

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 24 SEPTEMBER 2024

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 24 SEPTEMBRE 2024

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 11 et présidée par M. Patrick Prévot.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.11 uur en voorgezeten door de heer Patrick Prévot.

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

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

Le **président**: Les questions jointes n° 56000039C de M. François De Smet, n° 56000046C de Mme Caroline Désir et n° 56000072C de Mme Sofie Merckx sont reportées.

01 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les violations de la loi de 1977 relative à l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs" (56000042C)

01 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Overtredingen van de wet van 1977 inzake het verbod op de verkoop van alcohol aan minderjarigen" (56000042C)

01.01 **François De Smet** (DéFI): Monsieur le ministre, en application de la loi du 24 janvier 1977, il est illégal de vendre, servir ou offrir de l'alcool à des mineurs, à l'exception des bières et des vins qui peuvent être servis à des jeunes âgés de 16 ans et plus. Depuis le 1^{er} juillet 2024, la loi modifiée permet également l'interdiction de vente d'alcool via les distributeurs automatiques dans les hôpitaux entre 22 h et 7 h du matin, dans les stations-services ainsi que le long des voies rapides. Cette loi a donc plus de 50 ans d'existence.

Le SPF Santé a pourtant mené tout récemment des contrôles – en faisant appel à des jeunes qui ont joué le rôle de clients et ont pu se procurer de l'alcool sans aucun problème – et il en est arrivé à la constatation que pas moins de 80 % des commerçants et restaurateurs transgressent cette règle.

Suite à cette communication, l'alcoologue réputé Martin de Duve a mis en évidence les ambiguïtés de la législation ainsi que la nécessité d'en revoir les modalités car elle serait inadaptée aux comportements de la jeunesse actuelle face à la consommation d'alcool.

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande d'interdire tout type d'alcool aux moins de 18 ans. En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir si cette enquête va faire l'objet d'analyses plus approfondies au sein de ses services et si des instructions seront communiquées afin d'intensifier le contrôles et finalement – même si nous sommes en affaires courantes – si des modifications législatives sont envisagées en dépit de la réforme toute récente de 2024?

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur De Smet, à la suite des résultats de l'enquête menée par le SPF Santé publique concernant le non-respect massif de la législation sur la vente d'alcool aux mineurs, je peux vous assurer que des analyses plus approfondies seront poursuivies par mes services. Il importe de comprendre les raisons sous-jacentes à ces infractions, malgré une loi entrée en vigueur voici plus de 50 ans. Mes services vont donc examiner plus en détail pourquoi 80 % des commerçants et des restaurateurs continuent de transgresser cette loi et vont aussi évaluer les moyens d'en améliorer l'application. En tout cas, je prévois de convoquer les fédérations commerciales concernées pour qu'elles s'expliquent et prennent des mesures en vue de mieux sensibiliser leurs membres.

J'ai bien évidemment l'intention d'intensifier les contrôles. Des directives spécifiques seront prises pour viser les périodes de congé scolaire ainsi que les moments où la présence des jeunes est plus importante, par exemple avant et après l'école, le mercredi après-midi ainsi que le voisinage des établissements scolaires. En mettant l'accent sur une approche basée sur le risque, mes services veilleront à planifier ces contrôles afin d'en maximiser l'impact.

En ce qui concerne la participation des jeunes, je réfléchis à offrir aux élèves de troisième secondaire des stages de *mystery shopper*, tout au long de l'année scolaire. Cela permettrait de multiplier ces contrôles, de les répartir de manière régulière et de sensibiliser les jeunes à l'importance de cette législation.

Enfin, dans les années à venir, mes services vont progressivement renforcer ces contrôles et appliquer des sanctions exemplaires. Des fermetures de commerces en infraction pourront être envisagées pour envoyer un message fort et dissuader de futurs abus. Il est essentiel que cette loi évolue avec les comportements actuels des jeunes. Et nous continuerons à œuvrer en ce sens.

S'agissant de votre troisième question, il convient de se référer au plan de mise en œuvre de la stratégie interfédérale relative à l'usage nocif de l'alcool. Les mesures qu'il contient sont le fruit de discussions politiques. Certaines de ces dispositions sont déjà inscrites dans la loi: la clarification des limites d'âge de 16 et 18 ans dans le cadre de la vente d'alcool et l'interdiction d'une commercialisation de l'alcool notamment dans les distributeurs automatiques, les hôpitaux et les stations-services le long des voies rapides entre 18 h et 7 h.

La stratégie fera l'objet d'une révision en 2025. À cette date, un dialogue politique devra avoir lieu en vue d'introduire éventuellement des nouvelles mesures dans le plan alcool. Les avis rendus par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS), entre autres, seront pris en compte lors de ces discussions.

01.03 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse très complète. Je ne peux que vous encourager à mener cette étude avec les secteurs concernés, notamment le secteur horeca dans lequel on constate cette transgression massive. Ils seront nécessairement des alliés de la solution.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 56000061C de Mme Nawal Farih est reportée.

02 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les honoraires élevés des médecins" (56000070C)**

- **Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les honoraires élevés des médecins" (56000071C)**

02 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hoge artsenlonen" (56000070C)**

- **Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hoge artsenlonen" (56000071C)**

02.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik wil het graag hebben over het budget van de gezondheidszorg, meer bepaald over de hoge uitgaven voor de prestaties van artsen. Aan het einde van de zomervakantie kopte *De Standaard* dat bijna 11.000 artsen meer dan 250.000 euro per jaar aan de gezondheidszorg factureren, een serieuze hap uit het budget. Ongeveer 30 % van de uitgaven voor de gezondheidszorg gaat naar artsenlonen. Er is een stijgende trend, die onder uw beleid een hoogtepunt bereikte. Het RIZIV gaf in 2023 meer dan 10 miljoen euro uit aan artsenlonen.

Aangezien het budget van de sociale zekerheid onder druk staat, is het zeer belangrijk om daarover een maatschappelijk debat te voeren. Het probleem is de prestatiegeneeskunde, met de gebrekkige ziekenhuisfinanciering. Artsen worden nu per prestatie betaald, dus hoe meer scans, operaties en controles, hoe meer inkomsten. Ik ben zelf spoedarts en ik kan getuigen dat de ziekenhuizen te weinig

geld van de overheid krijgen, waardoor ze de artsen onder druk zetten om meer prestaties te verrichten om meer geld in het laatje te brengen. Dit resulteert in zeer hoge facturen voor de sociale zekerheid, overconsumptie in de zorg, dure facturen voor de patiënten en wachtlijsten; kortom, slechte geneeskunde.

Voor ons is het duidelijk dat we van dit systeem moeten afstappen. Wij willen een deftige financiering voor de ziekenhuizen enerzijds en anderzijds een goede verloning voor de artsen, geen verloning per prestatie, maar een vast loon, zoals in de universitaire ziekenhuizen. Ik was dus ook teleurgesteld door uw reactie op het in *De Standaard* gepubliceerde onderzoek. U verklaarde de nomenclatuur te willen herzien en laat dit onderzoeken, maar u stelt de prestatiegeneeskunde op zich niet in vraag. U hebt ook niets gezegd over de sterke toename van de totale uitgaven aan artsen in de voorbije jaren en de grote hap uit het budget die dit vormt. Ondertussen onderhandelt de toekomstige arizonacoalitie over een besparing van 320 miljoen euro in de zorg.

Ik heb dan ook enkele vragen voor u. Is het onderzoek om de nomenclatuur in kaart te brengen al gestart? Wie voert dat uit en wat zult u met de resultaten doen? Bent u bereid om ook verder dan de nomenclaturen te kijken? Geloof u dat de prestatiegebonden financiering in de zorg een duurzame toekomst biedt voor de ziekenhuizen en de sociale zekerheid? Bent u bereid alternatieven te overwegen? Wat is uw mening over een financieringssysteem dat losstaat van het aantal prestaties, waarin dokters een vast, weliswaar zeer goed loon wordt uitbetaald, zoals dat vandaag bijvoorbeeld al in Noorwegen en in onze universitaire ziekenhuizen gebeurt?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Eggermont, welkom in deze commissie. Ik zal kort reageren op uw vraag, die eigenlijk het onderwerp is van een breed debat dat wij hier al heel vaak gevoerd hebben.

