

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 29 JANUARI 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 29 JANVIER 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 10 et présidée par M. Patrick Prévot.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.10 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 cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

01 Actualiteitsdebat over illegale esthetische ingrepen en toegevoegde vragen van

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Illegale praktijken in haarklinieken" (56001722C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Niet-heelkundige esthetische ingrepen" (56001766C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Illegale botox- en fillerinjecties" (56001784C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Illegale esthetische ingrepen" (56001799C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Illegale cosmetische ingrepen" (56001870C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De illegale uitoefening van de esthetische chirurgie" (56001972C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Illegaal uitgevoerde esthetische ingrepen (botox en filler)" (56001986C)

01 Débat d'actualité sur les interventions esthétiques illégales et questions jointes de

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les pratiques illégales dans les cliniques du cheveu" (56001722C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les interventions esthétiques non chirurgicales" (56001766C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les injections illégales de botox et de produits de comblement" (56001784C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les interventions esthétiques illégales" (56001799C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les interventions cosmétiques illégales" (56001870C)
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "La pratique illégale de la chirurgie esthétique" (56001972C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les interventions esthétiques pratiquées illégalement (botox et produit de comblement)" (56001986C)

01.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, mijn eerste vraag gaat over de undercoveropnames waarmee *Het Laatste Nieuws* liet zien hoe er in haarklinieken illegale praktijken worden uitgevoerd die niet alleen onbetrouwbaar zijn, maar ook zeer gevaarlijk. Zo dienen verpleegkundigen zonder medische supervisie injecties toe en doorbreken ze zo de huidbarrière, wat zij niet mogen doen. Ook bieden ze geneesmiddelen zoals minoxidil aan zonder voorschrift. In de reportage werd gezegd dat de Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg (Toezichtcommissie) een onderzoek heeft geopend. Daarover heb ik een heel aantal vragen.

Mijn tweede vraag gaat over fillers en botox. Ook die markt blijkt enorm te groeien. *Het Laatste Nieuws* bracht een artikel over een meisje dat overleden was door het aanbrengen van fillers in de lippen. Onder meer schoonheidsspecialisten en artsen zonder de vereiste kwalificaties maken zich daar schuldig aan, in strijd met de wet van 2013 over esthetische geneeskunde, die bepaalt dat alleen artsen met de juiste medische opleiding dergelijke handelingen mogen verrichten. Ik heb ook een heel aantal vragen over botoxfeestjes en over schoonheidssalons waar zulke behandelingen worden uitgevoerd. Aangezien echter een heel aantal parlementsleden daar ook vragen over gesteld hebben, laat ik hen daar verder op ingaan.

01.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dat esthetische behandelingen, onder andere met fillers en botox, niet

altijd op de juiste manier door de juiste personen worden uitgevoerd, is al veel langer geweten. In 2019 en 2020 stelde ik daarover al vragen aan uw voorganger en in 2022 ook aan u. U wees toen op de complexiteit van de problematiek en gaf aan dat nieuwe regel- en wetgeving in de steigers stond. U zei ook duidelijk dat niet-heelkundige esthetische ingrepen voorbehouden moesten zijn voor masters in de geneeskunde. Vandaag kan men echter via een eenvoudige zoektocht met google ook bij bepaalde tandartspraktijken terecht voor fillers.

Recent is er opnieuw media-aandacht voor het onderwerp, naar aanleiding van het grote aantal klachten. Daarom stel ik u hierover graag enkele vragen.

De Hoge Raad is gedeeltelijk bevoegd voor de controle op niet-heelkundige esthetische behandelingen en heeft daarover in 2022 ook een advies uitgebracht. Slaagt de Hoge Raad erin om de sector te overzien en misbruiken te detecteren? Werd dat geëvalueerd? Lijkt een specifieke Raad voor Medische Esthetiek, waarvan op een bepaald moment sprake was, alsnog niet aangewezen?

Op welke manier worden inspecties uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid? Gebeuren die alleen naar aanleiding van klachten of ook op eigen initiatief? Worden daarbij ook websites of sociale media gescreend? Hoeveel inspecties werden er de laatste jaren uitgevoerd en wat was daarvan het resultaat? Hoeveel inspecties werden er uitgevoerd door het RIZIV? Is er sprake van onterechte tarificatie? Kunt u meer informatie geven over de frequentie van die inspecties en de eventuele aanleidingen daartoe? Hoeveel dossiers zijn er opgestart en afgehandeld, en met welk resultaat? Welke rol speelt het FAGG daarin?

Is er controle op de fillers die om cosmetische redenen worden gebruikt? Wat is daarvan het resultaat? Hoeveel dossiers zijn er over niet-bevoegden, dus niet-artsen, die fillers of botox toedienen? Over welke beroepsgroepen gaat het dan? Staan de tandartspraktijken of andere aanbieders, die openlijk aangeven dat er fillers of botox worden toegediend, op de radar van de inspectiediensten?

De Hoge Raad heeft een schema gemaakt met verschillende behandelingen en wie bevoegd is om die uit te voeren. Zo staat er bijvoorbeeld dat de dermaroller enkel door artsen mag worden gebruikt. Het staat me voor dat die techniek, en ook *microneedling*, in veel schoonheidsinstituten beschikbaar is en toegepast wordt door niet-artsen. Het toestel is trouwens ook verkrijgbaar via websites. Wordt dat onderzocht? Hoe vaak werd er ingegrepen?

Op welke manier wordt er informatie verschaft, zowel aan professionelen als aan potentiële cliënten, over de noodzaak van geïnformeerde toestemming en de nodige opleidingsvereisten bij niet-heelkundige esthetische ingrepen?

01.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Ter aanvulling op de vraag van mijn collega ga ik graag in op de inhoud van de fillers. Botulinetoxine is een neurologisch gif. Graag verneem ik van u, mijnheer de minister, in hoeverre onderzocht wordt of die volgens mij voorschriftplichtige medicatie vrij verkrijgbaar is. Waar halen de centra die niet gehomologeerd zijn om esthetische geneeskunde uit te voeren dan die producten?

Hyaluronzuur is een ander verhaal. Dat is minder schadelijk, maar uiteraard gaat het daar ook om injecties. In hoeverre kunt u garanderen dat er voldoende kwaliteit aanwezig is? Het lijkt mij allemaal toch heel bijzonder.

Ook de geografische concentratie van de centra waar die illegale praktijken plaatsvinden, verneem ik graag van u. Hebt u dat nagegaan?

In hoeverre hebt u echt gecontroleerd of dergelijke praktijken wel met juiste producten, al dan niet kwaliteitsvolle producten, worden uitgevoerd en in hoeverre de wet wordt overtreden door die producten te injecteren zonder voorschrift?

01.04 Irina De Knop (Open Vld): Andere leden hebben het probleem van illegale botox- en fillerpraktijken al aangekaart. Er is inderdaad sprake van een probleem. Die producten worden vaak toegediend door personen zonder de juiste kwalificaties, zoals blijkt uit talrijke artikelen die we over dit onderwerp hebben gelezen. Er zouden blijkbaar ook mensen uit het buitenland naar ons land komen om die handelingen te verrichten. Met name in Brussel wordt gesproken over botoxtoerisme. Wie de

verstrekkers zijn en welke kwalificaties zij hebben, is vaak erg onduidelijk.

Ook online worden heel wat producten aangeboden, die dan door de patiënt zelf moeten worden toegediend. Vaak dienen ze te worden ingespoten, al dan niet aan de hand van dubieuze instructiefilmpjes op kanalen zoals YouTube. Van die producten is de inhoud totaal niet gekend en we weten evenmin of ze veilig zijn. Het gebrek aan kwalificaties van de personen die de producten toedienen, kan gezondheidsschade veroorzaken.

Mijnheer de minister, daarom zijn de vragen en het huidige debat absoluut relevant. Werden er al klachten behandeld door de Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg? Zo ja, hoeveel zaken daarover zijn hangende? Hoeveel daarvan zijn al afgehandeld?

De wet op kwaliteitsvolle praktijken bepaalt ook dat de Toezichtcommissie haar opdracht kan uitvoeren door ad-hoctoezicht naar aanleiding van een klacht op eigen initiatief of op initiatief van de minister. Mijnheer de minister, werd er al toezicht gehouden op eigen initiatief of op uw verzoek?

Wordt er door het FAGG ook toezicht gehouden op de inhoud van de producten die online worden aangeboden? Kunt u ons meegeven in hoeveel gevallen dat is gebeurd en in hoeveel gevallen de producten niet aan de wettelijke vereisten voldeden?

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen zou werken aan erkenningscriteria voor specialisten. U hebt dat hier aangegeven in juni 2024. Wat is de stand van zaken?

De beroepsvereniging RBSPS probeert een sociale-mediacampagne op te zetten om mensen te sensibiliseren. Kunt u ons meegeven of u de campagne steunt of de verspreiding van de campagne mee ondersteunt?

01.05 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, les médias rappelaient encore tout récemment le décès de deux personnes suite à une injection de botox ou de *fillers* par des personnes non qualifiées, l'une il y a deux ans à Bruxelles et l'autre il y a cinq ans à Anvers. Le décès peut en effet survenir lorsqu'une injection touche une veine du visage qui est elle-même connectée à une veine du cerveau, pouvant ainsi provoquer une thrombose.

Il y a trois ans, le 18 janvier 2022, je vous interpellais déjà à ce sujet et vous m'aviez alors rappelé le contenu de la loi du 23 mai 2013 qui décrit quelles interventions esthétiques peuvent être pratiquées par quel médecin et indiqué votre volonté de renforcer la législation via l'article 10 de ladite loi.

La Société royale belge de Chirurgie plastique et réparatrice dénonce aujourd'hui encore "la jungle illégale qui se développe sur le marché de la chirurgie esthétique". Malgré la loi du 23 mai 2013, les dérives se poursuivent et sont de plus en plus constatées sur le terrain. La Société réclame aujourd'hui une législation stricte pour lutter contre la désinformation et la publicité véhiculée sur les réseaux sociaux et une régulation de la vente de produits injectables. Elle rappelle enfin qu'une liste de praticiennes et de praticiens reconnus figure sur son site internet.

Monsieur le ministre, comment renforcer la législation en la matière? Quelles solutions peuvent être avancées par rapport aux recommandations de la Société royale belge de Chirurgie plastique et réparatrice? Des contrôles sont-ils effectués pour débusquer les praticiens illégaux?

01.06 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, artikel 10 van de wet van 23 mei 2013 bepaalt dat artsen-specialisten met een bijzondere beroepstitel in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde handelingen zoals het inspuiten van botox of fillers mogen uitvoeren. Vandaag is er daarvoor echter nog steeds geen ministerieel besluit uitgevaardigd. Ik heb u daar vorig jaar al een vraag over gesteld. Men richt zich op jonge mensen tussen 28 en 35 jaar met de boodschap dat zij de ideale leeftijd hebben om botox en fillers te laten injecteren om tekenen van veroudering tegen te gaan. Die doelgroep is kwetsbaar omdat jonge mensen vaak niet op de hoogte zijn van de gevaren van een botox- of fillertherapie, noch van de vereiste diploma's en ervaring waarover de uitvoerder van zo'n behandeling moet beschikken om kwaliteitszorg te bieden.

Een collega sprak daarnet over dermarollers, derma-injecties en dermabrasie. Ik was zelfs niet op de

hoogte dat die ook ressorteren onder de handelingen uit artikel 10, die een speciale opleiding vereisen. Ik heb weet van heel wat schoonheidsspecialisten die dergelijke therapieën aanbieden. Het is een zeer ruim probleem dat verder gaat dan louter botox en fillers. Helaas brachten de media een droef verhaal over een vrouw die overleed na het verkeerd injecteren van botox of fillers. We moeten er dus op toezien dat de wetgeving aan de realiteit wordt aangepast. Er is een ministerieel besluit van u nodig om iedereen te beschermen. In januari 2024 liet u mij weten te wachten op het advies van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. Intussen is er een jaar verstreken. Hebt u nu al een advies ontvangen? Zo ja, hebt u daar iets mee kunnen doen? Wat is de stand van zaken?

Hoeveel dossiers werden er al geopend door de Federale Toezichtcommissie? Toen ik u begin 2024 daarnaar vroeg, bleek er geen enkel dossier in Vlaanderen te zijn, maar waren er 25 dossiers in het Franstalig landsgedeelte. Dat leek me wat vreemd, aangezien ik me niet kan voorstellen dat daar veel meer botox en fillers worden aangeboden.

Er is nog veel sensibilisering nodig voor de bevolking, zodat incidenten met botox en fillers gemeld worden aan de Federale Toezichtcommissie. Op die manier kunnen die incidenten worden geregistreerd en kan er een overzicht worden verkregen van artsen die behandelingen uitvoeren waarvoor ze niet opgeleid zijn.

De **voorzitter**: Zijn er nog andere leden die vragen wensen te stellen in het kader van dit actualiteitsdebat?

01.07 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, comme cela a été expliqué, nécrose de la peau, thrombose, perte de la vue et même, parfois, décès – un à Anvers et un à Bruxelles durant ces cinq dernières années – ont été causés par des gens qui n'ont ni le titre ni la compétence ou la formation de pratiquer de tels actes médicaux. Ces personnes sont aussi bien des caissières qui suivent une pseudo-formation le week-end, pendant deux heures, que des prestataires de soins, médecins, dentistes, qui arrondissent leurs fins de mois en pratiquant de la médecine esthétique sans avoir été formé pour.

La Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (RBSPS) a dénoncé la jungle illégale qui se développe autour de ce marché de chirurgie esthétique. Le jeunisme ambiant et les réseaux sociaux amplifient bien sûr ces demandes. Sont constatées des interventions réalisées par des personnes non qualifiées, la qualité douteuse de certains produits, des conditions sanitaires inadaptées, de la publicité mensongère sur les réseaux sociaux, tout cela opéré par des personnes qui n'ont ni la compétence médicale, ni l'arsenal thérapeutique pour faire face aux complications qui surviennent de temps en temps. Il faut pouvoir disposer, dans le cabinet, d'antibiotiques, d'anti-inflammatoires, de cortisone, de produits contre les allergies, mais aussi d'antidote contre l'acide hyaluronique.

Un cadre législatif existe depuis 2013. Comme il est assez restrictif, ne faudrait-il pas le revoir et le resserrer? Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a également émis un avis, en 2022, distinguant bien les actes non invasifs, qui peuvent être réalisés par des personnes qui ne sont pas médecins, mais qui ont été formées, et les actes invasifs, qui doivent être réalisés par des médecins qui ont été formés, parce qu'il y a pénétration dans la peau, soit par du botox, soit par des produits de comblement.

La RBSPS insiste sur le fait qu'il faut absolument faire reconnaître le titre de "médecin esthétique", mais aussi réguler la vente de produits injectables.

Monsieur le ministre, avez-vous eu des contacts avec la RBSPS pour évaluer la situation et les pistes de solutions? Avez-vous eu des contacts avec vos collègues, dont le ministre de l'Économie, sur les volets qualité des produits et publicité ou encore la protection des consommateurs?

Des contrôles sont-ils réalisés quant au respect de la législation en matière de pratique esthétique? De combien de contrôles s'agit-il? Quand ont-ils été organisés? Sur quels critères? Ont-ils lieu sur la base de dénonciations, ou de suspicion de pratique illégale? Quels en sont les résultats? Quelle suite peut-on donner à ces contrôles?

01.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je crois que les faits qui ont été mentionnés dans la presse sont inquiétants et même révoltants. C'est un débat absolument opportun.

Je commencerai par quelques considérations générales. D'abord, je crois que le cadre législatif dont nous disposons actuellement est en soi un cadre adéquat. Il y a d'abord la loi LEPS, loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, de 2015. Il y a ensuite la loi de 2013 sur l'esthétique médicale. Il y a la loi qualité, d'avril 2019. Et il y a finalement la loi sur les droits du patient qui a été mise à jour récemment.

En ce qui concerne la publicité pour les médicaments ou les produits de santé qu'elle réglemente, il y a évidemment la législation applicable concernant l'AFMPS.

