrivigilance a été d'élaborer une méthode d'imputabilité (des critères permettant de déterminer la relation entre un effet et un produit) qui tienne compte de la spécificité des denrées alimentaires en fonction des données disponibles, à savoir les symptômes, la chronologie, la réutilisation des produits, des analyses médicales, l'utilisation concomitante d'autres produits, dont des médicaments. Ce travail est en cours de finalisation.

Contrairement aux médicaments, donc contrairement à la pharmacovigilance, aucune balance bénéfices-risques ne peut être acceptée. Les produits alimentaires doivent toujours être sûrs. Ce ne sont pas des médicaments, pour lesquels on peut éventuellement accepter une balance risques-bénéfices.

Pour ce qui est de la concertation, dans le cadre de la nutrivigilance, mon collègue le ministre Clarinval et moi-même avons mis en contact le SPF Santé publique et l'AFSCA pour gérer les suites à apporter

si des manquements à la législation sont suspectés ou si des actions doivent être entreprises, à la suite de l'étude des cas d'effets indésirables pour des contrôles ciblés.

15.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse très détaillée qui est plutôt rassurante sur ce respect des règles car les consommateurs doivent en effet avoir un minimum, ou plutôt justement un maximum de sécurité. Ceci me fait penser au fait qu'il faudra aussi plancher à l'avenir sur la sécurité des compléments alimentaires mais cela fera l'objet d'un autre débat. Je vous remercie encore.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre l'alcool" (56003364C)

16 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen alcoholgebruik" (56003364C)

16.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, le 28 février s'est clôturée la "Tournée minérale", une action qui vise à encourager nos citoyens à ne pas boire d'alcool pendant un mois. Plusieurs professionnels de la santé ont été invités à participer à cette initiative. Les médecins généralistes, les pharmaciens et les psychologues notamment ont été invités à encourager leur patientèle à soutenir cette campagne de santé publique qui est très importante en termes de prévention. Au-delà de cette initiative fort ambitieuse et très positive, l'accord de gouvernement prévoit la poursuite de la mise en œuvre du plan interfédéral alcool, l'organisation de contrôles réguliers pour assurer le respect des mesures, l'extension de trajets de soins pour toute la population et le changement du message mentionné sur les boissons alcoolisées. Il prévoit aussi qu'au niveau européen, nous préconisons la fin de l'exception selon laquelle les boissons alcoolisées ne doivent pas mentionner d'ingrédients.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer quant à la poursuite de la mise en œuvre du plan interfédéral alcool? Un nouveau timing a-t-il été élaboré en concertation avec les entités fédérées? Pourriez-vous nous éclairer quant aux contrôles du respect de la législation relative à l'alcool réalisés en 2024? Quels en étaient les résultats et quelles suites y ont-elles été données? Quels contrôles sont-ils prévus en 2025? Avez-vous déjà défini un agenda pour la mise en œuvre des différentes mesures contenues dans l'accord de gouvernement? Si oui, quel est-il? Pourriez-vous également nous renseigner quant à votre stratégie pour mettre fin, au niveau européen, à l'exception selon laquelle les boissons alcoolisées ne doivent pas mentionner d'ingrédients?

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Ramlot, suite à l'accord de gouvernement fédéral, le dossier sur la publicité alcool sera remis à l'ordre du jour politique dans les prochaines semaines, au même titre que les autres points du plan alcool. Le nouveau slogan sanitaire contenu dans l'accord de gouvernement sera déployé.

La date limite de la réalisation de l'action 24 (stimuler la mise à disposition d'eau gratuite) et de l'action 25 (analyser la possibilité de créer un fonds auquel l'industrie devait contribuer sans avoir son mot à dire sur la façon dont les fonds sont dépensés) est fin 2025. Je vous renvoie vers mes collègues fédéraux ou régionaux compétents pour les actions qui ne m'incombent pas.

En ce qui concerne les contrôles effectués en 2024 par le service d'inspection du SPF Santé publique, sur les 3 217 contrôles classiques effectués, des infractions ont été constatées dans 5 % des cas donnant lieu à 132 procès-verbaux. Sur les 658 contrôles de type *Mystery Shopping* avec mineurs, des infractions ont été constatées dans 79 % des cas donnant lieu à 94 procès-verbaux, ce qui en dit long sur l'efficacité réelle d'une inspection et l'importance de la méthodologie *Mystery Shopping*.

En 2025, les contrôles sur la vente de boissons alcoolisées seront considérablement intensifiés. Des élèves et des stagiaires seront déployés tout au long de l'année en tant que clients mystère pour tester le respect des règles dans la pratique. Cela complètera les méthodes classiques de contrôle, notamment par des observations dans les établissements fréquentés par de nombreux jeunes. En outre, une répression plus stricte sera appliquée, notamment en cas de contrôle par des clients mystères mineurs, en particulier en cas de récidive. Par ailleurs, les contrôles ne seront plus limités

aux périodes de forte affluence mais seront répartis tout au long de l'année.