Ik meen dat wij de financiering van de gezondheidszorg, met name in de ziekenhuizen, en de ziekenhuisfinanciering zeer grondig moeten herzien. De reden is dat de huidige ziekenhuisfinanciering niet alleen totaal ondoorzichtig is, maar ook dat zij aanzet tot overconsumptie en overproductie. Dat ligt in de aard van het financieringssysteem. Bovendien is het financieringssysteem nu vaak ook de bron van conflicten tussen artsen en ziekenhuisbeheerders, terwijl ik meen dat wij naar een model van samenwerking en echt overleg moeten gaan.

Waarom is dit vandaag het geval? Wel, omdat wij in de nomenclatuur van de medische prestaties eigenlijk een vergoedingssysteem hanteren dat zowel voor de werkingskosten van het ziekenhuis als voor de vergoeding van de artsen instaat. Daar moeten wij van af. Wij moeten dat opsplitsen. Wij moeten een zuivere verloning hebben voor het intellectuele werk, de inzet en de verantwoordelijkheid van de artsen, en los daarvan een correcte, transparante en voldoende financiering van de werking van het ziekenhuis, voor de uitrusting die nodig is, de materialen die verbruikt worden en de omkadering met ander personeel, bijvoorbeeld de verpleegkundigen, de technologen enzovoort.

De financiering van de ziekenhuizen moet gebaseerd zijn op de behoeften van de patiënten, niet op het aantal prestaties. Als wij slagen in die hervorming zullen wij paal en perk stellen aan de heersende prestatiedruk door de nood aan betaling van de uitrusting in de ziekenhuizen en de werkingskosten.

Bovendien, als wij een zuivere nomenclatuur maken waarbij men via de nomenclatuur louter het werk van de artsen vergoedt en niet de uitrusting die nodig is, zal de vraag rijzen wat de correcte vergoeding is voor een pediater, een psychiater, een nefroloog, een radioloog, een orthopedisch chirurg enzovoort. Dat debat zal dan open en bloot op tafel komen. Ik meen dat dat debat moet leiden tot een correctere, billijkere en transparante vergoeding van de artsen.

Het gaat ook over rechtvaardigheid tussen artsen onderling. Wij moeten dat bereiken via deze zuivere nomenclatuur. Alle artsen in loondienst nemen, is niet het antwoord. Dat is in België niet mogelijk en wenselijk. Het antwoord is een correct en zuiver vergoedingssysteem.

Er loopt daaromtrent een zeer grondige analyse. Die werd opgestart in 2019. Wij doorploegen alle nummertjes van de medische nomenclatuur en hebben al meer dan 70 % ervan behandeld. Wij hebben ook een werkgroep die zich bezighoudt met correcte vergoedingen voor consultaties. Wij voeren zeer grondig onderzoek naar de werkelijke kosten van de ziekenhuizen.

Al dat analytisch materiaal moet op tafel liggen tegen het einde van dit jaar. Dan moeten wij in staat zijn om eindelijk de overgang te maken. Dat zal nog een intensief en moeilijk onderhandelingsproces zijn en het zal een lange implementatie vragen. Wij moeten dan de overgang kunnen maken naar een ziekenhuisfinanciering gebaseerd op de behoeften van de patiënten die er verblijven en een correcte vergoeding van de artsen-specialisten, op basis van de intellectuele inzet, de arbeid, de verantwoordelijkheidszin en de tijd die ze nemen voor hun werk.

Die analyse zal in principe tegen het einde van het jaar klaarliggen. Wij hebben er drie jaar aan gewerkt. Dan start een zeer omvangrijke hervorming, die ook het probleem van de enorme verschillen in verloning tussen artsen moet aanpakken.

02.03 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik ben blij te horen dat u de ziekenhuisfinanciering wilt herzien. Wij vragen ook om de financiering van de ziekenhuizen effectief te versterken, zodat zij niet meer afhankelijk zijn van die hoge artsenlonen.

Het is wel jammer dat u het prestatiesysteem niet in vraag stelt en alleen zegt dat u denkt dat het niet mogelijk is om dat te herzien in België. U geeft daar eigenlijk geen echte redenen voor. In de universitaire ziekenhuizen werken artsen nu al voor een vast loon. Waarom wilt u dat niet toepassen in de rest van België? Dat is mij niet duidelijk. In andere Europese landen wordt dat wel toegepast.

U blijft vasthangen aan dat prestatiesysteem. Dat is zeer jammer, want artsen willen gewoon samen met andere artsen goed zorgen voor hun patiënten. Ons financieringssysteem duwt artsen naar prestaties, prestaties, prestaties. Dat is slechte geneeskunde. De politiek moet ervoor zorgen dat preventie centraal staat en dat de uitgaven binnen de perken blijven. Wij moeten af van die prestatiegeneeskunde.

Le **président**: Je ne serai pas coutumier du fait, mais, vu que M. le ministre demande à ajouter un élément de précision, je lui accorde. Vous aurez ensuite, madame la députée, le dernier mot, si vous le souhaitez.

02.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik moest inderdaad nog een deel van mijn antwoord geven, waarvoor mijn verontschuldiging.

Ik wil dus nog iets zeggen over de prestatiegeneeskunde *as such*. Ik geloof niet dat er een keuze moet worden gemaakt tussen alle artsen in loondienst laten werken of een zuivere prestatiegeneeskunde. De prestatiegeneeskunde moet wel geëvalueerd worden, omdat ze geen goed antwoord geeft op een aantal uitdagingen. Dat betekent echter niet dat die volledig van tafel geveegd moet worden.

Voor de zware medische beeldvorming wil ik inderdaad naar een populatiegebaseerde financiering, geen prestatiegeneeskunde meer. Voor de huisartsengeneeskunde pleit ik voor een vrijwillige verschuiving naar een model waarin er een veel groter deel praktijkondersteuning is, dat dus minder afhankelijk is van het aantal prestaties. Ik volg u daar dus in, maar het doen evolueren van de prestatiegeneeskunde is niet synoniem aan artsen in loondienst nemen. Dat is nog iets anders.

02.05 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is fijn om te zien dat we elkaar tegemoetkomen. Het grote debat gaat echter over de basis van de financiering van de artsen. Sommige mensen stellen ook een soort cappuccinomodel voor, waarin de basis een vast loon is en er nog extra lagen bovenop komen. Artsen kunnen bijvoorbeeld extra verloond worden indien hun patiënten gezonder blijven. Dat is ook een systeem waarnaar we kunnen evolueren. De betaling per prestatie leidt nu echter tot overconsumptie en slechte geneeskunde. Ik hoop dus dat we in die zin kunnen evolueren.

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

Le **président**: La question n° 56000076C de Mme Désir est reportée.

03 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "CareConnect" (56000132C)

03 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "CareConnect" (56000132C)

03.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

De jaarlijkse verlenging met een opzegtermijn van minimum drie maanden bij CareConnect, een softwareleverancier voor o.a. huisartsen, verpleegkundigen, tandartsen,... wordt door veel hulpverleners als problematisch ervaren. Andere dienstverleners zoals internetproviders en energieleveranciers, hanteren niet alleen kortere opzegtermijnen (één of twee maanden). Het contract is eveneens steeds onmiddellijk opzegbaar mits het respecteren van de redelijke opzegtermijn.

Ik had hierover de volgende vragen:

Waarom zijn er in de zorgsector, specifiek voor medische software zoals CareConnect, langere opzegtermijnen dan bij andere dienstverleners zoals internetproviders en energieleveranciers?

Bent U voorstander voor betere voorwaarden voor artsen die van medische softwareleverancier willen wisselen?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, de softwarepakketten van de meeste gezondheidszorgverstrekkers zijn gebonden aan registratiecriteria, onder meer met betrekking tot de structuur en de inhoud van de dossiers, de gegevensinvoer, de gebruikersinterface, de interoperabiliteit en de informatieveiligheid. Die criteria bevatten ook thema's die in de desbetreffende contracten moeten worden opgenomen.

In het kader van de interoperabiliteit is een import-exportformaat vastgelegd aan de hand waarvan elektronische dossiers tussen de geregistreerde softwarepakketten kunnen worden uitgewisseld. Daardoor kan een gezondheidszorgverstrekker die van softwarepakket wenst te veranderen, haar of zijn gegevens van het ene pakket naar het andere overzetten.