Nous avons donc un arsenal juridique avec diverses législations importantes, qui, en soi, est adéquat. Ce qui en découle entre autres, c'est que le contrôle de ce secteur et la lutte contre les pratiques illégales ne dépendent pas uniquement du SPF Santé publique. En plus de la Commission fédérale de contrôle, du service d'évaluation et de contrôles médicaux de l'INAMI, il y a aussi l'Inspection économique, le ministère public, l'Agence fédérale des médicaments, qui ont tous un rôle à jouer. Je crois que nous pouvons dire que ces institutions collaborent. Cette collaboration doit être encore accentuée, mais il y a quand même déjà une collaboration étroite.

En matière de conseils, le Conseil Supérieur de la Santé et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes jouent également leur rôle.

Ik ga even in op enkele van de instanties. Om te beginnen is er de Federale Toezichtcommissie die gecreëerd is door de kwaliteitswet. Dat is een relatief jonge organisatie. Ze werd twee jaar geleden opgericht. Eigenlijk beschikken we daardoor nog niet over voldoende gegevens om trends te kunnen vaststellen. Heel veel betrokkenen geven echter aan dat we een duidelijke toename zien van zogenaamde esthetische praktijken.

Inzake de werking van de Federale Toezichtcommissie en de controles die ze uitvoert, kan ik u wel zeggen dat de inspecteurs die verbonden zijn aan de Toezichtcommissie elke overtreding die op dat gebied wordt geconstateerd behandelen binnen hun eigen bevoegdheid of door een melding aan het parket.

Op het gebied van esthetiek zijn de dossiers die door de Federale Toezichtcommissie worden behandeld eigenlijk van drieërlei aard. Om te beginnen, behandelt de Toezichtcommissie dossiers van prestaties die worden uitgevoerd door professionals die geen gezondheidsprofessionals zijn, bijvoorbeeld kappers of schoonheidsspecialisten, of particulieren die geen professionals zijn en al helemaal geen gezondheidsprofessionals. Soms gaat het ook om gezondheidsprofessionals die niet wettelijk bevoegd zijn om esthetische medische handelingen te verrichten, bijvoorbeeld een verpleegkundige die handelingen verricht en daarvoor geen bevoegdheid heeft.

In al deze gevallen betreft het een illegale uitoefening van de geneeskunde. Dat is een strafbaar feit. Die dossiers worden behandeld door de kwaliteitsinspecteurs en doorgestuurd naar het parket. Dat is een eerste type dossier wat bij de Federale Toezichtcommissie belandt en daar verder gevolg krijgt, in casu bij het parket.

Daarnaast behandelt de Federale Toezichtcommissie dossiers van gezondheidsprofessionals die wel bevoegd zijn, zoals artsen, maar die de wettelijke voorschriften van de wet op de esthetiek niet naleven wat betreft hun specifieke bevoegdheid, informatieverstrekking aan de patiënt, geïnformeerde toestemming, bedenktijd enz.

De sancties voor het niet naleven van de wetgeving esthetiek van 2013 zijn voornamelijk strafrechtelijk en vallen dus onder de bevoegdheid van het openbaar ministerie en de opsporingsdiensten van het openbaar ministerie. Ook dat soort van dossiers wordt door de Toezichtcommissie doorgestuurd naar het openbaar ministerie.

Ten derde behandelt de Federale Toezichtcommissie dossiers van bevoegde gezondheidsprofessionals die praktijken voeren die een gevaar kunnen vormen voor de integriteit van de patiënten of voor de volksgezondheid, die hun medische bevoegdheid overschrijden, of die de kwaliteitseisen niet naleven die door de wet zijn vastgelegd inzake veiligheid, begeleiding, continuïteit van zorg enzovoort. De Toezichtcommissie kan dat type van dossiers binnen haar eigen bevoegdheid

behandelen en dan zelf maatregelen opleggen aan de professionals die in gebreke blijven. Het is belangrijk om dat een beetje uiteen te houden.

Mensen die zich willen informeren over de bevoegdheden van de Federale Toezichtcommissie kunnen daarvoor terecht op de webpagina van de commissie. Zij kunnen daar vaststellen of ze inderdaad een klacht kunnen indienen en ze vinden daar ook de nodige formulieren.

Ik kan u enkele indicaties geven over het aantal onderzoeken. In 2024 hebben de inspectiediensten van de Federale Toezichtcommissie zes controles ter plaatse uitgevoerd op het gebied van medische esthetiek en ook acht overtredingsdossiers doorgestuurd naar de bevoegde parketten. Die dossiers betreffen meerdere personen, in sommige gevallen meerdere vestigingen. Twee dossiers over meerdere gezondheidszorgbeoefenaars, gebaseerd op een risico voor de volksgezondheid, zijn behandeld door de Federale Toezichtcommissie. Dat heeft geleid tot maatregelen tegen de betrokken beoefenaars.

Er bevinden zich 30 dossiers nog in de onderzoeksfase, 14 dossiers daarvan kaderen in een gebundelde klacht die samen met het FAGG wordt bekeken. Het FAGG is daarin op dit moment controle aan het uitvoeren. Van de dossiers in de onderzoeksfase zijn er 12 afgerond. Zij zijn klaar om op de agenda van de volgende vergadering van de kamers te worden geplaatst.

Pour être complet, les infractions à la loi sur l'esthétique médicale et la pratique illégale – découlant de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 (LEPSS) – sont des infractions pénales. Si vous voulez avoir une vue d'ensemble de la situation, vous devez vous adresser à mon collègue ministre de la Justice. Par ailleurs, il est possible que des dossiers soient transmis directement au parquet. Les victimes n'ont pas l'obligation de s'adresser à la Commission fédérale de contrôle avant de déposer une plainte judiciaire.

Les praticiens étrangers du secteur de la santé qui posent des actes de médecine esthétique en Belgique sans respecter les règles relatives à la prestation de soins de santé ou les règles d'établissement sur le territoire belge se rendent coupables d'exercice illégal au regard de la loi belge et de la directive européenne qui régit la mobilité et l'établissement des professionnels de la santé.

Les articles 102 et suivants de la loi de 2015 qui transposent la directive européenne disposent que les praticiens étrangers des soins de santé qui fournissent des soins en Belgique à titre occasionnel doivent introduire une déclaration préalable auprès des services du SPF Santé publique. S'ils viennent s'installer pour une période plus longue, les praticiens concernés doivent faire agréer leur qualification professionnelle par l'introduction d'une demande de visa auprès du SPF Santé publique ainsi qu'une demande d'inscription à l'Ordre.

Tot zover mijn opmerkingen in verband met de Federale Toezichtcommissie, die al twee jaar actief is.

Daarnaast is het belangrijk te onderstrepen dat prestaties in verband met esthetiek niet aanrekenbaar zijn via de verplichte ziekteverzekering. Indien niet-heelkundige esthetische ingrepen toch worden aangerekend, dan is dat niet conform de regels. De Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV maakte in 2024 een proces-verbaal van vaststelling dat ging over 72 prestaties. Daar werd een bedrag van 1.332,66 euro volledig vrijwillig terugbetaald.

Het FAGG voert controles uit op de conformiteit van geneesmiddelen, in dit geval botox, en medische hulpmiddelen, in dit geval fillers, zowel in het legale als het illegale circuit. In het legale circuit wordt er, zeker voor de medische hulpmiddelen, op het niveau van actoren geselecteerd, niet op productniveau. De reden daarvoor is dat het FAGG niet beschikt over een databank van alle medische hulpmiddelen op onze markt en hun verdelers. Men viseert bepaalde actoren en doet daar controles. Voor het illegale circuit is er een sterke samenwerking met de douane.

In 2023 werd er een thema-actie uitgevoerd, samen met de FOD VVVL, dienst Cosmetica, bij de schoonheidsinstellingen. De samenwerking met de douane leidde in 2024 tot een twintigtal onderzoeksdossiers betreffende niet-conforme fillers en of botulinetoxinepreparaten.

In het kader van de thema-actie in samenwerking met de FOD Volksgezondheid werd een twintigtal schoonheidsinstituten bezocht. In ongeveer een kwart van de gevallen werden niet-conforme fillers en

of niet-vergunde botulinetoxines aangetroffen. Dat bewijst dat wat we lezen in de pers, overeenkomt met wat we zelf vaststellen.

Het FAGG werkt aan een verhoogd onlinemarkttoezicht. Zowel op het nationaal als op het Europees vlak wordt er gewerkt aan tools en zogenaamde *web crawlers* om de controles te faciliteren. Op het ogenblik is het voor het FAGG nog niet mogelijk om aan *mystery shopping* te doen, waarbij een inspecteur zich als klant voordoet om te testen of de wet wordt toegepast. We doen dat nog niet, maar ik denk dat het wel goed zou zijn. Ik heb aan mijn diensten gevraagd om daarvoor een wettelijk kader op te maken. Men werkt daar nu ook aan.

Sinds het PIP-schandaal is er ook vraag naar wetgeving inzake gebruikte geneesmiddelen en implanteerbare hulpmiddelen in zogenaamde privéziekenhuizen. Die uitdrukking is een beetje schimmig, maar u weet ongetwijfeld wat ik bedoel. In principe is het niet toegelaten dat geneesmiddelen circuleren buiten het gereguleerd circuit, met name een ziekenhuisapotheek of een voor het publiek opengestelde apotheek; daar moeten geneesmiddelen zijn. Een voorstel van wetgevend kader met betrekking tot het gebruik en de bewaring van geneesmiddelen en bepaalde medische hulpmiddelen in privéziekenhuizen wordt door het FAGG ontwikkeld, maar ik heb met het FAGG zelf nog niet concreet het dossier kunnen doornemen. Het voorstel is alleszins in ontwikkeling en ik vind dat ook nodig.

Hoe kunnen we het toezicht versterken? Ik spreek niet vanuit enige zelfgenoegzaamheid, waarbij we er prat op gaan wat wel allemaal doen. Wel deel ik u een aantal vaststellingen mee en ik denk dat versterking aangewezen is.

Pour mettre fin à ces pratiques à l'avenir et mieux anticiper les pratiques illégales, les actions suivantes ont déjà été entreprises. Tout d'abord, la Commission fédérale de contrôle mène actuellement une analyse de risque, qui sera achevée dans les prochains mois. S'il devait en ressortir que la question des pratiques esthétiques illégales devait devenir l'une de ses priorités dans les prochaines années, les moyens d'inspection devraient être fournis en ce sens.

Indépendamment de ces considérations et afin d'optimiser le contrôle, il me semble opportun d'étendre les compétences de la Commission fédérale de contrôle au contrôle du respect des différentes législations qui encadrent la pratique médicale et, en particulier, la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 (LEPSS) et la loi de 2013 sur l'esthétique médicale.

Pour agir plus efficacement, il pourrait également être utile de permettre à la Commission fédérale de contrôle d'imposer directement des amendes administratives pour ce type d'infraction. Cela nécessiterait néanmoins un travail législatif.

In het begin van mijn antwoord heb ik verklaard dat er een adequaat wettelijk kader is, maar daarin moet de Federale Toezichtcommissie heel vaak gewoon het doorgeefluik zijn naar het parket. De vraag rijst of we de Federale Toezichtcommissie niet wat meer instrumenten kunnen geven. Dat is een interessante vraag die positief moet worden beantwoord, wat wetgevend werk zou vragen. Het is ook heel belangrijk dat het FAGG en de hele FOD Volksgezondheid, maar ook de Economische Inspectie en de parketten de krachten bundelen. Ik heb de FOD Volksgezondheid en het FAGG gevraagd om een actieplan te ontwerpen, dat ook echt een gezamenlijk actieplan kan worden.

Mevrouw Gijbels, u hebt verwezen naar de rol van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. Dat sluit aan bij wat de esthetische artsen in de media hebben verklaard en aangeklaagd. Ik schets even wat die Hoge Raad tot nog toe heeft gedaan. De wet van 23 mei 2013 voorziet in gereserveerde activiteiten, die al dan niet gedefinieerd zijn per anatomische zone, voor de bestaande beroepstitels van artsen. Bijvoorbeeld hebben een plastisch chirurg, een chirurg of een dermatoloog een breder activiteitsveld dan een oftalmoloog, die alleen in de anatomische zone van het oog kan interveniëren. Voor al die bestaande beroepskwalificaties bestaan ministeriële besluiten met criteria voor de erkenning, maar er is één belangrijke beroepskwalificatie die qua erkenningscriteria nog moet worden ingevuld, namelijk de in artikel 10 van de wet van 2013 aangekondigde nieuwe beroepstitel arts-specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde. Daarvoor moeten we nog werk verrichten.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen bracht in 2016 een advies uit met te behalen eindcompetenties, een vormingstraject en criteria voor dat vormingstraject. De Hoge Raad pleitte toen

voor de creatie van een zogenaamde 'niveau 3-titel'. Dat betekent dat de kandidaat voor die professionele vorming in de niet-heelkundige esthetica al over een niveau 2-titel moet beschikken. Het moet dus al een erkende huisarts of een erkende specialist zijn.

Men vond het belangrijk dat wie een niet-heelkundige esthetische interventie verricht, een voldoende brede voorafgaande klinische ervaring heeft. Dat advies is er geweest, maar is niet gevolgd door de publicatie van een ministerieel besluit. Er werden wel een aantal wetgevende stappen gezet. Door de wet van 18 mei 2022 is de wet van 23 mei 2013 aangepast, waardoor de nieuwe beroepstitel inderdaad een niveau 3-beroepstitel wordt. We hebben daardoor voor een gedeelte gevolg gegeven aan het oude advies van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen van 2016, maar er is nog geen erkenningsbesluit met erkenningscriteria.

Daarnaast hebben we de adviesbevoegdheden, van de in de wet van 2013 voorziene raad voor medische esthetiek – die nooit opgericht is –, overgedragen naar de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. De bedoeling was om een vermenigvuldiging van adviesraden te vermijden. De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen is ook samengesteld uit diverse en uiteenlopende disciplines die deelnemen aan de adviesformulering, wat wel adequaat is. De adviesbevoegdheid van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen is bevestigd en uitgebreid door de publicatie van de wet van 13 november 2023, waarbij we artikel 142 van de WUG-wet aangepast hebben. Daardoor heeft de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen duidelijk nieuwe adviesbevoegdheden, die progressief uitgerold worden. Men is daarmee bezig.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen heeft relatief recent – in oktober 2024 – beslist om een werkgroep op te richten over het probleem dat op tafel ligt. Ik kan u zeggen dat op een volgende vergadering, met name op 12 februari, het bureau een voorstel van samenstelling van die werkgroep en de opdrachten zal bespreken en onder andere de erkenningscriteria voor de specialisten in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde zal vastleggen.

We hebben daarnaast ook de adviesbevoegdheid gepreciseerd inzake de nadere omschrijving van wat onder de niet-heelkundige en de heelkundige esthetische geneeskunde moet worden verstaan binnen het kader van de wet van 2013. We staan dus op de valreep om te doen wat de betrokken artsen uit het milieu van de esthetische geneeskunde vragen, met name dat dat specifieke nieuwe beroep zijn eigen erkenningscriteria krijgt. De Hoge Raad Artsen heeft overigens aan de voorbereidende werkzaamheden van de Hoge Gezondheidsraad deelgenomen die in 2022 ook een advies heeft gepubliceerd over esthetische activiteiten door niet-artsen. De actualisering van dat advies moet eveneens in 2025 gebeuren.

Ik ben het eens met een aantal mensen die aangaven dat er nood is aan een zeer sterke sensibilisering bij het publiek. Sensibilisering is trouwens deels ook de deontologische plicht van de zorgbeoefenaar die ervoor moet zorgen dat de patiënt bij cosmetische ingrepen een echt geïnformeerde toestemming geeft. We herhalen dat geregeld. Het is belangrijk dat te blijven onderstrepen. Een specifieke informatie aan patiënten hierover zou inderdaad zeer nuttig kunnen zijn. In samenhang met het feit dat we wachten op de uitwerking van een advies met betrekking tot de erkenning van de specialist niet-heelkundige esthetische geneeskunde, lijkt het me ook nuttig om een echte informatiecampagne op te zetten.