Cela garantira une surveillance continue et imprévisible, augmentant ainsi le risque d'être pris en infraction en faisant du respect des règles une vraie norme. Avec cette approche, l'objectif n'est pas seulement de mieux faire appliquer la réglementation mais aussi de contribuer à une société plus saine, plus consciente, où les jeunes sont mieux protégés contre les effets nocifs des produits de l'alcool.

Comme prévu à l'action 75 du plan alcool et sur la base de l'accord de gouvernement, nous soutiendrons la réglementation européenne portant sur la communication de la valeur énergétique et des ingrédients sur les boissons alcoolisées. Nous préconisons la fin de l'exception selon laquelle les boissons alcoolisées ne doivent pas mentionner d'ingrédients. Certes, c'est un débat européen, mais dans lequel nous sommes acteurs; je veux que nous y soyons des acteurs vraiment proactifs et mobilisés.

16.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre, pour tous ces chiffres qui prouvent que votre stratégie semble être la bonne. Je pense qu'il faut continuer dans ce sens parce que nous savons tous ici que l'alcool est un inducteur de maladies, etc.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'Enquête nationale de santé" (56003366C)

17 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nationale Gezondheidsenquête" (56003366C)

17.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, la dernière enquête nationale de santé date de 2018. Ce type d'enquête permet d'avoir une vision globale sur l'état de santé et les modes de vie de nos concitoyens, ainsi que d'identifier les principaux problèmes de santé. Comme l'indique Sciensano, disposer de ces informations permet aux autorités compétentes de mener une politique de santé proactive axée sur l'amélioration de la santé publique et sur les besoins de groupes à risque. Cette enquête doit en principe être organisée tous les cinq ans. Nous sommes en 2025, soit sept ans après la dernière enquête qui, je le rappelle, date de 2018.

Voici mes questions: qu'est-ce qui a empêché la tenue de cette enquête plus tôt? Où en est la mise en œuvre de cette nouvelle enquête de santé? Quand disposerons-nous des résultats de cette nouvelle étude?

17.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Qu'est-ce qui a empêché la tenue de cette enquête plus tôt? Sciensano, chargé de l'organisation de l'enquête de santé, fait appel au réseau d'enquêteurs de Statbel pour la collecte des données. Il est apparu dès le début que ce réseau était trop limité pour collecter les données comme prévu, soit tout au long de l'année 2023. Ce problème, combiné à une baisse de la volonté de la part des ménages de participer à l'enquête, a entraîné un retard significatif dans la collecte des données. Malgré tous les efforts supplémentaires pour recruter de nouveaux enquêteurs (augmenter leur rémunération et même en engager à temps plein), la collecte des données a été finalement prolongée jusqu'à fin 2024, moment auquel 7 000 participants avaient été recrutés au lieu des 10 300 initialement prévus.

Où en est la mise en œuvre de cette nouvelle enquête de santé? Sur la base de protocoles d'accord relatifs à l'organisation et au financement de l'enquête de santé 2023, publiée au *Moniteur belge* en février 2022, la collecte des données dans le cadre de la nouvelle enquête de santé a débuté comme prévu début 2023.

Quand disposerons-nous des résultats? Les résultats de l'enquête de santé 2023 seront publiés au cours de l'année 2025. Un premier rapport sera disponible fin avril 2025, suivi des autres rapports au cours des mois suivants. À chaque publication, les résultats correspondants seront accessibles via l'outil interactif de *Health Interview Survey Interactive Analysis*.

17.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie.

Je comprends que les gens n'aient plus envie de participer à des enquêtes. À titre personnel, je dois vous avouer que cela m'ennuie, car j'en reçois très souvent dans ma boîte mail. Toutefois, nous parlons ici de santé publique. À l'époque, dans mon officine, j'étais tenue de répondre à des statistiques. Cette obligation est tombée.

Je ne suis pas quelqu'un qui aime imposer les choses, forcer les gens ou interdire pour le plaisir, mais il conviendrait peut-être, dans ce cas, d'inviter gentiment les professionnels de la santé à répondre aux questionnaires. Dans le cas contraire, il faudrait trouver d'autres méthodes pour disposer de bases de données. En santé publique, il est en effet fondamental de pouvoir accéder à ce type d'études. Je rappelle que c'est ce qui nous permet justement de développer une politique à long terme pour le bien-être de chacune et chacun.

Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: Les questions n^{os} 56003373C, 56003411C et 56003412C de Mme Sneppe ainsi que la question n° 56003400C de Mme De Knop et la question n° 56003475C de Mme Van Hoof sont reportées.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.47 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 47.