Onder de coördinatie van het eHealthplatform wordt de naleving van de registratiecriteria getest. Voor een aantal criteria is daartoe in een testomgeving voorzien. De resultaten van de testen worden gepubliceerd op het eHealthportaal met de aanduiding per softwarepakket van de registratiecriteria waaraan het voldoet. Op die manier zijn de gezondheidszorgverstrekkers goed geïnformeerd over de keuze van het softwarepakket.

Het staat elke verstrekker vanzelfsprekend vrij een softwarepakket te kiezen. Elke softwareleverancier bepaalt in de licentieovereenkomst de opzegtermijn. Wanneer een verstrekker van softwarepakket wenst te veranderen, moet hij of zij alle elektronische patiëntendossiers naar het nieuwe pakket overzetten. Dat houdt voor die verstrekker heel wat meer werk in dan bij het veranderen van internetprovider of energieleverancier, de voorbeelden die u in uw vraag aanhaalt.

Tijdens de overzetting kan het zeer nuttig zijn dat hij of zij nog een beroep kan doen op de ondersteuning van de softwareleverancier die hij verlaat. In dat kader lijkt een opzegtermijn van drie maanden eigenlijk niet zo ongewoon.

03.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

U zegt dat men een opzegtermijn van drie maanden moet respecteren voor men CareConnect kan beëindigen en dat men, als men dat niet doet, onmiddellijk een jaar langer gebonden is. Ik begrijp dat het veel werk is om al die gegevens over te zetten, vandaar dat ik verwees naar internetproviders en andere dienstverleners.

Waarom moeten al die zorgverleners zelfs met een opzegtermijn van drie maanden een jaar langer gebonden blijven aan CareConnect? Daar zijn enorm veel klachten over. Op die vraag heb ik geen antwoord gekregen. CareConnect heeft een soort monopoliepositie, waarbij het bedrijf eender wat kan opleggen aan de zorgverstrekkers. Dat is het probleem. Ik had het niet zozeer over de opzegtermijn van drie maanden, maar wel over de verlenging met een jaar die er automatisch bij komt.

Heb ik u goed begrepen wanneer u zegt dat u geen voorstander bent van betere voorwaarden of een verkorting van die termijn? Of zie ik dat verkeerd?

03.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: U ziet het goed.

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

04 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Giftige metalen in tampons" (56000138C)

04 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Des métaux toxiques dans les tampons" (56000138C)

04.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Een groep Amerikaanse onderzoekers heeft onderzocht of tampons metalen bevatten. Ze bekeken 16 metalen in 30 tampons van 14 merken en 18 productlijnen, verkocht in verschillende regio's in de Verenigde Staten, Europese Unie en Verenigd Koninkrijk. In alle onderzochte tampons vonden ze minstens 12 van deze metalen, waaronder ook giftige metalen zoals lood, cadmium en arseen. Er werd in deze studie geen 'betere' tampon gevonden. Alle tampons bevatten allerlei metalen, met kleine verschillen afhankelijk van waar de tampons werden gemaakt (VS, EU of VK) en/of het materiaal: biologisch (meer arseen) versus niet-biologisch (meer lood). Er is tot nu toe geen bewijs dat metalen in het lichaam terechtkomen, maar experts pleiten voor meer onderzoek en willen een strengere regelgeving voor het productieproces van tampons. Tampons worden al lang veilig gebruikt, maar verder onderzoek is nodig om mogelijke risico's uit te sluiten.

Vandaar mijn volgende vragen:

Gezien de bevindingen dat er giftige metalen in tampons zijn aangetroffen, wat is uw reactie op de huidige regelgeving die onvoldoende controle uitoefent op de aanwezigheid van schadelijke stoffen in menstruatieproducten?

Hoe ziet u als minister uw verantwoordelijkheid in het stimuleren van strengere wetgeving in de EU die fabrikanten verplicht om transparanter te zijn over de ingrediënten in tampons, inclusief de mogelijke aanwezigheid van metalen?

Er is tot nu toe geen bewijs dat deze metalen daadwerkelijk in het lichaam terechtkomen via tampon gebruik. Bent u van plan om onafhankelijk onderzoek te eisen om de potentiële gezondheidsrisico's van deze blootstelling verder te evalueren?

Zal u als minister van Volksgezondheid de controles aanscherpen op het productieproces van tampons, om te voorkomen dat schadelijke metalen, bewust of onbewust, in deze producten terechtkomen tijdens het fabricageproces?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, u brengt een wetenschappelijk artikel over zware metalen in tampons onder mijn aandacht, waarvoor dank.

Wat de controle op de bestaande regelgeving betreft, kan ik bevestigen dat, hoewel we tampons niet als medische hulpmiddelen beschouwen, zij toch onder ons markttoezicht vallen. Tijdens de laatste campagne in 2018 werd een selectie van biologische residuen onderzocht in meerdere partijen tampons van verschillende merken die op de Belgische markt worden verkocht. Bepaling en kwantificering van zware metalen zouden zeker kunnen worden toegevoegd in het kader van een toekomstige campagne die specifiek op tampons is gericht. Zware metalen zijn ook onderworpen aan inspectiecampagnes die op bestaande wetgevingen zijn gebaseerd.

Mijn administratie, die verantwoordelijk is voor de bescherming van de gezondheid van mens en milieu, heeft bij de Europese Commissie ook gelobbyd om prioriteit te geven aan de regulering van kankerverwekkende, mutagene en/of reprotoxische stoffen in artikelen voor persoonlijke hygiëne, zoals tampons, inlegkruisjes en maandverbanden, met verwijzing naar de REACH-reglementering van de

Europese Commissie. Wij kaarten dus ook op Europees niveau aan dat het om een belangrijke prioriteit gaat.

Momenteel bestaat er evenwel geen bewezen risico met betrekking tot de mogelijke aanwezigheid van metalen in tampons op de Belgische markt. Toch heeft mijn administratie proactief uitgewisseld met EDANA, die de sector van de non-wovens vertegenwoordigt, om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen in de sector op dat gebied.

04.03 Katleen Bury (VB): Dank u voor uw antwoord, dat in de lijn ligt met wat ik hoopte. Er zijn momenteel geen bewijzen en hopelijk krijgen we op termijn geen slechter nieuws. Het is zeer belangrijk dat het onderzoek wordt voortgezet.

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

05 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het zorgcongres en het globaal plan van aanpak" (56000139C)

05 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le congrès dédié aux soins et le plan d'approche global" (56000139C)

05.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de ingediende vraag.

Op het recente jaarlijkse zorgcongres werden zeven kritieke thema's aangekaart, waarbij de zorgsector de alarmbel luidde. Deze thema's omvatten onder andere het nijpende personeelstekort, de toename van de administratieve lasten, de financiële druk op zorginstellingen, en de vraag naar betere samenwerking tussen verschillende zorgactoren. Daarnaast werd gewezen op de noodzaak van een efficiëntere zorgorganisatie, meer focus op preventieve zorg en digitalisering, en de hoge werkdruk die het risico van burn-out verhoogt binnen de sector.

1. Welke concrete maatregelen neemt de overheid om het personeelstekort in de zorg op te lossen en het beroep aantrekkelijker te maken, bijvoorbeeld door betere arbeidsvoorwaarden?

2. Hoe gaat de overheid de administratieve last in de zorgsector verminderen, zodat zorgverleners meer tijd kunnen besteden aan patiënten in plaats van papierwerk?

3. Gezien de financiële druk op veel zorginstellingen, is de overheid van plan om de financiering van ziekenhuizen en woonzorgcentra te herzien om hen duurzamer te ondersteunen?

4. Welke stappen onderneemt de overheid om de samenwerking tussen ziekenhuizen, thuiszorg en andere zorgactoren te verbeteren en zorgprocessen efficiënter te maken?

5. Op welke manier kan de overheden meer investeren in preventieve gezondheidszorg, om zo op lange termijn de druk op de ziekenhuizen te verlichten?

6. Wat zijn de plannen van de overheid om de digitalisering van zorginstellingen te versnellen, zodat de zorg efficiënter wordt en de administratieve last wordt verlaagd?

7. Gezien de toenemende werkdruk in de zorg, welke initiatieven worden genomen om burn-outs te voorkomen en de mentale gezondheid van zorgverleners te ondersteunen?

8. Zorgnet-Icuro stelt dat meer dan de helft van de ziekenhuizen afhankelijk is van dure interim-krachten. Welke structurele maatregelen wilt de overheid nemen om dit probleem op te lossen?