Er waren enkele specifieke vragen in verband met fillers, botox en andere specifieke behandelingen. In de meeste gevallen gaat het bij de botox- en fillerinjecties om niet-professionals of verpleegkundigen die zonder medisch voorschrift werken. Dat is illegale uitoefening van de geneeskunde en dus op die basis strafbaar. Mevrouw Gijbels, de Federale Toezichtcommissie is niet op de hoogte van dergelijke praktijken bij tandartsen. Indien u daarvoor aanwijzingen hebt, mag u die altijd ter kennis brengen. Dat verschijnsel is me echter nog niet gemeld door de Toezichtcommissie.

Er is bij mijn weten bij de FOD geen onderzoek gaande over de toepassing van de dermaroller ofte *microneedling*. Wat de zogenaamde 'Thalys-artsen' betreft, vrees ik dat dat soort dingen heel discreet, zeg maar ondergronds, gebeuren. Daardoor hebben we geen gegevens, maar het is duidelijk dat zoiets volgens de Belgische en Europese wetgeving strafbaar is, aangezien het om illegale uitoefening van de geneeskunde gaat. Zoals gezegd, kan ik op basis van de data waar we over beschikken, geen trend vaststellen, maar ik geloof wel dat het om een groeiend probleem gaat, waartegen krachtig optreden nodig is.

Mevrouw Bury, in uw vraag over de haarklinieken verwees u naar het geneesmiddel minoxidil. Geneesmiddelen mogen alleen worden afgeleverd in een voor het publiek toegankelijke apotheek, ofwel, als het om een niet-voorschriftplichtig geneesmiddel gaat, door een internetapotheek die aan de daartoe bepaalde specifieke voorwaarden voldoet en aangemeld is bij het FAGG. De verkoop van geneesmiddelen door haarklinieken is dus hoe dan ook verboden. Via FarmalInfo op de website van het FAGG wordt informatie verspreid aan patiënten en burgers over al die kwesties. We waarschuwen mensen ook voor illegale verkoop van en handel in geneesmiddelen.

Mevrouw Farih, ik heb enkele cijfers gegeven over de onderzoeken van de Toezichtcommissie met betrekking tot esthetische geneeskunde waar we weet van hebben. Als u een overzicht wilt over het geheel van de onderzoeken en dossiers van de Toezichtcommissie, kunt u beter een schriftelijke vraag stellen.

Le **président**: Monsieur le ministre, il est vrai que les questions étaient pertinentes. Je me permets toutefois de rappeler à tous qu'il est important de respecter les temps de parole pour les réponses et les questions. De très nombreuses questions sont en effet inscrites à l'ordre du jour de la commission.

Er staan dus nog veel interessante vragen op de agenda, met misschien evenveel interessante antwoorden.

Je voudrais qu'on puisse aller le plus loin possible étant donné que c'est peut-être la dernière commission de questions de ce gouvernement. Chers collègues, n'hésitez donc pas à jeter un petit coup d'œil sur le chronomètre pour vous aider à respecter le temps de parole.

01.09 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor de uitgebreide toelichting. Ik zie onmiddellijk dat u een haarscherp beeld hebt van waar de problemen zich bevinden. Ik vind het wel hallucinant dat u heel wat cijfers niet gewoon kunt meenemen van bij Justitie. De regering is immers één en ondeelbaar en u wist dat er een actualiteitsdebat zal plaatsvinden.

Het gaat ofwel over het openbaar ministerie, ofwel over het parket. U heeft de drie types volgens de indeling van de Federale Toezichtcommissie mooi opgesomd. Ze belanden allemaal bij het parket, waar er verder gevolg aan gegeven wordt. Dan is het wel van belang dat we weten of er inderdaad gevolg aan gegeven wordt. Wordt er een signaal gegeven dat een en ander niet kan, zodat die mensen bestraft worden, hun licentie verliezen en hun job niet meer kunnen uitoefenen?

Wat is dan de volgende stap? Cijfers opvragen. Niet bij u, maar bij de minister van Justitie. Eigenlijk zouden die cijfers echter allang op uw bureau moeten liggen. Dan zou u al veel meer weten. Dat is een heel belangrijke bedenking die ik me daarbij maak.

U zegt dat het volgens u aangewezen is dat er meer kan gebeuren binnen de eigen bevoegdheid. We zien dat er 30 dossiers in een onderzoeksfase verkeren. U zegt dat de bevoegdheid eigenlijk niet uitgebreid moet worden. Daar geloof ik ook in. We weten allemaal dat Justitie al werk genoeg heeft. Dus, als de een of andere zorgbeoefenaar in beroep zou gaan, kan die zeker al 10 jaar langer gerust zijn, omdat een en ander dan nog eens 10 jaar langer duurt.

Volgens mij moet er vanuit Gezondheid veel meer gebeuren. U zegt dat er werk op de plank ligt. Daar kijken we naar uit.

Wat de haarklinieken betreft, kreeg ik geen echt antwoord van u. Wat met buitenlandse betrokkenen en hun juridische aansprakelijkheid? Ook daarop zult u wellicht antwoorden dat u er geen informatie over heeft en dat dit ook zal doorgestuurd zijn naar het parket.

Hoe staat het met buitenlandse artsen of andere buitenlandse mensen zonder de nodige licenties? Zijn er boetes of gevangenisstraffen? Wordt een en ander gehandhaafd? Wie zorgt er voor een consistente naleving? Voor die zaken had ik op meer antwoorden gehoopt. Ik hoopte dat u meer informatie had om er in uw sector, samen met de andere sectoren, mee aan de slag te gaan.

01.10 **Frieda Gijbels** (N-VA): Het is natuurlijk een goede zaak dat er werk wordt gemaakt van nieuwe en specifieke beroepstitels, maar het zal vooral zaak zijn om erop toe te zien wie wat mag uitvoeren. Het is nu al vrij duidelijk wie wat niet mag uitvoeren en toch gebeurt het volop. Met een eenvoudige

Google search zie je al dat veel niet-invasieve behandelingen op dit moment door niet-artsen worden uitgevoerd.

Er is iets, mijnheer de minister, wat ik niet goed begrijp. Er bestaan zoveel controleorganen, maar blijkbaar werken ze niet. Dat het wettelijk kader er is, is goed, maar dat moet ook gehandhaafd worden en er moeten controles worden uitgevoerd.

Ik vertel een kleine anekdote. In mijn praktijk kwam onlangs een patiënte binnengewandeld. Ze kreeg haar oog niet meer toe en vertelde dat ze botox had laten inspuiten en dat ze "daarvoor naar een echte tandarts was geweest." Burgers zijn dus niet geïnformeerd over wie die producten mag toedienen. Je kunt ze online ook vrij kopen: botoxfillers, toestellen voor *microneedling*, dermarollers enzovoort. Allemaal geen probleem.

Er moet meer werk worden gemaakt van controles en ze moeten stevig worden opgevoerd. De Raad voor Medische Esthetiek was geen slecht idee, omdat de evolutie in die sector zo snel gaat. De producten en technieken veranderen namelijk heel snel. Specialisten zouden moeten kijken naar wat er beweegt.

Dan heb ik nog een belangrijke randbemerking. Als je kijkt naar de website van zorgverstrekkers, staat er heel veel informatie over wat ze aanbieden maar vaak heel weinig over hun opleiding, diploma's, bevoegdheden en bekwaamheden. Kunnen we daar niets aan doen? Moet het niet verplicht worden dat een RIZIV-nummer wordt vermeld en dat de bevoegdheden van elke zorgverstrekker duidelijk op de website staan?

01.11 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt terecht dat men medicatie moet halen bij de apotheker en dat de apotheek het enige kanaal is waar men medicatie legaal kan verkrijgen. Tegelijk zegt u dat bij één op vier van de onderzochte schoonheidssalons niet-conforme producten worden aangetroffen. Dat betekent dat er echt wel een probleem is. Het gaat hier nu over botox of hyaluronzuurfillers. We hebben het al eerder gehad over Ozempicspuiten die op onlineplatformen worden verkocht. Het gaat ook over minoxidil en over bijzonder veel andere producten.

U zegt dat het FAGG inzet op die onlineplatformen. Het huidige actieplan is echter niet voldoende, dat weet u ook. Wij hebben niet voldoende middelen om heel die onlinemarkt van geneesmiddelen voldoende te controleren. U zegt dat u samenwerkt met de douane. Dat klopt, maar het gebeurt steeds steekproefsgewijs.

We moeten echt nadenken over hoe we onze bevolking kunnen beschermen tegen die onlineverkoop van producten. Heel vaak koopt men immers iets dat gewoon niet conform is, koopt men Ozempicspuiten waarin helemaal geen semaglutide zit, koopt men botox met veel te veel botuline of veel te weinig botuline. Men heeft geen kwaliteitsgarantie. Dat is het grote probleem. Onze patiënten lopen hier risico's.

U verwees naar het schandaal met de implantaten. Ik ben blij dat u daarnaar verwezen hebt. Ongeveer twee jaar geleden heb ik hier in de commissie gezegd dat er nog steeds veel te veel implantaten op basis van siliconen worden verkocht en dat men moet overstappen op waterimplantaten. Daar is eigenlijk ook niets aan gedaan. De regulering en controle van zowel geneesmiddelen als medische hulpmiddelen moeten beter.

01.12 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, het is niet nodig om te herhalen wat de collega's al hebben gezegd.

Ik heb drie zaken genoteerd waarvan ik hoop dat u in de volgende regering of de volgende minister van Volksgezondheid werk zal maken. De bevoegdheden van de Federale Toezichtcommissie moeten onder de loep worden genomen en er moet bekeken worden of die bevoegdheden kunnen worden uitgebreid. Het is duidelijk dat zij maar voor een beperkt aantal misbruiken kan ingrijpen. Het idee om haar zelf ook sanctiemogelijkheden toe te kennen, is dus zeker het overwegen waard.

U zegt dat een dertigtal dossiers in onderzoek is en dat maakt mij een beetje ongerust. We weten immers dat er een tsunami van misbruiken is. We konden dat ook in de pers vernemen. Als de Federale Toezichtcommissie op jaarbasis slechts 30 dossiers behandelt, dan is dat toch een heel beperkt aantal.

Een evaluatie van haar werking is dus zeker nodig.

U zegt dat heel wat instanties bevoegd zijn. We kennen dat. In België zijn het FAGG, het RIZIV, de Federale Toezichtcommissie en de FOD bevoegd. Ik ben ervan overtuigd dat al die instanties de beste bedoelingen hebben, maar zoals u zelf zei, is er tussen hen absoluut coördinatie nodig en moet er op dat vlak zeker actie worden ondernomen.

Tot slot wil ik collega Depoorter bijtreden als zij zegt dat er op de onlineverkoop van producten meer controle nodig is, evenals een sluitend systeem voor de kwaliteit van die producten. Ook daar moeten we nagaan welke instantie daarvoor bevoegd en verantwoordelijk zal zijn. Zoals vaak in België zijn velen immers bevoegd, maar voelen weinigen zich verantwoordelijk.

01.13 Patrick Prévot (PS): Merci, monsieur le ministre, pour cette longue réponse.

Comme vous l'avez dit d'emblée, le cadre législatif semble suffisant. Je vous avais interrogé le 18 janvier 2022 et, à l'époque, vous aviez indiqué votre volonté de renforcer la législation via l'article 10 de la loi de 2013. Visiblement, la loi est suffisante pour cadrer les problématiques qui ont été relayées dans la presse ces dernières semaines.

Pour disposer des chiffres exacts, vous nous renvoyez vers le ministre de la Justice. C'est un peu dommage; les cabinets pourraient s'entraider en donnant l'un ou l'autre chiffre.

Enfin, je vous demande d'être très attentif. Il y a énormément de propagande sur les réseaux sociaux notamment avec de pseudo-influenceurs et influenceuses qui vantent les mérites de certains salons qui utilisent des produits non conformes. Vous l'avez dit, dans un quart des salons contrôlés des produits non conformes ont été retrouvés. Cela ne concerne pas uniquement le botox, qui est certainement le produit le plus connu du grand public, mais également d'autres produits qui n'ont aucune raison de se trouver dans ces salons. Prudence et contrôle sont, à mon avis, les maîtres-mots.

01.14 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. De Federale Toezichtcommissie bestaat inderdaad nog maar twee jaar, maar we moeten er wel alles aan doen om dat platform zo goed mogelijk te laten werken en vooral nog aan bekendheid te doen winnen. Ik heb in januari een vraag gesteld over het aantal dossiers. Toen waren het er 25 in Wallonië en 0 in Vlaanderen. Vandaag zijn het er een dertigtal. Ik denk dat er nog heel wat ongeziene incidenten en praktijken plaatsvinden. Er is dus echt werk aan de winkel.

Ik ben gevoelig voor uw voorstel om mysteryshoppers uit te sturen. Dat lijkt me een goed idee. Laat die mysteryshoppers dan tussen de 28 en 35 jaar zijn, want die leeftijdscategorie wordt echt wel getarget. Ik zit op verschillende vormen van sociale media. Het aantal advertenties dat ik dagelijks krijg om ervoor te zorgen dat ik er beter of goed uitzie, kan ik niet tellen. Het zijn er heel veel. Ik vrees dat weinig mensen weten welke gevaren daaraan vasthangen.

Ik sluit mij ook aan bij het voorstel van mevrouw Gijbels van de N-VA om de RIZIV-nummers te plaatsen op de websites van de verstrekkers die het wel mogen uitvoeren. Op die manier hebben mensen een richtlijn bij het kiezen van de verstrekker.

Microneedling en *dermarolling* is niet zo ondergronds als u denkt, mijnheer de minister. Ik denk dat er op elke hoek van de straat wel een schoonheidsspecialiste *microneedling* en *dermarolling* aanbiedt. Dat kost tussen de 60 en 120 euro en is onmiddellijk op afspraak beschikbaar. Ik zou daaraan ook de nodige aandacht geven. Voorts blijft het sensibiliseren, sensibiliseren, sensibiliseren. Dat zal hier heel belangrijk zijn.

01.15 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, u hebt het correcte woord gebruikt en het sentiment uitgedrukt van wat de collega's in deze commissievergadering hebben vertaald: 'revolterend'. De illegale praktijken of de illegale uitoefening van de geneeskunde, waarbij men misbruik maakt van de beperkte kennis van een deel van de bevolking, waarbij men geen kwaliteit levert en waarbij men winstbejag laat voorgaan op zorg, kunnen we niet tolereren.

De collega's houden een pleidooi voor meer controle, een versterking van de controle en een versterking van de samenwerking tussen de verschillende actoren. Dat moeten we inderdaad doen. U

of de volgende regering moet werk maken van een actieplan.

De collega's zijn ook bereid de bevoegdheid van de Federale Toezichtcommissie te versterken en mysteryshoppers in te schakelen. Ik hoop dat alle collega's zich dat zullen herinneren wanneer we een wetsvoorstel of wetsontwerp zullen bespreken voor de versterking van die controleactiviteiten en dat we dan zullen doen wat we in deze commissievergadering hebben verklaard.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Actualiteitsdebat over HPV en toegevoegde vragen van

- **Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De dubbele test (HPV en cytologisch onderzoek)" (56001878C)**
- **Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De HPV-test en de cytologische screening" (56001889C)**
- **Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het aanzetten tot overbodige cytologietesten" (56001902C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De terugbetaling van HPV-tests" (56001945C)**
- **Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De cotesting voor het opsporen van HPV" (56002003C)**
- **Funda Oru aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Cotesting in het kader van de HPV-screening" (56002024C)**

02 Débat d'actualité sur le HPV et questions jointes de

- **Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Le double test (HPV et analyse cytologique)" (56001878C)**
- **Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Le test HPV et l'analyse cytologique" (56001889C)**
- **Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "L'incitation à des analyses cytologiques superflues" (56001902C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Le remboursement des tests HPV" (56001945C)**
- **Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Le co-testing lors du dépistage du HPV" (56002003C)**
- **Funda Oru à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Le co-testing dans le cadre du dépistage du HPV" (56002024C)**

02.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, tot eind 2024 werd in het kader van een bevolkingsonderzoek inzake baarmoederhalskanker elke drie jaar in een cytologietest of uitstrijkje voorzien. Naar aanleiding van de actualisatie van de medische richtlijnen en de beslissing van het Nationaal Intermutualistisch College wordt sinds 1 januari 2025 voor de opsporing van baarmoederhalskanker in eerste instantie gebruikgemaakt van een HPV-test.

Dat is een goede stap. De HPV-test is namelijk een nauwkeurige en vooral ook kostenefficiëntere testmethode. Wij zijn dus zeker voorstander van die test. De test zorgt er ook voor dat vrouwen tussen 30 en 64 jaar niet meer om de drie jaar, maar om de vijf jaar een test moeten laten uitvoeren.

Enkel indien een HPV-test afwijkende resultaten vertoont, is er nog een bijkomend onderzoek via een uitstrijkje nodig. Dat onderzoek wordt dan ook terugbetaald. In andere gevallen zal de patiënt zelf het uitstrijkje moeten betalen. Die kosten bedragen ongeveer 18 euro.

Nu blijkt dat een aantal grote labo's huisartsen en gynaecologen uitdrukkelijk hebben aangeschreven

om hen ertoe aan te sporen alsnog beide testen uit te voeren, dus om zowel de HPV-test als het uitstrijkje aan de patiënten aan te bieden. Dat roept natuurlijk een aantal vragen op, omdat dat niet de richtlijn is die door het Nationaal Intermutualistisch College wordt voorgeschreven en enige vorm van overconsumptie kan teweegbrengen.

Mijn vragen daarover zijn dan ook heel erg kort.

Zijn er ondertussen al klachten binnengekomen van patiënten bij wie een dergelijke onnodige en niet-terugbetaalde test werd afgenomen?

Hebt u zelf al stappen ondernomen om die praktijk tegen te gaan?

Wat kunt en zult u doen om te voorkomen dat onnodige tests worden gedaan en dat labo's daartoe worden aangezet?

Welke stappen kan het RIZIV nemen ten aanzien van de bedoelde labo's?

Ik dank u alvast voor de antwoorden.

02.02 Katleen Bury (VB): De inleiding is perfect gegeven door mevrouw Farih. Ik zal ze dus niet herhalen.

De vraag is duidelijk. Waarom is die dubbele testing nodig?

Een deel van mijn vragen werd al gesteld. Ik heb nog de volgende bijkomende vragen. De Belgische Vereniging voor Pathologie heeft nog niet officieel gereageerd op de situatie. Hoe zult u in samenwerking met die beroepsorganisatie de regeling van die praktijken verbeteren? Zult u met hen in dialoog gaan?

Dan heb ik nog een vraag over de rol van Sciensano in de controle en opvolging van de nieuwe baarmoederhalskankerscreening. Hoe ziet u de samenwerking met de verschillende medische instellingen om die verandering correct door te voeren?

02.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, de situatie is goed geschetst. Ik kom meteen tot mijn vragen.

Mijnheer de minister, hebt u zicht op het aantal labo's dat huisartsen en gynaecologen aanspoort om standaard een bijkomende cytologietest uit te voeren bij vrouwen?

Welke stappen hebt u al gezet om die labo's, die eigenlijk aanzetten tot overconsumptie van tests, te sanctioneren?

02.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, er was een perscommunicatie van Solidaris. Een aantal laboratoria – volgens mijn informatie gaat het over Waalse klinische labs; ik krijg daarvan graag bevestiging – zouden inderdaad huisartsen en gynaecologen hebben aangeschreven. Een extra test kost 18 euro voor de patiënt, maar in het schrijven worden andere bedragen genoemd. Solidaris geeft ook aan dat die brief commercieel gedreven is en dat de extra test geen noodzakelijke meerwaarde biedt voor de patiënten. Solidaris hekelt dat daarmee de wetenschappelijke richtlijnen worden ondermijnd.

Mijnheer de minister, hebt u het schrijven aan die klinische labs zelf gezien? Klopt het dat die brief zonder wetenschappelijke onderbouwing of argumentatie is opgesteld?

Solidaris stelt eigenlijk dat co-testing niet evidencebased is. In de Europese richtlijnen staat echter dat HPV-tests licht superieur scoren. Een beslissing werd genomen; ik betwijfel die niet. Sommige Europese landen houden het echter bij co-testing, dat op vrije wil aan een goed geïnformeerde patiënt kan worden aangeboden. Is co-testing volgens u niet evidencebased? Is dat, zoals de socialistische mutualiteit eigenlijk stelt, echt een vorm van wanpraktijk?

Er wordt melding gemaakt van tests die duurder zijn dan 18 euro. Klopt die berichtgeving? Bent u al

tests duurder dan 18 euro tegengekomen?

De mutualiteit beweert dat co-testing uit winstbejag wordt aangeboden. Sommige anatoom-pathologen geven aan dat die extra test nauwelijks winstgevend was en dat de nomenclatuur helemaal niet toereikend was om de volledige kostprijs te dekken. Welk bedrag kon een laboratorium voorheen aanrekenen voor een cervixcytologie?

Klopt het dat dit dossier besproken werd in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen? Wat was de conclusie van die bespreking?

02.05 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de inleiding is al uitgebreid gegeven. Ik kom meteen tot mijn vragen.

Hebt u al contact gehad met de betrokken laboratoria of met de Federale Vereniging voor Klinische Laboratoria? Welke maatregelen kunt u nemen om ervoor te zorgen dat patiënten correct geïnformeerd worden over de noodzaak van bijkomende testen en niet geconfronteerd worden met onterechte kosten?

Werd deze kwestie besproken in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen op 13 januari? Wat werd er precies besproken en welke beslissingen zijn daar genomen? Zijn er al meldingen van vrouwen die het slachtoffer werden van ongeïnformeerde co-testing?

02.06 **Funda Oru** (Vooruit): Mijnheer de minister, soms schrikken mensen wanneer ze zien wat zij na een behandeling in een ziekenhuis moeten betalen. Wat het nog erger maakt, is dat sommige behandelingen misschien niet nodig waren.

Iedereen hier zal erkennen dat er de voorbije jaren enorme stappen vooruit zijn gezet om onze gezondheidszorg te versterken, eerlijker en toegankelijker te maken. Denk maar aan de inspanningen om onze samenleving gezonder te maken, met de nadruk op preventie. We weten echter ook allemaal dat het werk nog niet af is en dat hervormingen nu eenmaal tijd en overtuigingskracht vragen. In een complexe sector, zoals de gezondheidszorg, is er altijd wel ruimte om te verfijnen en te verbeteren, zeker wanneer het gaat over de bescherming van patiënten tegen onnodige behandelingen en kosten.

De collega's hebben het hierover al uitgebreid gehad. Vandaag blijkt dat er in ons land laboratoria zijn die patiënten tijdens de HPV-screening systematisch oproepen voor een co-testing, hoewel die aanpak indruist tegen de wetenschappelijke richtlijnen en de medische ethiek. De meeste vragen werden al gesteld, maar ik vind het belangrijk om te vernemen of het RIZIV weet over welke laboratoria het gaat. Heeft het RIZIV hen daarop al aangesproken?

De **voorzitter**: Vraagt nog iemand het woord?

02.07 **Meyrem Almaci** (Ecolo-Groen): Ik ben speciaal naar hier gekomen, omdat ik dit debat enorm belangrijk vind. Ik wil hier ook hulde brengen aan een van de mensen die een nieuwe testing mogelijk hebben gemaakt. Het gaat om de betreurde Stephanie Van Houtven, een collega van Vooruit, die ik heel goed heb gekend, met wie ik samen deel uitmaakte van het schepencollege van Borgerhout en die in Antwerpen nog steeds wordt gemist.

De gebeurtenissen die hier worden verteld, zijn ongehoord, want het ze waren onnodig. Men kan mensen niet meer angst aanjagen dan door hen te zeggen dat er zo meer zekerheid is over een eventuele kanker.

Artsen – en de medische sector in het algemeen – hebben een bepaalde status ten aanzien van de patiënten. Die gaan ervan uit dat een zorgverstrekker die medische handelingen uitvoert bekwaam is en handelt met het oog op het welzijn van de patiënt. Als iemand dan oppert om voor alle zekerheid die co-testing te doen, dan is dat niet zomaar een voorstel, maar wel iets dat bij de mensen aankomt. Zij beslissen dan om die test voor alle zekerheid te doen, ook al kost die 18 euro. Ik ben in die zin dus gechoqueerd door wat er gebeurd is.

De nieuwe screening voor baarmoederhalskanker is effectief. Er is na lang overleg beslist om daarop over te stappen. Als laboratoria dan nog proberen artsen te overtuigen om beide testen aan te bieden,

dan is het wel duidelijk dat het nodig is om in te grijpen. Ik verwijs naar de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG), die zelf haar leden heeft gewaarschuwd voor die co-testing en de actieve promotie ervan.

Op basis van welke criteria doen sommige landen wel aan co-testing? Dat lijkt me een relevante vraag. Moet het dan toch niet overwogen worden? Zolang de huidige wettelijke regelgeving van kracht is, is wat nu gebeurt echter onaanvaardbaar.

Bent u in contact geweest met de Belgische vereniging voor pathologen? Bent u in gesprek gegaan met die labo's? Mag men rekenen op een herstel van die onnodige ingrepen? Welke maatregelen bent u van plan te nemen? Is dit besproken in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen? Wat was daarvan het resultaat?

De **voorzitter**: Wenst er iemand zich hierbij aan te sluiten? *(Nee)*

02.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: We zijn inderdaad op de hoogte gebracht van aberrante HPV-screeningspraktijken bij een klein aantal betrokkenen. Daarbij gaat het niet specifiek over pathologen, maar wel over enkele grote laboratoria voor zowel klinische biologie als pathologie die zich schuldig maken aan het onterecht, buiten het afgesproken screeningsalgoritme, aanbieden van extra testen.

Het probleem is uitgebreid besproken op de afgelopen medicomut en het intermutualistisch overleg. We hebben meteen de koe bij de hoorns gevat en alle betrokken partijen samengebracht om een gemeenschappelijke strategie te bepalen. Ik heb de laboratoria in een brief tot de orde geroepen en hun verzocht hun aanvraagformulieren, communicatie en werkwijze in overeenstemming te brengen met het nationaal goedgekeurde algoritme. De Commissie voor klinische biologie en de Commissie voor pathologische anatomie zullen nog een gezamenlijke communicatie uitsturen naar de beroepsgroepen waarin ze benadrukken dat ze de nieuwe screeningsalgoritmes ondersteunen en vragen dat de beroepsgroep die correct mee uitdraagt.

Ook de gynaecologen – de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) en het Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (CRGOLFB) – en Domus Medica en de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) en verbonden organisaties zullen verder inzetten op educatie van de voorschrijvende artsen en de co-test als optie binnen het preventieve baarmoederhalsonderzoek nogmaals correct kaderen: die hoort niet thuis in de screening, tenzij in uitzonderlijke gevallen.

Ook de communicatie naar het grote publiek is van belang. De mutualiteiten moeten hun leden informeren, samen met de screeningsorganisaties en de deelstaten.

Ten slotte is het duidelijk dat wij de uitrol van deze interventie grondig zullen monitoren om aldus de vragen en bezorgdheden zoals die door Solidaris geformuleerd werden adequaat te beantwoorden. Sciensano, het Kankerregister en screeningsorganisaties zullen de komende jaren samen met de beroepsgroepen en de betrokken overheden de nodige data verzamelen om onze interventie te optimaliseren.

Ik wens eraan toe te voegen dat we de HPV-vaccinaties niet uit het oog zullen verliezen en dat er een koppeling van screenings en vaccinatiedata opgezet zal worden. Ik hoop hiermee op uw vragen geantwoord te hebben.

02.09 **Katleen Bury** (VB): Wat mij betreft, lijkt uw antwoord momenteel voldoende geduid. U hebt de informatie doorgegeven. De vraag is hoe de beroepsgroep daarop zal reageren en of die er daadwerkelijk ook gevolg aan zal geven. Het is aan ons en aan u om dat op te volgen. Voor een eerste antwoord is het duidelijk, maar we moeten afwachten of het voldoende is om daarmee aan de slag te gaan en of daarmee die overdreven testing van de baan zal zijn.

02.10 **Nawal Farih** (cd&v): We kunnen perfect teruggaan in de tijd en bekijken wanneer er twee testen simultaan zijn uitgevoerd op een patiënt. Er is nood aan een sanctiebeleid, want het is een vorm van misbruik die niet alleen de patiënten raakt, maar ook onze sociale zekerheid, gelet op de overconsumptie. Dat kan voor mij niet onbestraft blijven. Ik hoop dat we daarom ook de nodige strikte stappen zullen zetten.

02.11 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, het is zeer goed en zeer lovenswaardig dat u onmiddellijk het initiatief hebt genomen om een brief met de correcte werkwijze te sturen naar al die labo's. Ik kan me echter niet van de indruk ontdoen dat er toch misbruiken zijn die leiden tot overconsumpties. In die zin is het jammer dat u geen cijfers kunt geven van het aantal keren dat die testen tot op heden effectief samen uitgevoerd zijn.

De situatie is nog vrij nieuw – sinds begin dit jaar – en monitoring zal zeker belangrijk zijn. Zoals collega Nawal terecht opmerkt, moeten we overconsumptie kunnen aanpakken door er eventueel sancties tegenover te zetten. We hebben dan wel eerst en vooral goede informatie nodig. Onze gezondheidszorg heeft nood aan een goede opvolging en meer data.

02.12 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, patiënten informeren is een van de taken van de ziekenfondsen. U geeft zelf aan dat het over een heel kleine groep gaat. Ik heb het eigenlijk echt gehad met de polariserende taal die ziekenfondsen spreken over de relatie tussen patiënt en arts. Die ondermijnt het vertrouwen in de artsen. Er bestaat nog zoiets als therapeutische vrijheid.

De HPV-tests zijn wetenschappelijk gefundeerd en de beslissing is genomen. In individuele gevallen, u hebt het ook aangegeven, kan de arts echter oordelen dat een cytologische test ook noodzakelijk is. Het gaat dan om 18 euro. Collega's, 10 % van de carcinomen worden niet ontdekt met een HPV-test. Op HPV 74, die spinocellulaire carcinomen kan veroorzaken, wordt niet getest. Nochtans is die vorm in opmars.

Laten we in dergelijke discussie gewoon redelijk blijven. Uiteraard mogen er geen tests verkocht worden die niet noodzakelijk zijn, maar het klopt ook dat er is een lichte wetenschappelijke evidentie is om bij die HPV-tests co-testing te verkiezen. En neen, niet alle gynaecologen, artsen of anatome pathologen doen dat uit geldbejag.

Ik heb u naar de nomenclatuur gevraagd. Ik heb gevraagd hoeveel een labo krijgt voor een cytologische test. U hebt daarop niet geantwoord, mijnheer de minister. Er valt gewoon geen grote winst te maken met die tests.

Laten we eerlijk zijn ten aanzien van de patiënten. Laten we er alstublieft niet in meegaan. De ene keer schrijft een arts te veel antidepressiva voor, de andere keer te veel ziekteverlof en nu gaat het over cytologische tests. Ik vertrouw nog steeds op de therapeutische interpretatie van de arts.

02.13 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Als er iets is dat de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverstreker schaadt, dan is het wel de praktijk die vandaag ter discussie staat, waarbij labo's artsen proberen te overtuigen om onnodige testen te laten uitvoeren. De gynaecologen hebben zelf op de brieven gereageerd met de stelling dat die ongegronde angst opwekken over de huidige screening. Ze beschouwen die aanpak als onethisch en tegen de evidencebased geneeskunde.