9. Zijn er specifieke acties gepland om de lasten van registraties en bureaucratie te verlagen, zoals het terugdringen van onnodige regelgeving?

10. Hoe denkt u de financiële levensvatbaarheid van kleinere zorginstellingen te waarborgen, gezien hun kwetsbaarheid binnen het huidige zorgsysteem?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, het gaat om een lange lijst van heel erg brede

vragen, waarvoor ik eigenlijk een hele beleidsnota op tafel zou moeten leggen. U zult begrijpen dat ik een en ander relatief kort en samenvattend zal doen teneinde binnen de spreektijd te blijven.

Op de eerste vraag zou ik willen antwoorden dat wij in de voorbije regeerperiode belangrijke initiatieven hebben genomen om de personeelsomkadering rond het bed in de ziekenhuizen te verbeteren, namelijk via het Zorgpersoneelsfonds. Wij hebben echter ook de aantrekkelijkheid van het zorgberoep verbeterd. Ik denk daarbij aan het sociaal akkoord, waarbij wij het IFIC zijn beginnen te implementeren, en aan maatregelen die in het IFIC zaten en die meer op de kwaliteit van de arbeidsvoorwaarden waren gericht. Ik denk bijkomend aan de invoering van een complement voor gespecialiseerde verpleegkundigen. Ik denk echter ook aan wat wij zijn gestart als een heel breed hervormingsverhaal rond de hervorming en herwaardering van het verpleegkundig beroep. Ik ga niet in detail, maar dat is, kort samengevat, een deel van het antwoord op uw eerste vraag.

Ik heb samen met de sociale partners van de gezondheidssector en in overleg met de beroepsorganisaties ook een toekomstagenda voor de zorgsector uitgewerkt, die gericht is op initiatieven die op middellange termijn de voorspelde nood aan zorgpersoneel moeten opvangen. U vindt daarover elders meer details.

Uw tweede vraag ging over administratieve lasten. Sta mij toe mij eerst te concentreren op wat wij federaal doen op het niveau van de ziekenhuizen. Wij zetten al tien jaar in op het verminderen van de administratie in de verschillende registraties die door onze federale FOD worden gevraagd.

In het kader van het eGezondheidsplan worden de projecten uitgewerkt. Wij werken er ook aan om informatie op een veel meer gestructureerde manier in de elektronische patiëntendossiers te krijgen, zodat de administratie vervolgens tot een minimum kan worden beperkt. Wij kijken in dat verband naar het Only Once-principe.

Ik wil echter wel opmerken dat, zelfs al wordt geprobeerd een en ander te rationaliseren en eenvoudiger te maken, een goed ingevuld elektronisch patiëntendossier noodzakelijk blijft voor de kwaliteit van de zorg. Ik begrijp natuurlijk dat door een verpleegkundige het registreren van de gegevens als een administratieve last wordt gezien. Dat is echter niet een last voor de overheid maar voor de zorg van de patiënt. Dat is dus een moeilijke evenwichtsoefening.

Het Zorgpersoneelsfonds heeft ook toegelaten bijkomend mensen aan te werven die het zorgpersoneel en ook ander personeel ondersteunen, zodat bijvoorbeeld verplegenden meer tijd kunnen besteden aan het daadwerkelijk verzorgen van patiënten en minder tijd moeten spenderen aan administratieve taken.

We hebben de voorbije regeerperiode ook gezocht naar andere hervormingen die meer ruimte creëren voor het inzetten van zorgondersteuners. Ik denk onder meer aan wat we hebben gedaan rond het concept Activiteiten van het dagelijks leven (ADL).

Wat betreft het verhaal van de digitalisering, we hebben een groep laten werken aan het concept Belgian Integrated Health Record (BIHR). Dat is een opvatting over hoe een medisch dossier er moet uitzien. Onze vraag daarbij was om het concept van medische dossiers zodanig uit te werken dat er heel tastbare voordelen zijn voor iedereen die bij de zorg is betrokken, onder wie de zorgverleners en natuurlijk ook de burgers.

Wat betreft uw derde vraag over de financiering van de ziekenhuizen en de woonzorgcentra, woonzorgcentra vallen niet onder mijn bevoegdheid, ziekenhuizen wel. Ik denk dat wij moeten hervormen in de financiering. Ik heb het daarover al gehad met uw collega Eggermont, maar het is ook hervormen en investeren. We hebben de voorbije jaren een heel sterke expansie van de ziekenhuisbudgetten mogelijk gemaakt. We zullen daarin verder moeten blijven investeren, maar de wijze waarop die financiering wordt verdeeld over en toekomt in de ziekenhuizen, zal heel grondig moet worden hervormd.

Wat betreft de samenwerking, mevrouw De Knop heeft nog een vraag over de netwerken en de samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen, dus ik zal daar straks op terugkomen. Heel concreet en in het verlengde van wat ik daarnet zei over het elektronisch patiëntendossier, in het kader van de digitalisering van ons actieplan eGezondheid, van onze plannen rond *health data*, het gebruik onder

meer van Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) en van de *data capabilities* en innovatieprojecten, zetten we heel sterk in op samenwerking en integratie tussen zorglijnen en het functioneren van multidisciplinaire equipes.

Dat betekent onder andere dat men systemen interoperabel moet maken en dat gestandaardiseerde structurering en codering van gezondheidsdata nodig zijn en er uitwisselingsmechanismen moeten worden voorzien.

Het ontwerp van samenwerkingsakkoord tussen eHealth en BelRAI, waarvoor al een advies van de GBA en de Raad van State is ontvangen, legt daarvoor de interfederale basis. Het is ook heel belangrijk dat we nu op Europees niveau een principieel akkoord hebben en er wetgeving komt rond de Europese ruimte voor gezondheidsdata. We maken zo vlot, goed en veilig gebruik van gezondheidsdata op Europees niveau mogelijk.

Uw vijfde vraag ging over preventie. Ik zal daar zeer kort op antwoorden. Ja, ik ben zelf steeds meer overtuigd. We moeten veel kordater en forser inzetten op preventie. Voeding, tabak, alcohol en gokken zijn allerlei zaken waaraan mensen verslaafd kunnen raken. Ze kunnen zich ook een zeer ongezonde levensstijl eigen maken. Indien men daarop inwerkt, zal men in de toekomst veel minder druk hebben op de zorg. Daar ben ik diep van overtuigd.

U vroeg ook of ik de digitalisering van de zorg ondersteun en wil versnellen. Ja, ik wil dat. Ik verwijs ook naar de 15 *data capabilities projects* die geselecteerd zijn. De resultaten daarvan moeten voor eind 2025 beschikbaar zijn en we trekken daarvoor 20 miljoen euro uit. Ik verwijs eveneens naar de 26 projecten die geselecteerd zijn om innovatie in de ziekenhuizen te bevorderen. Daarvoor trekken we ook nog eens 20 miljoen euro uit. We ondersteunen die noodzakelijke digitalisering en innovatie dus ook daadwerkelijk met budgettaire middelen.

Ik zal nu antwoorden op uw zevende vraag over burn-out. Ik heb daarnet al aangegeven dat het verbeteren van werkomstandigheden en het verminderen van werkdruk ter harte worden genomen via het Zorgpersoneelsfonds en de hervorming van het verpleegkundig beroep, maar ook door de visie die we ontwikkelen rond digitalisering. Daarnaast hebben we een initiatief genomen om burn-out, met name van personeel in de ziekenhuissector, preventiever aan te pakken. We willen er namelijk voor zorgen dat burn-out snel wordt opgepikt en niet ernstiger wordt. Dat is een interessant project van Fedris.

Wat interimis betreft, wij moeten er gewoon voor zorgen dat ziekenhuizen op een soepele manier kunnen omgaan met het zorgpersoneel. Dat vereist hervormingen op het vlak van taakdifferentiatie, taakverschuiving en samenwerking binnen het zorgpersoneel. Dat is dan ook precies de hervormingsagenda van het verpleegkundig beroep waarnaar ik verwees.

U stelde opnieuw vragen over bureaucratie en registraties. Daar heb ik eigenlijk al op geantwoord.

U stelde ook een vraag over kleine zorginstellingen. Ik meen dat wij vooral moeten nadenken over samenwerking tussen de instellingen. De vraag is dus of samenwerking tussen de instellingen ook de leefbaarheid van kleine instellingen kan verhogen. Dat zou een van de doelstellingen moeten zijn. Ziekenhuizen moeten anderzijds hoe dan ook wel een minimale schaal hebben om efficiënt en kwaliteitsvol te kunnen werken.

Ziedaar in vogelvlucht mijn antwoorden op de vele vragen.

Le **président**: Merci, monsieur le ministre. Je sais que nous nous mettons tous en jambes lors de cette première commission. Je voudrais cependant demander aussi bien au ministre qu'aux députés de bien vouloir respecter le temps de parole, c'est-à-dire deux minutes par question et deux minutes par réponse.

Je sais, monsieur le ministre, qu'il y avait à l'instant beaucoup de sous-questions mais je pense que nous en ressortirons tous gagnants. Cela permettra à la fois d'éviter des frustrations, mais aussi pour vous, monsieur le ministre, un arriéré de questions comme vous l'avez connu lors de la précédente législature à cause de ces longs débats. Essayons donc de respecter le plus possible ces débats.

05.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik ben het er niet helemaal mee eens dat u vanaf de

eerste commissievergadering de regels zo streng wilt toepassen. U moet wel weten dat het om belangrijke vragen gaat, zoals bijvoorbeeld over het zorgcongres, die het geheel overspannen.

Wij steken daar tijd in. Ik moet samen met veel collega's een inhaalbeweging maken met betrekking tot een aantal zaken die ik gewoon nog niet weet. Ik zal mij zo vlug mogelijk inwerken in de zaken uit de vorige regeerperiode. Ik dank daarom de minister ook om alles eventjes kort te overlopen, de belangrijkste punten aan te halen en een aantal deadlines te vermelden waarmee ik aan de slag kan. Zeker in de eerste vergaderingen is het niet gemakkelijk om meteen in te pikken op onderwerpen die toch wat uitleg behoeven.

Dank u wel, mijnheer de minister.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 56000145C van mevrouw Nawal Farih wordt uitgesteld.

06 **Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les messages sanitaires dans la publicité pour les boissons alcoolisées" (56000160C)**

06 **Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gezondheidswaarschuwing bij reclame voor alcoholische dranken" (56000160C)**

06.01 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, il y a plus d'un an, la stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028 et le plan d'action qui l'accompagne ont été adoptés. Le vingt-deuxième point de ce plan prévoit que, lorsqu'il est autorisé de faire du marketing pour l'alcool, il est obligatoire d'ajouter à chaque message un avis sanitaire rédigé par le SPF Santé publique sur la base de données probantes. L'entrée en vigueur de la réglementation et le contrôle sont prévus dès 2024.

Vous avez sollicité le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) pour qu'il donne un avis sur plusieurs mesures contenues dans le plan. Dans cet avis qui date de mars 2024, le CSS recommande d'interdire complètement le marketing lié à l'alcool et, en attendant cette interdiction, il préconise l'ajout d'un message d'avertissement sanitaire afin de mieux faire connaître les risques de la consommation d'alcool. Il donne des recommandations sur la forme et le contenu de ces messages d'avertissement et estime que les avertissements sanitaires ne peuvent en aucun cas être élaborés par ou avec l'ingérence de l'industrie de l'alcool (pas d'autorégulation).

Or, on peut lire sur le site du Jury d'Ethique Publicitaire (JEP) qu'en février 2024, les signataires de la convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool (c'est-à-dire notamment les acteurs du secteur de l'alcool) ont lancé un nouveau message qui doit figurer dans les communications commerciales pour les boissons contenant de l'alcool depuis le 1^{er} juillet 2024 (avec une période d'adaptation jusqu'au 1^{er} janvier 2025).

Monsieur le ministre, pourriez-vous faire un état des lieux de la situation? Où en est la mise en œuvre du plan alcool au sujet des messages sanitaires? Quelles suites avez-vous données ou comptez-vous encore donner à l'avis du CSS? Est-ce que la date de 2024 prévue dans la stratégie interfédérale pour cette réglementation et les contrôles sera bien respectée? Comment s'articulent l'engagement du plan alcool et la démarche prise par le secteur des alcooliers, sachant que le CSS refuse toute autorégulation?

06.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Gatelier, à l'issue de la stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028 et du plan d'action qui l'accompagne, un projet d'arrêté royal a été rédigé intégrant les points suivants: les quatre dispositions prévues à l'article 11, § 2 de la convention qui concerne les mineurs, le contrôle de ces dispositions par le SPF Santé publique, l'interdiction d'offrir gratuitement des boissons contenant de l'alcool dans le cadre d'une campagne promotionnelle, sauf lorsque le consommateur achète une boisson contenant de l'alcool et dans le cadre de dégustations, et une disposition relative à l'obligation de prévoir des messages sanitaires pour toute publicité pour l'alcool.

À l'issue de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) de mars 2024 proposant plusieurs avis sanitaires et un système de rotation de ces avis, un projet d'arrêté ministériel reprenant les messages sanitaires et le système de rotation tel qu'identifié par le CSS a également été rédigé.

À la suite des discussions au sein du gouvernement, le dossier concernant la publicité pour l'alcool, c'est-à-dire le projet d'arrêté royal et d'arrêté ministériel, a été temporairement mis en suspens. Une fois le nouveau gouvernement formé, ce dossier sera remis sur la table. Le timing pour la reprise des discussions et la prise de décision sur ce dossier est donc dans les mains du prochain gouvernement.

Actuellement, le système d'autorégulation régit la publicité en matière d'alcool via la convention en matière de publicité et commercialisation des boissons contenant de l'alcool. L'adoption du nouveau slogan par le secteur des alcooliers relève de leur propre initiative et a été prise de façon indépendante en vue du remplacement du slogan actuel "Notre savoir-faire se déguste avec sagesse." Le slogan "L'abus d'alcool nuit à la santé" est basé sur l'avis du CSS de 2018. Dans son avis de mars 2024, le CSS a clairement indiqué qu'il souhaitait réviser la recommandation concernant le slogan tel que proposé en 2018. Le CSS dit que ce n'est pas seulement l'abus d'alcool qui est nocif mais toutes les formes de consommation d'alcool, y compris la consommation légère et modérée d'alcool.

Tant que le projet d'arrêté ministériel relatif aux messages sanitaires et le projet d'arrêté royal concernant la publicité ne seront pas adoptés, seuls le système d'autorégulation et le message des alcooliers sont d'application.

06.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Comme vous le savez, chez Les Engagés, la santé est une priorité et je sais que vous nous rejoignez sur cette longueur d'onde. Nous tenons vraiment à réduire les méfaits de l'alcool sur la santé de notre population, surtout des plus jeunes. Nous espérons donc qu'en attendant cette interdiction, une mesure d'information au consommateur sera bien évidemment respectée dans les plus brefs délais. Nous reviendrons certainement sur ce sujet ultérieurement, en particulier en ce qui concerne l'interdiction de toute vente de boissons alcoolisées aux personnes de moins de 18 ans.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les droits des patients mineurs" (56000161C)

07 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rechten van minderjarige patiënten" (56000161C)

07.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, la loi du 6 février 2024 modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit en son article 6 § 2 que "Le Roi peut, sur avis de la commission visée à l'article 16, préciser les règles relatives à l'application de la loi ou à l'application de droits spécifiques définis dans la présente loi à des professionnels des soins de santé et à des prestations de soins de santé à fixer par Lui afin de tenir compte de la nécessité d'une protection spécifique".

Lors des débats sur ce projet de loi, Mme Catherine Fonck avait regretté l'absence de réforme en matière de prise en considération des spécificités des patients mineurs, lesquels sont malheureusement trop souvent considérés comme des adultes en miniature. Vous aviez alors annoncé le lancement d'une étude universitaire sur les droits des enfants et des jeunes en tant que patients et aviez indiqué que vous alliez demander à la Commission fédérale Droits du patient d'examiner la question en se fondant sur cette étude universitaire.