Het is dus heel correct dat het Parlement daarop ingrijpt. We moeten steeds heel kritisch kijken naar het argument om de patiënten de vrije keuze te laten, want we weten dat er in de geneeskunde een onevenwicht in kennis is bij het maken van bepaalde keuzes. Als er evidencebased geneeskunde is, moet die worden toegepast. Dergelijke praktijken zijn onethisch en daar moeten we iets aan doen. Ik vind het goed dat we de eerste stap zetten om dat in kaart te brengen en op te volgen, maar ik ben dezelfde mening toegedaan als cd&v: we moeten overgaan tot sancties als er sprake is van misbruik.

02.14 Funda Oru (Vooruit): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. De twee actualiteitsdebatten van vandaag tonen aan dat de gezondheidssector een sector in beweging is, met nieuwe technologieën, inzichten en wetgeving, meestal in het voordeel van de patiënt, maar soms ook niet. We zien immers dat er misbruik is door onbevoegden die medische handelingen uitvoeren, maar ook door bevoegden in de medische sector zelf die misbruik maken van de wetgeving en die niet altijd handelen in de geest van de wetgeving. Het is aan de politici om daarvoor alert te zijn.

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

03 Vraag van Kristien Verbelen aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Fraude via spookconsultaties" (56001016C)

03 Question de Kristien Verbelen à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "La fraude consistant à introduire des consultations fantômes" (56001016C)

03.01 **Kristien Verbelen** (VB): Mijnheer de minister, een tijd geleden kwam ernstige fraude aan het licht in Brusselse medische centra, waar valse consultaties en prestaties werden gedeclareerd via het derde-betalersysteem. Zonder medeweten van patiënten werden hun persoonsgegevens misbruikt om onterecht geld terug te vorderen. Dat roept natuurlijk vragen op over de veiligheid en controlemechanismen binnen ons gezondheidssysteem.

Het lijkt erop dat die fraude vergemakkelijkt wordt door de manier waarop het systeem is opgebouwd. Alleen met het rijksregisternummer of de identiteitskaart kunnen zorgverleners prestaties declareren, zonder dat sluitend bewijs nodig is, terwijl het derde-betalersysteem bedoeld is om zorg toegankelijker te maken, alleszins niet om fraudeurs vrijgeleide te geven.

Mijnheer de minister, aangezien de fraude al even geleden aan het licht kwam, vraag ik me af of er al concrete maatregelen genomen dan wel gepland zijn om dat probleem structureel aan te pakken. Overweegt u strengere sancties voor zorgverleners en centra die zich daaraan schuldig maken, zodat dergelijke praktijken niet ongestraft blijven? Hoe kunnen patiënten beter beschermd worden tegen misbruik van hun gegevens? Kunnen zij fouten op een of andere manier sneller melden?

Het probleem schendt niet enkel het vertrouwen in ons zorgsysteem, maar ook de rechten en de privacy van de patiënten. Ik kijk dan ook uit naar uw antwoord.

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Verbelen, het derde-betalersysteem is inderdaad een essentieel onderdeel van de toegang tot de zorg voor alle patiënten. Om fraude te voorkomen, is het ook belangrijk dat alle verzekerden zicht krijgen op wat op hun naam wordt aangerekend.

Sinds 2015 is het voor zorgverleners wettelijk verplicht om een bewijsstuk of een vereenvoudigd bewijsstuk aan de patiënt uit te reiken, waarin onder meer het te betalen bedrag en de tegemoetkoming van het ziekenfonds duidelijk vermeld zijn. Ik verwijs naar artikel 53, § 1/2 van de ZIV-wet. Dat moeten zorgverleners doen in de volgende situaties:

Ten eerste, als men tegelijkertijd vergoedbare en niet-vergoedbare verstrekkingen attesteert.

Ten tweede, sinds 9 juni 2022 als men exclusief niet-vergoedbare verstrekkingen attesteert.

Ten derde, als men verstrekkingen elektronisch attesteert, omdat de patiënt in dat geval geen papieren getuigschrift voor verstrekte hulp ontvangt.

Samengevat, alleen bij het attesteren van exclusief vergoedbare verstrekkingen in het papieren circuit is er geen verplichting tot de uitreiking van een bewijsstuk, omdat de patiënt zelf dan reeds het attest heeft.

Dus ook als men niets int van de patiënt, als er een volledige vergoeding is of als er geen inning is van het persoonlijk aandeel, moet men een dergelijk bewijsstuk afleveren, want het bewijsstuk heeft tot doel om de patiënt te sensibiliseren en te responsabiliseren inzake de kosten van geneeskundige verzorging. De reglementering voorziet dat het bewijsstuk voor elektronisch attesteren langs elektronische weg uitgereikt kan worden, maar dan moet er wel rekening gehouden worden met alle andere toepasselijke reglementeringen, in het bijzonder de GDPR-wetgeving.

De enige opties die hierdoor wettelijk toegelaten zijn, zijn ofwel het bewijsstuk doorsturen naar de persoonlijke e-box van de patiënt of een beveiligd uitwisselingssysteem dat een gelijkwaardig veiligheidsniveau garandeert en dat bovendien werd goedgekeurd door de bevoegde autoriteiten. Ik kan bijvoorbeeld verwijzen naar de Helenatoepassing.

De Gvu-wet voorziet in een administratieve boete van 50 euro, te vermenigvuldigen met het aantal betrokken sociaalverzekerden, met een maximum van 5.000 euro, in geval van een inbreuk op de verplichting tot uitreiking van het bewijsstuk.

In het actieplan *Handhaving voor de Gezondheidszorg 2024-2026*, dat u kunt vinden op de website van het RIZIV, is als een van de vier actiepunten een verdere transparantie opgenomen, meer bepaald op pagina 18, onder het punt 7.2 *Transparantie van alle nodige info*. Dat actiepunt beoogt de bestaande informatiestromen aan te vullen en te vervolledigen, om zo alle betrokken partijen optimaal inzicht te geven in de samenstelling van de totale zorgfactuur.

Indien de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle de aanrekening van niet-uitgevoerde prestaties vaststelt, volgt, naast de terugvordering van de bedragen, ook de vraag aan de bevoegde instanties tot het opleggen van een financiële sanctie, die kan oplopen tot 200 % van het vastgestelde bedrag.

Zoals verduidelijkt bij vraag 1, zijn transparantie en duidelijke communicatie naar verzekerden essentieel, zodat die zicht hebben op wat in hun naam wordt gefactureerd en wat met hun gegevens gebeurt.

03.03 Kristien Verbelen (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik begrijp dus dat er wel bescherming is voor de patiënten, maar ik hoop dat we in de toekomst de patiënten nog meer op hun rechten kunnen wijzen en dat die bescherming kan worden verbeterd. Het zou jammer zijn mocht een systeem dat de zorg toegankelijk moet maken, fraude in de hand zou werken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik heb net aan mijn medewerkers gevraagd hoe het zit met het actualiteitsdebat over de griep, maar zij weten nergens van. Het is niet reglementair om zomaar te beslissen dat de samengevoegde vragen onder een bepaald agendapunt plots een actualiteitsdebat worden. Ik ben daar helemaal niet op voorbereid.

Le **président:** Monsieur le ministre, à partir du moment où il y a quatre questions jointes, je peux décider de la tenue d'un débat d'actualité, sauf si vous nous dites ne pas disposer d'informations.

03.05 Frank Vandenbroucke, ministre: Si vous voulez commencer ce débat maintenant, je n'ai rien de préparé pour y répondre.

Le **président:** Si vous n'avez pas de réponse à donner aux commissaires, monsieur le ministre, c'est effectivement un peu embêtant. Nous allons donc revenir à l'ordre qui était prévu. Désolé pour les commissaires, dont M. De Smet, qui a couru entre toutes les commissions pour venir poser sa question, et Mme Depoorter également. Ce sont les aléas du direct.

Nous poursuivons donc l'ordre du jour.

04 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Dementie" (56001053C)

04 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "La démence" (56001053C)

04.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, op 21 november 2024 organiseerde Alzheimerliga Vlaanderen een congres over dementie. De nadruk lag daar op preventie en werden er vragen beantwoord als hoe kunnen we voorkomen dat mensen dement worden en hoe kunnen we ingrijpen bij de eerste tekenen van cognitieve achteruitgang om progressie te stoppen of op z'n minst te vertragen.

Het Vlaams Dementieplan gaat volgens de organisatoren en de sprekers niet ver genoeg. De verschillende sprekers, waaronder ook een aantal internationale, beklemtoonden het belang van gezonde voeding, lichaamsbeweging, cardiovasculair onderzoek, sociale contacten en cognitieve activiteit. Ze verwezen daarbij naar studies over het FINGER-model, dat in Finland en Zweden geïmplementeerd werd.

Wat is uw visie op de rol van het federale niveau in de preventie van dementie en hoe werkt u samen met de regio's om overlapping te voorkomen?

Bent u van plan een federaal dementieplan op te stellen in samenwerking met de patiëntenverenigingen?

Welke rol ziet u voor het RIZIV in de financiering van preventieve maatregelen, zoals jaarlijkse cardiovasculaire screenings, gezonde voeding en beweegprogramma's ter preventie van dementie en tal van andere ziekten, en ter verbetering van de algemene gezondheid? Zijn hiervoor wetswijzigingen of aanpassingen van de nomenclatuur nodig?

Zijn er plannen om nationale bewustmakingscampagnes te lanceren over de link tussen levensstijl, beweging en voeding, en dementie?

Hoe ondersteunt de federale overheid onderzoek naar dementie en de ontwikkeling van innovatieve behandelingen, bijvoorbeeld via samenwerking met Europese projecten of subsidies?

Zult u inzetten op de verdere ontwikkeling van technologieën, zoals digitale gezondheidstools, om mantelzorgers en patiënten beter te ondersteunen?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collectieve preventie in verband met dementie valt eigenlijk onder de bevoegdheid van de deelstaten. Zo wordt in Vlaanderen het Vlaams Expertisecentrum Dementie gesubsidieerd door de Vlaamse regering. Op zijn website vindt u informatie over acties inzake preventie. Men kan er ook gratis campagnemateriaal vinden, aangeboden met de steun van Vlaanderen.

Ik wil echter niet in een zeer geïsoleerde visie op preventie stappen. Preventie van dementie moet deel uitmaken van een globale aanpak van alle degeneratieve aandoeningen die mensen in toenemende mate erg kwetsbaar maken.

Het blijft ook na de diagnose van dementie belangrijk om in te zetten op gezondheid – denk aan voeding, bewegen, niet roken en alcohol vermijden – en op sociale contacten. Het voorkomen, de vroege detectie, de versterking van de veerkracht en de autonomie, de vaccinaties, het behoud van spierkracht en gezondheidsinformatie vormen belangrijke aspecten in de aanpak van dementie. Bij die aanpak gaat het niet enkel om acties ten aanzien van individuele personen, bijvoorbeeld in het kader van de huisartsconsultatie, maar ook over proactieve initiatieven, bijvoorbeeld in het kader van het gemeentelijke seniorenbeleid.

De samenwerking over de grenzen heen van gezondheidszorg, welzijnszorg en gemeentelijk beleid is cruciaal. Ons antwoord aan patiënten, gezinnen en mantelzorgers die met dementie worden geconfronteerd, moet er een zijn van een geïntegreerde aanpak over de bevoegdheden heen. De basis voor zo'n geïntegreerde aanpak werd op 8 november gelegd in het protocolakkoord van de interministeriële conferentie Volksgezondheid en werd ondertussen geconcretiseerd in overeenkomsten tussen de gefedereerde entiteiten en het Verzekeringscomité van het RIZIV inzake een programma voor de aanpak van psychosociale risico's in het kader van perinatale zorg. In dat protocolakkoord is afgesproken dat er ook twee andere programma's zullen worden uitgewerkt, waaronder het programma gericht op geïntegreerde zorg ten aanzien van kwetsbare personen.

Inmiddels zijn de besprekingen in de IMC gestart om het programma concreet uit te werken, zodat het in de loop van 2025 kan worden uitgevoerd via overeenkomsten tussen de ziekteverzekering en de gemeenschapsadministraties.

De patiëntenverenigingen zijn betrokken bij de besprekingen via brede consultatie zowel bij het uitwerken van een programma als bij de opvolging ervan in het RIZIV, bijvoorbeeld door deelname aan de permanente werkgroep van het Verzekeringscomité. De werkgroep werd oorspronkelijk opgericht voor de opvolging van de inmiddels afgelopen projecten geïntegreerde zorg, maar het is een nuttig platform in het Verzekeringscomité gebleken voor de inhoudelijke opvolging vanuit de ziekteverzekering van verdere initiatieven inzake geïntegreerde zorg. In de werkgroep zijn niet alleen zorgverleners en verzekeringsinstellingen aanwezig, maar ook vertegenwoordigers van de patiëntenorganisaties. Daarnaast worden de FOD Volksgezondheid en de gezondheidsadministraties van de gefedereerde entiteiten uitgenodigd.

Welke rol zie ik voor het RIZIV? Het RIZIV kan optreden bij evidencebased interventies, die de inzet vragen van gezondheidszorgbeoefenaars. Dat is vandaag bijvoorbeeld al het geval bij de eerstelijns psychologische zorg, waarbij de inzet van klinisch psychologen en orthopedagogen in gemeenschapsgerichte programma's en groepsessies vergoed wordt door het RIZIV en waarbij outreaching gebeurt naar vindplaatsen zoals huisartsenpraktijken maar ook scholen, CLB's en OverKophuizen.

Niets belet om dat ook te doen in bijvoorbeeld lokale dienstencentra. Het RIZIV financiert ook bepaalde maatregelen die de zorg voor mensen met dementie verbetert. Voor veel patiënten in een woonzorgcentrum, onder wie ook mensen met dementie, is naast een goede opvolging door de huisarts op een gegeven ogenblik ook een bijzondere follow-up nodig door een neuroloog, psychiater, neuropsychiater of geriater. Vanaf 1 juni 2024 heeft het RIZIV daarvoor nieuwe nomenclatuurnummers ingevoerd in overeenstemming met het honorarium dat vandaag bestaat voor een pluridisciplinaire geriatrische evaluatie. Dat is erg belangrijk voor de identificatie van secundaire preventienoden.

Zijn er plannen voor bewustmakingscampagnes? Dat is een typische bevoegdheid van de deelstaten.

Hoe ondersteunt de federale overheid onderzoek naar dementie? Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) financiert geen studies naar innovatieve behandelingen, maar financiert via het KCE Trialsprogramma wel pragmatische trials die een bestaande praktijk vergelijken met een andere praktijk waarvoor geen commerciële interesse bestaat. Dat kan gaan over behandelingen, alsook over diagnostische strategieën. Er lopen op het moment geen studies in het domein van dementie binnen het portfolio van KCE Trials.

Een KCE-rapport over de organisatie van zorg voor mensen met jongdementie is ter goedkeuring voorgelegd aan de raad van bestuur. De studie werd op 23 januari 2025 gepubliceerd op de KCE-website.

Via het Gezondheidstoestandsrapport en de Belgische nationale ziektebelastingstudie volgt Sciensano de epidemiologische trends in dementie. Beide rapporten geven inzicht in belangrijke sociodemografische verschillen in het voorkomen van de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie. Ze geven ook inzicht in de evolutie van de aandoening over de tijd. Dat ondersteunt ook innovatie in onderzoek naar dementie door het identificeren van risicogroepen en trends, waarbij preventie en interventie beter kunnen worden afgestemd.

Ik zal inderdaad inzetten op de verdere ontwikkeling van technologieën. Digitale ondersteuning maakt deel uit van de geïntegreerde aanpak, die ik reeds in mijn antwoord op uw eerste vraag heb toegelicht.

04.03 Dominiek Sneppe (VB): Dankuwel voor uw uitgebreide antwoord, dat ik zeker nog eens zal herbeluisteren. Ik ben het met u eens dat een geïntegreerde aanpak nodig is. Ik ben blij dat u daar de afgelopen maand nog over hebt samengezeten en dat u het programma geïntegreerde zorg in de loop van 2025 wil uitrollen. We zullen dat verder opvolgen.