Monsieur le ministre, je souhaite faire un état des lieux de la situation. Pourriez-vous nous éclairer quant à l'étude universitaire sur les droits des enfants et des jeunes en tant que patients? Cette étude a-t-elle été lancée? Si oui, à qui a-t-elle été confiée? Quelle est la mission précise des auteurs de cette étude? Comment va-t-elle se dérouler? Quelles en sont les modalités? Quand peut-on en espérer les résultats? Dans la négative, comptez-vous lancer cette étude dans les semaines qui viennent?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Un marché d'étude sur l'application des droits du patient à des groupes de patients vulnérables a bien été lancé avec un appel d'offres à remettre pour le 17 novembre 2023. Le marché d'étude s'inscrit dans le cadre de l'évaluation de la loi du 22 août 2022 relative aux droits du patient et porte en particulier sur la manière dont les droits du patient peuvent être mieux adaptés aux besoins de certains groupes de patients vulnérables. Le marché d'étude est parti du constat selon lequel les recommandations de la résolution parlementaire du 15 décembre 2022 en matière de droits du patient n'étaient à première vue pas toutes transposables en législation.

Afin de pouvoir quand même tenir compte de ces recommandations et commentaires, notamment en ce qui concerne les groupes de patients vulnérables, et compte tenu de l'article 3 § 2 de la loi relative aux droits du patient, il a été demandé dans le marché d'étude d'identifier la problématique exacte et de déboucher ensuite sur un certain nombre de recommandations politiques concrètes. Ceci doit avoir lieu au moins en ce qui concerne les patients mineurs et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, avec une attention particulière pour les patients concernés par le contexte de l'admission forcée.

La mission d'étude a été confiée à l'université de Gand, au centre d'expertise interdisciplinaire *Quality & Safety Ghent*, et a débuté en mars 2024. Le rapport final est attendu encore pour cette année.

07.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre. C'est un sujet qui nous tient à cœur et je suis sûr qu'il en est de même pour vous. Nous resterons attentifs à cette question des droits des patients mineurs, qui doivent faire l'objet d'une attention particulière. Cette réflexion doit être menée en concertation avec les acteurs de terrain concernés.

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

08 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het beleid inzake de (peri)menopauze" (56000181C)
08 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique en matière de (péri)ménopause" (56000181C)

De **voorzitter**: Dit is uw eerste vraag, mevrouw De Knop. Welkom in deze commissie.

08.01 Irina De Knop (Open Vld): Dank u, mijnheer de voorzitter.

Mijnheer de minister, ik had niet verwacht dat mijn eerste vergadering vrijwel alleen met u en de voorzitter zou doorgaan. Dat is jammer, want ik denk dat er toch een aantal heel relevante vragen op de agenda staan. Het getuigt ook van respect voor de minister om hier aanwezig te zijn.

Mijnheer de minister, eind vorige legislatuur besliste u samen met de Vlaamse minister van Gelijke Kansen om een beleid rond de perimenopauze op te zetten. De bedoeling was in de eerste plaats om dit onderwerp bespreekbaar te maken, maar ook om initiatieven te nemen om te komen tot een correcte diagnose van de oorsprong van heel wat klachten zoals concentratieproblemen, slaapstoornissen, spierpijnen en gewichtsschommelingen.

Uit onderzoek in het Verenigd Koninkrijk blijkt dat veel vrouwen overwegen om hun job op te geven als gevolg van dit fenomeen. Ik heb zelf ook een onderzoek van Securex en professor Depypere gevonden, u wellicht bekend. Ook daaruit komen markante cijfers naar voren. Daaruit blijkt immers dat 86 % van de werkende vrouwen met menopauzeklachten kampt. 53 % van de vrouwen met menopauzeklachten ondervindt ook hinder op het werk en 61 % van de vrouwen die hinder op het werk ondervinden als gevolg van deze klachten heeft een verhoogde herstelbehoefte en zelfs drie keer meer kans om een burn-out te ontwikkelen.

Mijnheer de minister, wat is er inmiddels gebeurd met het beleid inzake de perimenopauze? Welke initiatieven zult u nog nemen met betrekking tot dit thema? Wordt ook onderzocht wat de impact is van de klachten verbonden aan de perimenopauze op de tewerkstelling van vrouwen? Welke maatregelen kunnen worden genomen om hieraan tegemoet te komen?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb inderdaad met minister Rutten het initiatief genomen om experts samen te brengen om het over de overgang en de menopauze te hebben. Het ging zowel over vroegtijdige detectie en adequate behandeling als over werkomstandigheden op maat, sensibilisering en het doorbreken van taboes.

De conclusies kunnen in zes actiedomeinen worden gegroepeerd. Ten eerste is er het bespreekbaar maken van dit onderwerp. Ten tweede is er de deskundigheidsbevordering. Ten derde moet er voldoende tijd worden voorzien voor het gesprek in de behandeling van vrouwen die een ernstige impact ondervinden van de overgang en de menopauze, met voldoende aandacht in de eerstelijnszorg. Ten vierde is er de financiering van onderzoek naar de impact van de overgang en de menopauze. Ten vijfde is er de rol van de arbeidsartsen. Ten zesde moet ervoor worden gezorgd dat voldoende aandacht wordt besteed aan de verschillende levensfasen en de impact daarvan op de werkvloer.

Voor concrete acties werd er onder meer verwezen naar ondersteuning van werkgevers via informatie en opleiding, groepssessies die informatie geven over de overgang en de menopauze, aanpassingen aan de werkplek of aan de uitoefening van de job in functie van de impact van de overgang of de menopauze en het opnemen van dat element in de doelstellingen, waarbij gestreefd wordt naar meer mental welzijn op de werkvloer en waarbij de verantwoordelijkheid ook niet volledig bij het individu kan worden gelegd. De werkgever, de leidinggevende, de collega's dragen ook voor een stuk de verantwoordelijkheid om een werkvloer te creëren waar iedereen kansen krijgt en waar iedereen gewaardeerd wordt. Dit zijn een aantal concrete voorbeelden die uit de rondetafelgesprekken met de experts naar voren zijn gekomen.

Het is mijn intentie deze voorstellen voor te leggen aan de bevoegde IMC's om zo het thema op de agenda te plaatsen op alle niveaus in ons land. Ondertussen organiseerde het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen op 30 mei een consensusvergadering rond de aanpak van de menopauze. Het rapport van die dag wordt nog gefinaliseerd en zal voornamelijk richtlijnen bevatten rond het geneesmiddelengebruik bij klachten van vrouwen. In de mate dat ik zelf betrokken ben bij de regeringsonderhandelingen zal ik dat ook daar ter sprake brengen.

08.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik ben blij te horen dat u in het kader van de regeringsonderhandelingen dit thema onder de aandacht wilt blijven brengen en zelfs mee wilt opnemen in het regeerakkoord.

Het is zeker ook een goede actie om dit voor te leggen aan de interministeriële conferenties.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende gebruik van slaap- en kalmeermiddelen bij jongeren" (56000182C)**

09 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation croissante de somnifères et de calmants chez les jeunes" (56000182C)**

09.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, u hebt wellicht ook in de pers gelezen dat het Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs als partnerorganisatie van de Vlaamse overheid een grootschalige bevraging heeft gelanceerd bij de leerlingen uit het secundair onderwijs over de thema's alcohol, medicatie, illegale drugs, gokken, gamen en sociale media.

Er werden, naar we hebben vernomen, 7.500 jongeren bevroegd. Uit de bevraging bleek onder andere dat het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen flink is toegenomen en is gestegen van 12 % in 2011-2012 naar 17 % in het schooljaar 2022-2023. Voor opwekkende medicatie zagen we dezelfde evolutie.

Er werden in dat verband opvallende vaststellingen gedaan, met name dat het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen hoger ligt naarmate de groep ouder wordt. We zien hetzelfde voor laatstejaarsgebruik. Het gebruik stijgt dus naarmate de jongeren ouder worden.

We stellen ook vast dat het gebruik bij meisjes aanzienlijk hoger is dan bij jongens, namelijk 20 % versus 13 %. Ondanks het feit dat er tussen de onderwijsvormen niet zo'n groot verschil zou mogen zijn, ligt het medicatiegebruik het hoogst in het technisch secundair onderwijs.

Het gebruik kan tot een vorm van verslaving leiden. We kennen ook het overmatig gebruik bij heel wat volwassenen en ouderen. Daartoe werd tijdens de vorige legislatuur een project opgezet met apothekers om het gebruik af te bouwen.

Ik las in de media dat er ook een studie zou zijn geweest van de KUL en van de Wereldgezondheidsorganisatie, waarin de link wordt gelegd met het feit dat veel jongeren – namelijk een op de vijf – zouden kampen met matige tot ernstige mentale problemen. Het ene is dus wellicht gelinkt aan het andere.