Er liggen inderdaad veel bevoegdheden bij de deelstaten. Via overleg in de interministeriële conferentie kan iedereen echter zijn steentje bijdragen.

Als dementie door de vergrijzing inderdaad een toenemend probleem is, zoals ook studies uitwijzen, moeten we dat met argusogen volgen en misschien proberen dat te voorkomen door het FINGER-model toe te passen, dat in Finland en Zweden al is ingevoerd. Op het congres van de Alzheimerliga bleek dat er een studie loopt over dat model. We kijken uit naar het resultaat en hopen dat, als het evidencebased blijkt, het ook in ons land geïmplementeerd zal worden.

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

05 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het hartpatiëntje Daisy" (56001054C)

05 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Le cas de la jeune Daisy, atteinte d'une malformation cardiaque" (56001054C)

05.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, de tragische zaak van Daisy, een hartpatiëntje, bracht vorig jaar de gevolgen van de invoering van de Europese verordening inzake medische hulpmiddelen (MDR) onder de schijnwerpers. Het tekort aan het specifieke medische hulpmiddel dat nodig was voor haar behandeling werd gelinkt aan vertragingen bij de certificering van medische hulpmiddelen onder de nieuwe regelgeving. De situatie illustreerde de bredere impact van de MDR, waaronder moeilijkheden om toegang te krijgen tot kritieke hulpmiddelen, vooral voor zeldzame of pediatrische behandelingen.

Toen ik u ongeveer een jaar geleden daarover een vraag stelde, zei u dat u het dossier van dichtbij zou opvolgen. U zou de nodige informatie opvragen en contact leggen met de behandelende geneesheer. Wat is daarvan ondertussen in huis gekomen?

Hebt u contact gehad met de ouders van Daisy?

Hebt u contact gehad met de behandelende geneesheer?

Welke concrete stappen zijn uit beide contacten gegroeid?

Welke stappen zult u op Europees niveau nog verder ondernemen?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De Europese verordening inzake medische hulpmiddelen stelt hogere eisen op het vlak van de kwaliteit en de veiligheid, met de bedoeling de gezondheid van de patiënten en de gebruikers te waarborgen.

Ik ben op de hoogte van de tekorten en de risico's op tekorten van bepaalde medische hulpmiddelen op de Europese markt. Die zijn niet enkel te wijten aan de strengere eisen die de verordening aan de verschillende actoren oplegt. Er zijn meerdere mogelijke oorzaken, bijvoorbeeld het tekort aan bepaalde grondstoffen, een toename van de vraag als gevolg van een tekort aan een geneesmiddel, en politieke crisissen.

Ik ben me er ook van bewust dat de fabrikant in bepaalde omstandigheden om economische redenen, los van het regelgevende kader, beslist hulpmiddelen niet langer te produceren.

Nu zijn er inzake medische hulpmiddelen al heel wat maatregelen genomen om tekorten te voorkomen of tegen te gaan, onder andere de verordening 2023/607, die door het verlengen van de overgangperiode meer tijd geeft aan de fabrikanten om het hulpmiddel in overeenstemming te brengen met de eisen van de nieuwe Europese verordening, en aan de aangemelde instanties om de dossiers te evalueren.

Op Europees niveau is er bijvoorbeeld een werkgroep samengesteld die werkt aan een specifiek kader voor de zogenoemde *orphan devices*, om op die manier oplossingen te kunnen bieden bij nichedomeinen als pediatrie, die per definitie zeer zelden worden gebruikt.

In juni 2024 is een eerste gids verschenen die moet helpen bij het certificeren van dergelijke hulpmiddelen. De hogere vereisten die de MDR stelt op het vlak van klinisch onderzoek en klinisch bewijs zijn voor *orphan devices* een enorme uitdaging, precies omdat die hulpmiddelen jaarlijks slechts voor een kleine hoeveelheid patiënten worden gebruikt.

Specifiek op dat punt kan de gids de fabrikanten ondersteunen om de vereiste minimale data te verkrijgen.

Er loopt ook een pilootprogramma waarbij de fabrikanten van *orphan devices* advies kunnen vragen over het statuut van hun hulpmiddelen en de benodigde data voor de klinische evaluatie aan de expertpanels. Die vorm van advies aan de fabrikanten kan, zeker voor kleine en middelgrote

ondernemingen, een belangrijk instrument zijn om innovatie en toegankelijkheid tot medische hulpmiddelen te bevorderen.

De MDR voorziet ook in de mogelijkheid voor bevoegde autoriteiten om af te wijken van de conformiteitsbeoordelingsprocedure, wanneer het gebruik van een bepaald hulpmiddel in het belang van de volksgezondheid of de veiligheid of gezondheid van patiënten is. Op die manier kan een bevoegde autoriteit toestaan dat een hulpmiddel zonder CE-markering in bepaalde gevallen toch nationaal kan worden gebruikt.

Er worden twee procedures onderscheiden: een derogatie of een afwijking voor een specifieke patiënt, de zogenaamde *compassionate use*-procedure, en een nationale derogatie voor een bepaald hulpmiddel. Beide procedures worden door het FAGG geregeld toegepast, ook voor pediatrie hulpmiddelen.

Vanaf 10 januari 2025 zijn fabrikanten ook verplicht om de bevoegde autoriteiten en de actoren in de toeleveringsketen op de hoogte te brengen in het geval van onderbrekingen of stopzettingen van de levering van medische hulpmiddelen, wanneer dat zou kunnen leiden tot ernstige schade of een risico op ernstige schade. Op die manier kunnen zowel de autoriteiten als de zorginstellingen sneller anticiperen en, indien nodig, risicobeperkende maatregelen nemen.

Er zijn ook verschillende projecten die door de Europese Commissie mee worden gefinancierd onder het EU4Health-programma. Zo is er het DeCODE-consortium, dat in september 2024 zijn startvergadering in Brussel had. Het doel daarvan is het katalyseren van innovatie en tegemoetkomen aan de unieke zorgbehoefte van mensen die leven met een zeldzame ziekte, in het bijzonder kinderen. De samenwerkingsgroep, bestaande uit klinici, onderzoekers, experts uit industrie en regelgevende instanties, zal een platform creëren voor de ontwikkeling van veilige en effectieve medisch hulpmiddelen voor kinderen.

Er zijn contacten geweest met de ouders van Daisy en de behandelende arts. Het FAGG heeft mij bevestigd dat het nadien de toegekende derogatie heeft aangepast, teneinde tegemoet te komen aan de vraag van de behandelende arts en andere pediatrie cardiologen in het algemeen. Het ging om de schrapping bij derogatie van een Z6-atrioseptostomiekatheder, op voorwaarde dat die alleen mocht gebruikt worden wanneer een Z5-atrioseptostomiekatheder niet beschikbaar was.

Welke concrete stappen zijn daaruit gegroeid? Op Europees vlak zijn al verschillende stappen gezet om meer ondersteuning te kunnen bieden aan fabrikanten van *orphan devices* om op die manier de beschikbaarheid van dergelijke hulpmiddelen op de Belgische en Europese markt te waarborgen. Het FAGG werkt als actief lid mee in die werkgroepen.

Daarnaast zijn er al verschillende nationale derogaties verleend voor pediatrie hulpmiddelen om daarmee de veiligheid en de gezondheid van de betrokken patiënten te beschermen.

U vraagt welke stappen ik op Europees niveau nog zal zetten. Het is mijn bedoeling dat in de Europese werkgroep voor *orphan devices* de ervaringen met betrekking tot de toepassing van de MDCG 2024-10-gids en het proefprogramma worden geëvalueerd.

Het proefprogramma betreffende het raadplegen van de expertpanels heeft als doel tekorten van medische hulpmiddelen specifiek voor pediatrie patiënten, te voorkomen. Er zullen zowel aanvragen van fabrikanten als van aangemelde instanties worden behandeld. De testfase zal lopen tot eind 2025 en tot dan zullen daarvoor geen kosten worden aangerekend.

05.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, u had mij uw toelichting over de problemen met medische hulpmiddelen en de verordening ter zake kunnen besparen, want die zijn me bekend.

U antwoordt dat u contact had met de ouders van Daisy. Wat bedoelt u daarmee? Ik had immers wel contact met de ouders en zij beweren dat u onvoldoende tot niets hebt gedaan. U was onvoldoende bekommerd, vertoonde onvoldoende daadkracht en zette onvoldoende concrete stappen.

Ik heb in de commissie regelmatig vragen gesteld over tekorten van geneesmiddelen, maar ook bij de medische hulpmiddelen zijn er tekorten. Soms zijn er daarvoor verzachtende omstandigheden, maar in

dit geval ging het om een levensnoodzakelijk koppelstuk dat in ons land niet voorhanden was, maar wel in Nederland. Het ging dus niet om een gebrek aan grondstoffen of een stilstand in de productie bijvoorbeeld.

Ondertussen is dat meisje van drie jaar overleden, net omdat een dergelijk koppelstuk niet voorhanden was. U gaat er nogal licht over en u bent het gewoon om de vraag te verzuipen in heel wat informatie die we misschien wel moeten hebben; maar die niet ter zake doet. Als wij een vraag stellen, hebben we meestal wel al wat achtergrondinformatie.

De kernvraag blijft hoe we de tekorten wegwerken. Hoe is het in hemelsnaam mogelijk dat het medisch hulpmiddel in Nederland wel beschikbaar was, maar in België niet? Dat moet u me bij een volgende vraag nog eens deftig uitleggen, zonder rond de pot te draaien. Mijnheer de minister, het is een regelrechte schande voor een land zoals België dat we met dergelijke problemen kampen. De situatie kost levens, want ondertussen is dat meisje gestorven.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 56001069C en 56001793C van mevrouw Eggermont en mevrouw Gijbels zijn uitgesteld.

06 Samengevoegde vragen van

- **Eva Demesmaeker aan Annelies Verlinden (Binnenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen en Democratische Vernieuwing) over "Nederlandsonkundige hulpverleners in de rand rond Brussel" (56001153C)**

- **Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Nederlandsonkundige hulpverleners in de rand rond Brussel" (56001194C)**

06 Questions jointes de

- **Eva Demesmaeker à Annelies Verlinden (Intérieur, Réformes instit. et Renouveau démocratique) sur "La méconnaissance du néerlandais par les services de secours dans la périphérie bruxelloise" (56001153C)**

- **Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "La méconnaissance du néerlandais par les services de secours dans la périphérie bruxelloise" (56001194C)**

06.01 **Eva Demesmaeker** (N-VA): Mijnheer de minister, de Irisziekenhuizen Zuid en de Ziekenhuizengroep Chirec lanceerden hun nieuw paramedisch interventieteam (PIT), dat sinds maandag 1 oktober 2024 operationeel is. Blijkbaar valt niet alleen Brussel, maar vallen ook delen van de Vlaamse Rand en Halle onder het werkingsgebied van het Anderlechtse Bracopsziekenhuis waaraan dat PIT verbonden is. De dienst is nog maar net van start gegaan of de eerste meldingen over Nederlandsonkundig personeel bereiken mij al.

Dat roept voor ons nare herinneringen op aan vijftien jaar geleden, toen Halle nog geen eigen MUG had. We kregen toen te maken met Nederlandsonkundige dienstverlening uit Wallonië en Brussel, en dat bij ernstige noodgevallen. We hadden gehoopt dat we dat met de komst van een eigen MUG nooit meer zouden meemaken. Wel dus.

Beeldt u zich in, mijnheer de minister, dat u in nood geholpen wordt door iemand die u niet begrijpt en dat hulpverleners u cruciale vragen stellen in een taal die u niet goed verstaat. Het gaat daarbij niet over iets banaals als eten bestellen op restaurant, maar over hulpverlening die cruciaal is. De bestuurstaalwet is van toepassing op erkende spoedgevallendiensten.

Bevestigt u dat het hier gaat over een erkende spoedgevallendienst? Waarom is er dan geen tweetalige dienstverlening? Wat is de procedure als de noodcentrale wordt gebeld? Wat is het werkingsgebied van dit PIT? Waarom behoort Halle daartoe? Wat zijn de andere opties? Hoe zult u die Nederlandstalige dienstverlening in de toekomst verzekeren?

Bevestigt u de goede werking van de MUG-dienst verbonden aan het AZ Sint-Maria van Halle? Zult u de mogelijkheid onderzoeken om een eigen PIT te voorzien in dat ziekenhuis dat dan het Pajottenland

en de Vlaamse Rand kan bedienen?

06.02 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik heb u al verschillende vragen over het betreffende thema gesteld, ook in de vorige legislatuur naar aanleiding van een incident waarbij een kindje overleed.

Een taalbarrière kan echt levensbedreigend zijn op het moment dat er reanimaties aan te pas moeten komen en de mensen de hulpverleners niet verstaan. Ik weet dat de problematiek u na aan het hart ligt. Destijds hebt u daar fundamenteel op geantwoord. U hebt ook geprobeerd om aan bepaalde zaken tegemoet te komen.

De collega heeft de recente lancering van het PIT al uiteengezet. Het zou moeten gaan om een tweetalige dienstverlening. Hoe kan dat gewaarborgd worden, want in de praktijk is de dienstverlening niet tweetalig?

Waarom valt Halle onder dat werkingsgebied?

Zijn er audits gepland om de tweetaligheid te evalueren?

Wanneer niet aan de voorwaarden wordt voldaan, bent u dan bereid om een PIT te onderzoeken, specifiek gericht op de Vlaamse Rand en het Pajottenland?

Hoe zult u waarborgen en controleren dat hulpverleners voldoen aan de taalvereisten, zodat we hier niet steeds dezelfde vragen moeten blijven stellen?

06.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik overloop uw vragen. Is dit een erkende spoedgevallendienst? Sinds 1 oktober 2024 is er binnen het netwerk dat bestaat uit de ziekenhuizen Zuid en de Chirec-groep inderdaad een nieuwe PIT-permanentie opgestart. Dat PIT kent een alternerende standplaats tussen de twee sites in Anderlecht, namelijk de site Bracops en de site Sint-Anna Sint-Remi. Op de site Sint-Anna Sint-Remi is er een erkende spoedgevallendienst aanwezig.

Moet er een tweetalige dienstverlening zijn? Het klopt inderdaad dat erkende ziekenhuizen die gelegen zijn binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tweetaligheid moeten garanderen. Ze vallen namelijk onder de toepassing van het KB van 18 juli 1966 betreffende het gebruik van de taal in bestuurszaken. Dat geldt ook voor hun functies met betrekking tot de dringende geneeskundige hulpverlening. De taalrol van het personeel is in dezen van ondergeschikt belang. De tweetaligheid van de dienstverlening moet worden gegarandeerd.

Komt er controle? Het is de Vaste Commissie voor Taaltoezicht die bevoegd en belast is met het algemeen toezicht op de toepassing van de taalwetgeving en de controle daarop. De Vaste Commissie voor Taaltoezicht valt onder de bevoegdheid van Binnenlandse Zaken.

Voor alle duidelijkheid, ik vind het zelf een zeer belangrijke problematiek. Wanneer u echt wilt inzoomen op de controle door de Vaste Commissie voor Taaltoezicht, moet u eigenlijk de minister van Binnenlandse Zaken daarover ondervragen. Dat wil niet zeggen dat ik het niet belangrijk vind.

Waarom valt Halle onder het werkingsgebied van dit Anderlechts PIT? De middelen voor dringende geneeskundige hulpverlening kennen wel een theoretisch grondgebied, maar de toepassing is in de praktijk dynamisch. Het aansturen van de middelen is namelijk steeds gebaseerd op het principe dat het dichtstbijzijnde middel wordt aangestuurd. Daarbij wordt het dichtstbijzijnde niet gerekend in afstand, maar in rijtijd.