Ten eerste, mijnheer de minister, welke acties wilt u ondernemen om het gebruik van zowel slaap- als kalmeermiddelen en opwekkende middelen terug te dringen?

Ten tweede, het is duidelijk dat meisjes en jongeren in het technisch onderwijs vaker medicatie gebruiken. Kunt u op dat vlak specifieke maatregelen treffen voor die beide groepen?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Uit de cijfers waarover we beschikken, blijkt dat de artsen in België voorzichtig omgaan met het voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen en jongeren. Momenteel is er een onderzoek lopende van Sciensano naar het voorschrijfgedrag van huisartsen bij kinderen en jongeren van minder dan 23 jaar met betrekking tot psychofarmaca, waaronder slaap- en kalmeermiddelen en psychostimulantia. Ik kijk uit naar de resultaten van dat onderzoek. Slaap- en kalmeermiddelen zijn niet-terugbetaalde geneesmiddelen, waardoor we hieromtrent geen cijfers via het RIZIV ter beschikking hebben. We moeten dus gebruikmaken van andere bronnen.

Momenteel zijn er geen redenen om aan te nemen dat de huisartsen in het bijzonder ongepast slaap- en kalmeermiddelen voorschrijven aan kinderen en jongeren. Ik besluit daaruit dat we nu moeten voortwerken met de al lopende brede acties, met name het voortzetten van de sensibilisering en de vorming van artsen in het rationeel voorschrijven van onder andere slaap- en kalmeermiddelen en het aanmoedigen van niet-medicamenteuze interventies zoals een aangepaste levensstijl en de ondersteuning door een psycholoog bij slaapklaachten. We analyseren eveneens de mogelijkheden om aflevering van grote verpakkingen van slaap- en kalmeermiddelen te beperken. Dat onderzoek is nu binnen onze administratie lopende. Wat de psychostimulantia betreft, wil ik even wijzen op het online zorgpad ADHD dat we blijven promoten.

Vanuit het expertenplatform psychofarmaca BelPEP zal er gewerkt worden aan een nieuw Actieplan Psychofarmaca 2025-2028, dat aan de volgende minister van Volksgezondheid zal worden voorgelegd. Hierbij zal worden gekeken naar de resultaten van de recente campagne *Psychofarmaca: welke risico's lopen uw patiënten? Samen zorgen voor een gepast gebruik*. Die campagne liep van september 2023 tot en met juli 2024. Daarbij was er zowel aandacht voor een rationeel gebruik van slaap- en kalmeermiddelen als voor een gepast gebruik van psychostimulantia.

U verwees naar een breder onderzoek over mentaal welzijn bij jongeren. Dat is me bekend. Het betreft een belangrijk onderzoek. U weet dat we op federaal niveau massaal investeren in eerstelijnspsychologische ondersteuning, met name ook voor jongeren, opdat problemen vroegtijdig zouden kunnen worden aangepakt vooraleer naar medicamenteuze behandelingen wordt gegrepen.

09.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, dit is een goed startpunt voor mij om die zaak verder te kunnen opvolgen. Ik ben blij te vernemen dat er een onderzoek loopt bij Sciensano. Ik zal samen met u de resultaten daarvan zeker opvolgen.

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

10 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuisnetwerken" (56000183C)**

10 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les réseaux hospitaliers" (56000183C)**

10.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, de ziekenhuisnetwerken kwamen vorige week in de media. Wij hebben er een aantal krantenartikelen over kunnen lezen.

Ik hoef u natuurlijk niet uit te leggen dat de ziekenhuisnetwerken opgericht zijn om de samenwerking tussen ziekenhuizen te stimuleren met het oog op efficiëntie en op het beperken van de kosten. Wij weten al langer dat het door de gigantische technologische evolutie totaal niet realistisch is dat elk ziekenhuis alles blijft doen en daarvoor alle technologie in huis heeft. Dan zou de gezondheidszorg nog meer onbetaalbaar worden.

Het onderzoek van de UGent en van het UZ Gent ter zake maakt duidelijk dat de doelstellingen die vooropgesteld werden door de ziekenhuisnetwerken niet gehaald worden. Het zou blijken dat die netwerken geen motor voor klinische samenwerking zijn, maar eerder voor samenwerking op het vlak van niet-klinische activiteiten. Het onderzoek wijt dit aan het feit dat de ziekenhuisnetwerken te log en te zwaar zouden zijn en aan het feit dat de overheid een te gedetailleerde en rigide structuur zou opleggen.

De financiering gebeurt vandaag nog steeds per ziekenhuis, want de beloofde financiering van de netwerken is in de vorige legislatuur niet gerealiseerd. Men mag echter niet vergeten dat de ziekenhuizen het financieel moeilijk blijven hebben, ondanks een bepaalde overconsumptie, volgens verschillende nieuwsberichten. Samenwerking en efficiëntie zijn natuurlijk nodig om de gezondheidszorg betaalbaar en duurzaam te houden.

Ik las dat Zorgnet-Icuro de netwerken bijna afserveert, terwijl ikzelf hoop dat het kind niet met het badwater weggegooid wordt.

Mijnheer de minister, welke lessen leert u uit deze studie? Welke maatregelen wilt u nemen om de efficiëntie en de samenwerking tussen ziekenhuizen te verbeteren? Hoe ziet u de evolutie van de ziekenhuisnetwerken?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, het onderzoek leert dat de ziekenhuizen de noodzaak van samenwerking duidelijk inzien. Samenwerken was natuurlijk het doel van de netwerken. Ik denk dat de resultaten genuanceerd zijn. Als we kijken naar de studie van professor Voets, zien we dat het invoeren van de netwerken in een aantal regio's wel degelijk heeft geleid tot een verbeterde samenwerking en overleg tussen de ziekenhuizen.

We zien wel grote verschillen tussen de regio's en een samenwerking op verschillende snelheden. Dat kan te wijten zijn aan de toch wel moeilijke geografische organisatie van bepaalde netwerken, waardoor planning en afstemming tussen de ziekenhuizen van het netwerk onderling en met de eerstelijnszones niet altijd optimaal is.

Als men kijkt naar de klinische samenwerking, waar het doel van de locoregionale netwerken is om de kwaliteitsvolle locoregionale zorg zo dicht mogelijk bij huis en met een efficiënte inzet van middelen te garanderen, dan ziet men dat in meerdere netwerken diensten zijn samengebracht door middel van *shared services*.

We zijn ook bezig geweest met het definiëren van de supraregionale zorgopdrachten, die dus niet in elk locoregionaal netwerk moeten worden aangeboden, maar waar concentratie aangewezen is. We hebben een beweging op gang gebracht van erkenning van supergespecialiseerde zorg op supraregionaal vlak, maar daar is inderdaad nog heel veel werk aan de winkel. De studie stelt vast dat de samenwerking voor de locoregionale klinische zorg verder moet worden bevorderd. Dat betekent ook dat de huidige omkadering en regelgeving mee moet evolueren.

Wil ik deze samenwerking verbeteren? Ja, absoluut. Ik denk dat we in de volgende legislatuur een grondige hervorming van het ziekenhuislandschap op de agenda moeten zetten, gebaseerd op samenwerking en rationeler aanbod, en ook concentratie waar nodig en nabijheid waar mogelijk.

Ik denk dat netwerken ten dienste daarvan moeten staan en dat men in het werkveld aanvoelt dat samenwerking tussen de ziekenhuizen, maar ook met de eerste lijn, een must is omwille van de kwaliteit. Dat vraagt investeren in digitalisering en hervorming van de financiering van de ziekenhuizen. We moeten de weg van samenwerking verder inslaan. Dat vraagt brede hervormingen. We zullen dat met de sector moeten aanpakken.

Welke de beste vorm van netwerking is, is inderdaad een punt dat ik ingevolge deze studie verder wil bekijken, vanzelfsprekend in overleg met de deelstaten.

10.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, uw antwoord bevatte heel wat elementen, ik kan nu niet op alle elementen ingaan. Ik ben blij dat u zegt dat het ziekenhuislandschap absoluut aan hervorming toe is en dat dat voor u prioriteit heeft in deze legislatuur.