Wanneer het dichtstbijzijnde middel niet beschikbaar is, omdat het bijvoorbeeld al een opdracht uitvoert, zal het volgende middel uit de lijst aangestuurd worden. Het is dan ook niet ongewoon voor een middel van dringende geneeskundige hulpverlening om buiten het theoretische grondgebied te worden ingezet.

Voor het grondgebied Halle is de theoretische volgorde van de PIT-ploegen voor de Grote Markt/Centrum Halle: PIT-Elsene met een aanrijtijd van 15 minuten, PIT-Anderlecht met een aanrijtijd van 16 minuten, PIT-Sint-Pieter Brussel 19 minuten, PIT-UZ-Brussel 20 minuten, PIT-Etterbeek en PIT-Asse 24 minuten.

Dan is er de vraag of er in Halle een eigen PIT-dienst komt. Die is er ooit wel geweest, maar het ziekenhuis van Halle heeft die moeten staken bij de opstart van hun MUG. Indien het ziekenhuis van Halle voldoende verpleegkundig personeel weet aan te werven voor de heropstart van het PIT, dan behoort een PIT in Halle zeker tot de mogelijkheden.

06.04 **Eva Demesmaeker** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Ik vind dit wel bijzonder want ik heb de vraag in eerste instantie aan mevrouw Verlinden gesteld, die ze dan naar deze commissie heeft doorgestuurd. Ik zal ze dus opnieuw indienen in de commissie voor Binnenlandse Zaken, Veiligheid, Migratie en Bestuurszaken.

Het verbaast me dat die tweetaligheid nog steeds geen garantie is. We hebben inderdaad een eigen MUG, maar die moet vaak hulp bieden in Wallonië, waardoor die niet beschikbaar is voor Halle en de Vlaamse Rand. Wij krijgen dan het PIT uit het Brusselse op bezoek en daar loopt het dan fout.

Via de commissie voor Binnenlandse Zaken moeten we dan op een controle drukken, maar eigenlijk zou het niet mogen dat we hier steeds opnieuw dezelfde vragen moeten stellen. Ik stel ook vast dat ik me moet richten tot AZ Sint-Mariaziekenhuis om te kijken of er daar extra mogelijkheden zijn op het vlak van personeel. Zo kunnen we misschien zelf voorzien in een eigen PIT, want dat lijkt me noodzakelijk voor de Vlaamse Rand en het Pajottenland.

06.05 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik weet één ding: indien Fransonkundigen in een MUG meerijden en veel interventies in Wallonië doen, dan zou het kot te klein zijn. Er wordt echter gelaten over gedaan en er wordt naar de Vaste Commissie voor Taaltoezicht verwezen. Die cijfers hadden allang op uw bureau moeten liggen. U zult dan ook vaststellen dat niemand nog een klacht indient bij de Vaste Commissie voor Taaltoezicht, aangezien daar toch niets mee gebeurt. Dat is de realiteit. Het is dus zeer belangrijk daar paal en perk aan te stellen en die mensen te bestraffen als ze niet tweetalig zijn door hen niet meer te laten meerijden met de spoeddienst. Het is toch zeer belangrijk dat die mensen tweetalig zijn.

Het PIT Halle zou zijn opgestart, maar dan blijkt dat niet zo te zijn omdat er een MUG is. Ze zouden weer kunnen opstarten indien er voldoende personeel is. Wat moet Halle concreet doen? Volstaat het over voldoende personeel te beschikken? Wordt er dan een brief naar u gericht met het verzoek opnieuw een PIT op te richten? Moet die brief naar een andere instantie worden gestuurd? Als we weten welke stappen Halle moet zetten, dan kan er misschien snel werk van worden gemaakt?

06.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan u geen informatie geven over de precieze procedure. Er is momenteel geen reden waarom ze geen PIT zouden kunnen organiseren, maar ze moeten wel aan de voorwaarden kunnen voldoen.

06.07 **Katleen Bury** (VB): We zullen dat opvolgen. Sowieso is het dossier van primordiaal belang, zo niet zitten we hier om de zoveel maanden terug omdat incidenten hebben plaatsgevonden. Er is nog steeds geen echte oplossing in zicht.

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

De **voorzitter**: Aangezien mevrouw Depoorter afwezig is, worden haar vragen nrs. 56001181C en 56001182C omgezet in schriftelijke vragen.

Collega's, ik heb een delegatie die sinds het begin van de vergadering wacht op het antwoord op mijn vraag nr. 56001271C.

Je sollicite, à titre exceptionnel, votre autorisation de poser ma question afin de libérer ces personnes qui attendent, nonobstant l'intérêt indubitable qu'elles trouvent à cette réunion de commission.
(Assentiment)

07 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "La prise en charge de l'achondroplasie" (56001271C)

07 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De behandeling van achondroplasie" (56001271C)

07.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, récemment, ma collègue Caroline Désir et moi-même avons pu rencontrer l'ASBL NoRa, représentée par deux courageuses mamans, des mamans d'enfants atteints d'une maladie rare appelée "l'achondroplasie". L'achondroplasie est la forme la plus fréquente du nanisme, une maladie rare qui toucherait un enfant sur 25 000, soit quatre à cinq enfants par an.

Les familles font aujourd'hui état d'un manque de reconnaissance et d'un manque de prise en charge adéquate, même si les Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles et l'hôpital universitaire de Leuven ont fait, de leur propre aveu, des progrès importants ces dernières années. Cette situation les amène d'ailleurs à se rendre très souvent en France, principalement à l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades à Paris.

Outre le fait de mettre en lumière cette maladie actuellement invisible et inconnue du grand public, l'ASBL NoRa se bat pour que les enfants atteints de la maladie aient accès au médicament VOXZOGO développé par la firme BioMarin, qui permet une croissance des os des enfants. Le coût de ce traitement s'élève actuellement à environ 20 000 euros par mois pendant une quinzaine d'années et n'est pas remboursé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), alors que c'est le cas dans une majorité d'États membres de l'Union européenne et que l'Agence européenne des médicaments (EMA) a donné son feu vert.

À défaut de VOXZOGO, les enfants grandissent dans un environnement inadapté, subissent parfois des moqueries à l'école, sont orientés vers l'enseignement spécialisé alors que leurs capacités intellectuelles ne sont pas du tout touchées; ils grandissent avec des otites régulières, des problèmes au niveau des cervicales, des lombaires, d'autres problèmes osseux, et j'en passe, qui les poussent à recourir à la chirurgie une fois l'âge adulte atteint.

Je tiens à souligner que, depuis la rédaction de cette question, un article a été publié dans le journal *De Standaard* le 21 janvier. Des liens se tissent de part et d'autre des frontières linguistiques. Vous l'aurez compris, ce sont ces mêmes mamans, accompagnées par d'autres, qui sont présentes aujourd'hui pour entendre vos réponses.

Monsieur le ministre, comment améliorer la prise en charge des personnes touchées par cette maladie?

Une demande de remboursement a-t-elle déjà été introduite par la firme BioMarin? Quelle a été l'issue des discussions, et pourquoi? Comment expliquer que ce médicament soit remboursé dans d'autres pays de l'Union européenne, mais pas chez nous?

Ne serait-il pas moins onéreux pour le budget de la sécurité sociale de traiter ces enfants avec le VOXZOGO plutôt que de prendre en charge par la suite diverses interventions chirurgicales et polyopathologies à l'âge adulte?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, la prise en charge des maladies rares comme l'achondroplasie nécessite une attention particulière en raison de leur rareté, ce qui les rend souvent méconnues, ainsi que de leur complexité, sans oublier que ces maladies sont le plus souvent chroniques et débilitantes. De plus, pour un grand nombre de ces maladies, aucun traitement n'existe, ou alors ceux-ci sont souvent très onéreux, ce qui ajoute une difficulté supplémentaire à leur gestion.

Le premier pas est de détecter la maladie le plus tôt possible, puis d'orienter le patient vers les professionnels les mieux qualifiés afin qu'il bénéficie des traitements les plus appropriés. Cependant, l'expertise nécessaire n'est pas toujours disponible à proximité du patient, voire même dans le pays.

Concernant l'achondroplasie, la prise en charge s'améliore, comme l'ASBL NoRa l'a mentionné. Heureusement, il y a une prise de conscience pour les maladies rares. Dans les deux hôpitaux mentionnés, il y a de l'expertise. Ce sont des hôpitaux avec une fonction Maladies rares. Il y a vraiment

des efforts dans le suivi des patients.

Par ailleurs, il existe une bonne collaboration nationale et internationale pour la prise en charge des maladies rares, et aussi pour l'achondroplasie. La Belgique participe activement aux réseaux européens de référence (ERN) pour les maladies rares. Les administrations fédérales sont également impliquées dans une action conjointe européenne visant à mieux intégrer ces ERN dans les systèmes de santé nationaux.

Je ne dis pas ceci dans un esprit de complaisance. Il y a encore pas mal de pain sur la planche en ce qui concerne la problématique des maladies rares en général. Comme je l'ai déjà dit, je veux développer un nouveau plan, pour la décennie à venir, pour la lutte contre les maladies rares et une meilleure prise en charge des patients victimes de maladies rares. Cette question fait partie de cette démarche plus générale qu'il convient de développer.

J'en viens à présent au remboursement. L'entreprise pharmaceutique BioMarin International, qui commercialise VOXZOGO, a introduit une demande d'admission au remboursement auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) en mai 2023, mais cette entreprise a malheureusement pris l'initiative de retirer sa demande en décembre 2023. La procédure n'a donc pas pu arriver à son terme, et est à présent clôturée.

La firme a cependant toujours la possibilité de réintroduire une demande de remboursement auprès de la CRM avec de nouvelles données cliniques qui permettront à la CRM de refaire une évaluation, et peut-être de revoir la valeur du produit et de définir un coût acceptable pour l'assurance maladie. Ensuite, sur la base de la proposition de la CRM, je serai amené à prendre une décision relative à l'inscription de cette spécialité sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

En ce qui concerne le remboursement dans d'autres pays, voisins, il est intéressant de noter qu'en France, il s'agit d'un remboursement particulier dans le cadre d'une autorisation d'accès précoce. La Belgique développe actuellement un projet *early and fast equitable access* dans le cadre de la feuille de route pour la modernisation des procédures de remboursement en vue d'un accès rapide et durable aux médicaments. Ce projet vise à disposer également de ce type de possibilité, comme en France, de remboursement précoce à l'avenir. L'entrée en vigueur de ce projet est prévue pour au plus tard le 1^{er} janvier 2026.

Je m'imagine bien que ceci n'est pas une réponse immédiate aux inquiétudes et à la situation de détresse de ces familles, mais pour l'avenir, c'est une réforme structurelle importante.

En conclusion, la firme en question peut toujours réintroduire une demande de remboursement.

07.03 **Patrick Prévot (PS)**: Merci pour votre réponse, monsieur le ministre.

Effectivement, tout paraît très long quand un enfant souffre de cette maladie. Et d'ailleurs, pour certaines familles, c'est parfois déjà trop tard. Ainsi, les mamans et les familles se battent pour d'autres en vue d'essayer d'obtenir le remboursement de ce médicament. Je ne peux que déplorer le fait que BioMarin ait déposé et ensuite retiré sa demande de remboursement auprès de la Commission de remboursement des médicaments.

Ma question avait deux objectifs. Le premier était de rendre visible cette maladie aujourd'hui méconnue, afin que les femmes et les hommes qui se battent pour essayer de faire évoluer la législation puissent avoir un peu de soutien du politique et faire connaître leur combat. Le deuxième objectif de ma question était d'apporter une réponse à ces familles. Nous allons donc sans délai interroger les représentants de la firme BioMarin et leur demander s'il est dans leur volonté de réintroduire rapidement cette demande, après quoi nous devons attendre qu'un avis soit rendu sur la question.

Comme je l'ai dit dans mon introduction, d'autres pays de l'Union européenne ont pris les devants et appliquent désormais ce remboursement pour ces familles. Il s'agit d'un traitement essentiel pour les enfants concernés, de sorte qu'il faudra rapidement trouver une solution. Aujourd'hui marque la première étape de notre démarche, et nous resterons bien entendu plus que jamais à leurs côtés. Nous comptons aller frapper à d'autres portes et demander à BioMarin s'il est dans son intention de réintroduire une demande auprès de la Commission de remboursement des médicaments.

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

08 **Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Keizersnedes" (56001207C)
- **Irina De Knop** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De grote verschillen tussen materniteiten op het vlak van de praktijk" (56001239C)
- **Jan Bertels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De medische ingrepen in Belgische materniteiten" (56001752C)

08 **Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les césariennes" (56001207C)
- **Irina De Knop** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les grandes différences entre les maternités au niveau de la pratique" (56001239C)
- **Jan Bertels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les interventions médicales pratiquées dans des maternités belges" (56001752C)

08.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, het valt op dat er in Vlaanderen jaarlijks veel vaker voor een keizersnede wordt gekozen dan in Brussel of Wallonië. Hoewel keizersnedes in sommige gevallen noodzakelijk zijn, blijft het van belang daar alleen voor te kiezen als het medisch gezien de beste optie is voor zowel moeder als kind. Achteraf wacht immers een zware revalidatieperiode, aangezien de buikspieren worden doorgesneden, zoals ik zelf een keer heb ervaren. Verder kost die ingreep ook veel meer aan de sociale zekerheid dan een gewone bevalling, aangezien men langer in het ziekenhuis moet blijven.

Waarom wordt in Vlaanderen vaker gekozen voor een keizersnede? Zijn er specifieke zorgpraktijken, medische richtlijnen of regionale verschillen die dat verschil verklaren? Wat doet de federale overheid om ervoor te zorgen dat de keuze voor een keizersnede goed gemotiveerd is en in overeenstemming met de beste medische praktijken gebeurt? Is er mogelijk sprake van een overmatige medisch-technologische benadering in Vlaanderen? Zijn er beleidsmaatregelen of richtlijnen die u hebt ingevoerd of overweegt in te voeren om het aantal keizersnedes te beperken, zonder de veiligheid van moeder en kind in gevaar te brengen? Is er reeds onderzoek gedaan naar de langetermijneffecten van keizersnedes?

*Voorzitter: Jan Bertels.
Président: Jan Bertels.*

08.02 **Irina De Knop** (Open Vld): Uit een onderzoek van *De Morgen* bleek dat er in de praktijk grote verschillen in bevallingen tussen de materniteiten bestaan. Het gaat zowel over hoeveel vrouwen worden geknipt, in hoeveel gevallen de bevalling wordt ingeleid, hoe vaak er een keizersnede wordt uitgevoerd als in hoeveel gevallen er een epidurale verdoving bij de bevalling was. Uiteraard is er soms een verschil in het type patiënten, zoals mevrouw Bury zegt, maar dat kan de grote verschillen niet verklaren. Het is duidelijk dat de medische richtlijnen niet altijd worden gevolgd en dat er in ziekenhuizen bepaalde voorkeuren voor de ene of de andere aanpak zijn.

Ziekenhuizen krijgen de cijfers van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie en kunnen op die manier zien of ze van de gemiddelde praktijk afwijken. Toekomstige ouders hebben geen inzage in de praktijken van materniteiten. Ik kan mij inbeelden dat die informatie hen nochtans zou kunnen helpen om een keuze te maken. Zoals mevrouw Bury zei, blijkt dat sommige ziekenhuizen sneller tot een keizersnede overgaan dan andere. Ik ben zelf ook ervaringsdeskundige op dat vlak.

Mijnheer de minister, welke initiatieven nam u de afgelopen jaren om de grote onderlinge verschillen en het afwijken van medische richtlijnen aan te pakken?

Hoe staat u tegenover het voorstel om de cijfers inzake de praktijken ter beschikking te stellen van de bevolking, zodat toekomstige ouders beter geïnformeerd een materniteit voor de bevalling kunnen kiezen?

08.03 Jan Bertels (Vooruit): Collega's, als u er geen probleem mee hebt, zal ik mijn vraag hier op de voorzittersstoel stellen.