U verwees ook naar de studie. Ik zal ze zelf proberen op te vragen, maar mocht dat niet lukken, hoop ik dat wij die via parlementaire weg kunnen opvragen bij uw kabinet.

Ik hoop dat u de grote omwenteling van die netwerken niet zomaar in de papiermand zult gooien, maar er de *benefits* of goede resultaten uit zult halen en deze zult meenemen in uw toekomstige hervorming.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het schrijven van het RIZIV aan huisartsen m.b.t. hun voorschrijfgedrag inzake antibiotica" (56000184C)

11 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le courrier de l'INAMI aux généralistes concernant leurs pratiques de prescription d'antibiotiques" (56000184C)

11.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, allereerst wil ik nog zeggen dat ik een aantal mondelinge vragen had ingediend, maar dat ik geen idee had dat die allemaal in één commissievergadering zouden worden geagendeerd. Ik wil hier dus zeker niemand ophouden, maar het zijn wel allemaal inhoudelijk interessante vragen.

Ik stel voor dat ik deels verwijs naar de schriftelijk ingediende vraag en dat ik niet de volledige uiteenzetting herneem. Ik zal enkel mijn vraag stellen.

Afgelopen juli kregen 25.000 huisartsen een brief van het RIZIV waarin staat of ze al dan niet te veel antibiotica voorschrijven. Hiermee worden huisartsen geconfronteerd met hun voorschrijfgedrag. Er wordt ook gemeld hoe vaak het gaat om klassieke antibiotica of om antibiotica die niet wordt aangeraden. Het is belangrijk dat de tweedelijnsantibiotica enkel wordt voorgeschreven in uitzonderlijke gevallen om erover te waken dat er nog een antibioticum rest als er resistentie is tegen alle andere antibiotica.

In 2019 bleek dat Belgische huisartsen gemiddeld per tien mensen zeven keer antibiotica voorschrijven. Tegen 2025 moet dat cijfer met 43 procent dalen. Maximaal 23 procent van de patiënten boven de vijftien jaar mag een voorschrift krijgen voor anti-biotica. Minimaal 80 procent van die voorschriften moet voor aangeraden antibiotica zijn, ook wel eerstelijnsantibiotica genoemd.

De resistentie tegen antibiotica is één van de belangrijke gezondheidsuitdagingen van de komende decennia. Nu al zouden er elk jaar in Europa meer dan 35.000 mensen aan een infectie met een bacterie die bestand is tegen antibiotica. Op termijn zullen huisartsen die te veel antibiotica blijven voorschrijven hiervoor een boete kunnen krijgen indien ze hun voorschrijfgedrag niet kunnen verantwoorden.

Het Riziv ontwikkelt ook een platform dat artsen moet helpen om juister en met minder veiligheidsrisico's medicatie voor te schrijven. Het gaat dan vooral over behandelingen of onderzoeken die risico's meebrengen, zoals antibiotica en radiologische onderzoeken. Het platform moet ook het aantal nutteloze laboratoriumonderzoeken helpen verminderen.

Jeroen van den Brandt van Domus Medica wijst erop dat ook de Vlaamse huisartsenvereniging al heel wat werk heeft verzet om huisartsen te ondersteunen in hun voorschrijfgedrag. "Maar de eerste lijn heeft ook investeringen nodig om dat voorschrijfgedrag aan te pakken. In onze buurlanden gaat er meer budget naar de eerste lijn om die doelstellingen te realiseren."

Open Vld diende vorige legislatuur een wetsvoorstel in om ook *point-of-care*-tests terug te betalen. Zo'n

test laat toe met meer zekerheid te bepalen of het gaat om een virale dan wel bacteriële infectie. Al jaren wordt geprobeerd om die test terugbetaalbaar te maken in de eerste lijn zodat huisartsen die kunnen gebruiken. Het zou voor hen zeker een belangrijke ondersteuning zijn in de beslissing om al dan niet antibiotica voor te schrijven. We weten ook dat het voorschrijven van antibiotica nog steeds te hoog ligt in België. Inmiddels is een proefproject gestart. Kunt u ons een stand van zaken geven van dat proefproject? Wanneer kan er rond dit dossier een beslissing worden genomen?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Een implementatiestudie rond het gebruik van de CRP *point-of-care*-test in de eerste lijn werd gevraagd vanuit de FOD Volksgezondheid in het kader van het nationaal actieplan tegen antimicrobiële resistentie 2021-2024. Volgens de jongste informatie wordt het rapport gefinaliseerd en zal het eind september worden gepubliceerd.

Zodra het RIZIV over dat rapport beschikt, kan een discussie over een eventuele terugbetaling van de CRP *point-of-care*-test binnen de Technisch Geneeskundige Raad worden opgestart.

11.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. We gaan daarmee aan de slag zodra het rapport voorhanden is.

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

12 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering van het sepsisplan" (56000185C)**

12 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en oeuvre du plan sepsis" (56000185C)**

12.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, u hebt professor Vlieghe de opdracht gegeven om een sepsisplan op te stellen. Dat plan is ondertussen klaar en zou een aantal maatregelen bevatten zoals de opleiding voor zorgkundigen over sepsis, het gebruik van waarschuwingssystemen om de aandoening tijdig op te sporen en de implementatie van een Rapid Response Team in ziekenhuizen.

We weten welke verstrekende gevolgen het niet tijdig opsporen van sepsis kan hebben. Een te laat gedetecteerde sepsis kan zelfs tot de dood leiden.

In uw persmededeling van 31 mei deelde u mee dat u het rapport zou voorleggen aan de Risk Management Group en dat u ook de deelstaten daarbij zou betrekken, om het vervolgens voor te leggen aan de IMC Gezondheid. U stelde toen dat er ook tijdens de periode van lopende zaken vooruitgang zou kunnen worden geboekt.

Heeft de Risk Management Group zich al gebogen en uitgesproken over het plan van professor Vlieghe? Zo ja, welke voorstellen wil hij invoeren en met welk tijdsplan?

Welke vooruitgang hebt u geboekt tijdens de periode van lopende zaken?

Werden de nodige budgettaire middelen voor de uitvoering van het sepsisplan van professor Vlieghe berekend? Zo ja, wat was daar de totale kostprijs van en wat was de kostprijs per voorgestelde maatregel?

Is er al overleg gepleegd met de gemeenschappen?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, de Risk Management Group heeft inderdaad een briefing ontvangen van professor Vlieghe over het sepsisplan. Daarnaast heeft de Risk Management Group een uitgebreid rapport ontvangen van het team van professor Vlieghe en volledig kennisgenomen van het plan.

Tijdens de periode van lopende zaken zijn er al enkele vergaderingen geweest van mijn kabinet met teamleden van dokter Vlieghe en de FOD Volksgezondheid om de implementatie van het plan te bespreken.

De budgettaire behoeften voor de uitvoering van het sepsisplan zijn nog onderwerp van discussie en

zijn nog niet definitief vastgesteld. Een gedetailleerde kostenraming per voorgestelde maatregel is derhalve nog niet beschikbaar.

Via de RMG heeft inderdaad uitgebreid overleg plaatsgevonden met de gefedereerde entiteiten. Dat overleg was gericht op het verzekeren van een effectieve nationale implementatie van het plan en de voorstellen die dokter Vlieghe en haar team hebben voorbereid.

Wij blijven ons inzetten om in samenwerking met alle betrokken partijen de aanbevelingen van het sepsisplan zo goed mogelijk te implementeren en de zorg voor sepsispatiënten te optimaliseren.

12.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, uw vorige antwoorden waren duidelijk en gedetailleerd, maar dit antwoord is zeer beperkt. Ik wil toch nog eens onder de aandacht brengen hoe belangrijk het is om een dergelijk sepsisplan te kunnen uitrollen en hoe dringend dat is. Uit heel wat gegevens en onderzoeken blijkt immers dat dit onvoldoende gekend is en dat wellicht heel veel patiënten door de mazen van het net glippen net vanwege het ontbreken van zo'n plan. Ik wil u vragen om daar de nodige urgentie en belang aan te hechten.

Kunt u het voorstel van professor Vlieghe delen met het Parlement?

12.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, dat is een publiek document. Ik zal het u laten bezorgen.

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

Le **président:** Ceci clôt notre session de cet après-midi. Merci aux services et bonne fin de journée à tous.

*La réunion publique de commission est levée à 15 h 20.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.20 uur.*