Mijnheer de minister, de juiste zorg tegen de juiste prijs vindt de Vooruitfractie belangrijk, net als u. Andere belangrijke terminologie is evidencebased geneeskunde, *appropriate care* en doelmatige zorg. Dat bekommert ons, want cijfers van de FOD Volksgezondheid tonen aan dat België op Europees niveau uitblinkt in het hoog aantal medische ingrepen tijdens bevallingen, zoals keizersneden en episiotomieën, zoals de collega's al hebben aangegeven. Een belangrijke vaststelling hierbij is dat uit de gegevens ook blijkt dat die ingrepen in sommige gevallen uitgevoerd worden zonder medische noodzaak. Dat roept vragen op omtrent de naleving van internationale richtlijnen daaromtrent, zoals die van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Mijnheer de minister, hoe wordt ervoor gezorgd dat artsen rekening houden met de wens van de ouders, met respect voor hun autonomie wanneer er geen medische noodzaak is voor een ingreep?

Hoe kunnen de cijfers van de FOD Volksgezondheid effectief worden gebruikt om de kwaliteit van geboortezorg te monitoren en te verbeteren? Cijfers van Vlaamse instanties wijzen op een mogelijke aanpassing in de aanpak door gynaecologen. Kunt u dat ook zien in de cijfers op federaal niveau?

Mijn derde vraag gaat over een verbetering van de *health literacy*. Hoe kunnen we er vanuit het federaal niveau voor zorgen dat de aanbevelingen van de WHO om medische ingrepen tijdens de bevalling te beperken tot de gevallen waarin ze medisch noodzakelijk zijn, beter bekendgemaakt worden bij zowel de zorgverleners als de patiënten, de ouders?

08.04 Minister Frank Vandenbroucke: Aan mevrouw Bury wil ik allereerst zeggen dat er daaromtrent geen formele richtlijnen worden uitgegeven door het RIZIV. De arts heeft de verantwoordelijkheid om met de beschikbare wetenschappelijke kennis een beleid te bepalen in samenspraak met de patiënten, maar hij behoudt uiteraard ook hier therapeutische vrijheid. De gegevens voor het jaar 2023 zijn nog onvolledig en bevatten enkel de data van het eerste semester. Op basis daarvan lijkt er zich geen grote wijziging ten opzichte van 2022 af te tekenen.

U vraagt of er in Vlaanderen nog steeds vaker een keizersnede wordt toegepast. De analyse uit het auditrapport Keizersnede van 2022 met data tot 2019 toont geen statistisch significant verschil tussen de regio's. Ik moet eigenlijk ontkennen dat er vandaag in Vlaanderen op een statistisch significante manier meer keizersneden gebeuren dan in Wallonië.

Wel toont de audit aan, net als de gegevens van het KCE, dat er een grote variabiliteit bestaat tussen de ziekenhuizen. Die variabiliteit is groter dan de geografische variabiliteit en is multifactorieel. Ik bedoel daarmee dat we geen eenduidige verklaring voor die variabiliteit hebben. We hebben overigens evenmin een duidelijke verklaring voor de lichte toename van de proportie keizersneden in België. Waarschijnlijk spelen daarin ook verschillende factoren een rol. Men kan veronderstellen dat de leeftijd van de vrouw een rol speelt, evenals een voorgeschiedenis van keizersnede.

Wat doet de federale overheid? Zoals gezegd is er in 2022 een auditrapport Keizersnede verschenen, opgesteld in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen, de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en het Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique. In dat rapport werden ook enkele adviezen geformuleerd. Vanuit de regio's worden er via CEpiP, het Centre d'Épidémiologie Périnatale, en het SPE, het Studiecetrum voor Perinatale Epidemiologie, jaarlijks rapporten opgesteld om de evolutie in de nationale perinatale praktijk op te volgen. De rapporten worden door de ziekenhuizen gebruikt om hun individuele praktijken te evalueren.

Zijn er beleidsmaatregelen? We zetten in op gegevenscollectie via de eBirth-toepassing. We monitoren de kwaliteit en de feedback op basis van de gecollecteerde epidemiologische gegevens. Ik had het over CEpiP en het SPE. We stimuleren natuurlijk kwaliteitsverbeterende processen via de wetenschappelijke verenigingen, die echt een rol te spelen hebben bij het duiden van de best practices en bij het formuleren van adviezen.

Dat brengt mij bij de vragen van mevrouw De Knop. Zoals gezegd, er is feedback en er zijn benchmarkrapporten waarin kraamklinieken hun resultaten kunnen vergelijken met nationale gemiddelden. De rol van beroepsverenigingen is cruciaal. Campagnes die zich richten op bewegingsvrijheid tijdens de bevalling en het naleven van klinische richtlijnen, zoals de *clinical guidance paper* van de VVOG voor een vaginale bevalling na een keizersnede moeten verder worden aangemoedigd.

Professionals worden ondersteund bij het toepassen van de nieuwste wetenschappelijke inzichten en tegelijk het verkleinen van praktijkvariëaties. Door het respecteren van de moedervriendelijke criteria van het *Baby Friendly Hospital Initiative* verhoogt ook de kans voor die moeders op een bevalling zonder interventies. Onze FOD blijft ook de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie verder ondersteunen en kenbaar maken.

Mevrouw De Knop, ik ben absoluut voor transparantie. Het probleem is alleen dat louter de ruwe gegevens van ziekenhuizen, bijvoorbeeld over het aantal keizersneden, niet veel zeggen of zelfs misleidend zijn. Wanneer data worden vrijgegeven over wat in ziekenhuizen gebeurt, uiteraard met respect voor de privacy, moet er altijd een contextualisering zijn, opdat de juiste conclusies zouden worden getrokken. Ik ben er wel voorstander van om meer de weg op te gaan van het bekendmaken van dergelijke gegevens. Die bekendmaking moet wel altijd op een goed gecontextualiseerde manier worden gedaan.

Mijnheer Bertels, u stelde een cruciale vraag, namelijk of er voldoende rekening wordt gehouden met de wens van de ouders. De voorbije decennia zijn we inderdaad op een andere manier gaan kijken naar de manier waarop medici patiënten moeten betrekken. Dat geldt zeker voor aanstaande ouders. Een belangrijk hulpmiddel daarbij is het geboorteplan. Dat is een document waarin ouders hun wensen voor de bevalling kunnen opschrijven. Dat plan geeft hun niet alleen de kans om goed geïnformeerd te zijn over opties zoals pijnbestrijding, bevallingswijze en mogelijke medische ondersteuning, het biedt zorgverleners ook een helder overzicht van wat de ouders belangrijk vinden. Dat draagt bij aan meer autonomie en empowerment voor ouders en zorgt ervoor dat de zorg beter wordt afgestemd op hun wensen.

08.05 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Regionaal zijn er dus geen echte verschillen, maar er bestaat een grote variabiliteit tussen de ziekenhuizen.

Ik heb zelf eens contact opgenomen met een aantal gynaecologen. Die bevestigden dat er een toename van keizersneden is en dat de leeftijd een rol speelt. Ze stellen dat ook zwaarlijvigheid een belangrijke rol speelt. Bij zwaarlijvige vrouwen moet vaker voor een keizersnede worden gekozen. Ze beaamen ook dat bepaalde gynaecologen – ik noem geen namen of ziekenhuizen – steevast een keizersnede uitvoeren. Op mijn vraag of daartegen wordt opgetreden en of er met die gynaecologen wordt gepraat zodat ze niet paniker en onmiddellijk naar een keizersnede grijpen, volgde een stilte.

Het is correct dat het cruciaal is om gegevens te verzamelen en bekend te maken. Ook de rol van de beroepsverenigingen is cruciaal. Er is evenwel ook voor u een rol weggelegd om overleg te plegen, want soms kan er eens een dekseltje gesloten blijven. Gynaecologen waarmee er een probleem is, moeten we misschien een aantal tools of de hulp van een collega geven, maar we kunnen toch niet blijven toelaten dat zwangere vrouwen altijd een keizersnede krijgen bij bepaalde gynaecologen. U kunt met de sector in debat gaan en bekijken hoe men die enkele probleemgevallen hulp kan bieden of bijscholen.

08.06 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, uw antwoord was leerrijk voor mij. Uiteraard begrijpen we dat de dokters een grotere autonomie hebben wat hun aanpak betreft. Zij zijn absoluut bevoegd om in het medische handelen na te gaan wat het meest geschikt is voor hun patiënt.

Dat neemt niet weg dat de cijfers waarvan we kennis konden nemen, toch duidelijk wijzen op meer keizersneden. Dat vergt verder onderzoek. Er is een kostprijs verbonden aan die keizersneden en ze hebben een impact op de moeder en op het kind. In die zin ben ik blij dat u zich akkoord verklaart met een meer transparante informatiedeling. De context kan daarbij in aanmerking worden genomen. Ik kan me niet inbeelden met we er met onze knappe wetenschappers en onze talrijke universiteiten niet in zouden slagen om tot een rapportering te komen die met de context rekening houdt.

Naast de informatieverstrekking is het belangrijk dat men op zoek gaat naar manieren om professionals nog meer te ondersteunen en te informeren over het nieuwe wetenschappelijke onderzoek en dat men lijnen uitzet voor de toekomst. Men moet proberen goede medische praktijken voorop te stellen. Vanuit uw bevoegdheid kunt u, mijnheer de minister, de regie in handen nemen of een initiatief nemen om ervoor te zorgen dat de grote verschillen tussen ziekenhuizen worden weggewerkt en dat de praktijken worden bijgestuurd op basis van het meest recente wetenschappelijke onderzoek met het oog op de gezondheid van vrouwen en kinderen.

08.07 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik onthoud uit uw antwoord drie zaken die belangrijk zijn voor de Vooruitfractie.

Ten eerste moet doelmatige, kwalitatieve en veilige zorg steeds voorop staan. Verschillen tussen ziekenhuizen zijn mogelijk, maar moeten vanuit medisch oogpunt en vanuit het perspectief van de patiënt gerechtvaardigd kunnen worden en niet louter omwille van de prestatiegeneeskunde.

Ten tweede hoop ik dat eBirth ons sneller data zal kunnen verstrekken, die dan transparant kunnen worden gepubliceerd opdat we kunnen controleren of de verschillen tussen ziekenhuizen gerechtvaardigd zijn.

Ten derde moeten we met de FOD Volksgezondheid blijven proberen de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie kenbaar te maken aan zorgverstrekkers en aan ouders. We moeten meer bekendheid geven aan de mogelijkheid voor ouders om een geboorteplan op te maken. Dat geboorteplan kan richtlijnen bevatten voor ouders en medische zorgverstrekkers, opdat die weten wat de ouders wensen en daardoor hun autonomie respecteren.

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

09 **Samengevoegde vragen van**

- **Natalie Eggermont** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Overgewicht bij peuters" (56001211C)
- **Lotte Peeters** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De toename van overgewicht bij jonge kinderen" (56001221C)

09 **Questions jointes de**

- **Natalie Eggermont** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les problèmes de surpoids chez les enfants en bas âge" (56001211C)
- **Lotte Peeters** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "L'augmentation du nombre de jeunes enfants en surpoids" (56001221C)

09.01 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, uit cijfers van Kind en Gezin blijkt dat 11 % van de Vlaamse tweejarigen met overgewicht te kampen heeft. Men stelt een stijgende trend vast, die zich al 10 jaar voordoet. Kansarmoede en afkomst blijken daarbij belangrijke risicofactoren. Peuters in kansarmoede of peuters met een moeder met een migratieachtergrond hebben 50 % meer kans op overgewicht.

Dat is geen individueel probleem, maar een maatschappelijk probleem, een probleem van onze dikmakende omgeving. Er is in onze maatschappij een veel groter aanbod aan fastfood en ongezonde voeding dan aan gezonde voeding. Uit onderzoek blijkt dat negen op tien Vlamingen in een buurt wonen met meer verkooppunten van ongezonde voeding dan van gezonde voeding.

Ook de dikmakende rol van voedingsfabrikanten en supermarkten is weinig bekend. Supermarkten blijken voor 80 % met ongezonde voeding gevuld te zijn. Dat overaanbod vergroot de kans dat men er meer van koopt. Het normaliseert ook de aankoop van ongezonde producten.

De schrijver Wouter Cornet bracht recent het boek Het Chili-dieet uit, waarin hij zegt dat de strijd tegen de kilo's geen strijd is die men met een dieet van Sandra Bekkari kan winnen. Het is een kruistocht

tegen de grote, commerciële voedingsbedrijven. Hij noemt Chili als inspiratie, want daar bestaat een verregaande wetgeving in de voedingsindustrie, zoals een stickersysteem in de supermarkten waar zwart-witte waarschuwinglabels worden geplakt op producten met te veel zout, suiker, vet of calorieën. Er is een verbod op reclame voor heel ongezonde producten en een verbod op kinderspeeltjes bij ongezonde producten en een belasting op suikerrijke frisdrank.

Mijnheer de minister, welke structurele maatregelen kunnen worden genomen om een gezonde levensstijl, ook bij kinderen, te bevorderen?

Overweegt u stappen, zoals het goedkoper maken van gezonde voeding of een strengere regulering van reclame voor ongezonde voeding?

Kent u de aanpak van Chili al? Ziet u daarin inspiratie voor ons land?

09.02 **Lotte Peeters** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vragen zijn gebaseerd op hetzelfde onderzoek van Kind en Gezin. Dat leert ons dat 11 % van de Vlaamse tweejarigen te kampen heeft met overgewicht. Het gaat inderdaad om een stijgende trend, die zich al tien jaar voordoet. Ook al bleef het percentage peuters met obesitas stabiel, de jaarlijkse stijging van overgewicht is toch wel een alarmerende trend.

Peuters in kansarmoede of peuters met een moeder met een migratieachtergrond hebben 50 % meer kans op overgewicht. In de rapportering wordt er ook verwezen naar de erfelijke aanleg, maar ook naar *caloriedense* voeding, schermtijd en financiële problemen.

Welk belang hecht u aan de berichtgeving van Kind en Gezin en welke conclusies trekt u eruit? Aan welke maatregelen denkt u om een evenwichtiger voedingspatroon te bevorderen? Welke van de door het onderzoek aangehaalde factoren moeten eerst aangepakt worden? Welke mogelijkheden ziet u specifiek voor de doelgroep van jonge kinderen? Hoe kijkt u naar de rol van gezonde voeding in mogelijk toekomstig beleid? Wordt het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan verder uitgerold?

Er zijn intussen 25 obesitascentra. Graag verneem ik hoeveel kinderen daar intussen geholpen werden. Bevestigt die centra de trends uit het onderzoek?

Voorzitter: Patrick Prévot
Président: Patrick Prévot

09.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Om te beginnen, is wat u zegt absoluut zorgwekkend. Helaas hebben mensen in preciaire situaties vaker last van overgewicht en obesitas, lijden ze aan chronische ziekten en depressies, ervaren ze een gevoel van voedselonzekerheid, hebben ze een lager niveau van gezondheidsvaardigheden en een lagere levensverwachting vergeleken met niet-preciaire mensen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de resultaten van de voedselenquête van Sciensano.

Armoede is een verzwarende factor voor de gezondheid en een armoedecyclus gaat over generaties. Om jonge moeders te helpen, hebben we het programma Born in Belgium ontwikkeld, dat ik zopas in antwoorden op andere vragen heb toegelicht. Dat programma hebben we samen met Vlaanderen, Wallonië, de Duitstalige Gemeenschap en Brussel opgezet. We bieden multidisciplinaire begeleiding aan aanstaande moeders en moeders met pasgeboren baby's, waarin gezonde voeding en ondersteuning bij borstvoeding ook heel belangrijk zijn. Borstvoeding is immers een factor bij het voorkomen van obesitas bij kinderen.

Daarnaast hebben we in 2019 de Nutri-Score ingevoerd in België, een aanvullend etiketteringssysteem dat bedoeld is om consumenten te informeren over de voedingskwaliteit van voedingsproducten. Er zijn begin 2024 nog updates in de berekeningsmethode van de Nutri-Score doorgevoerd om voedingsmiddelen in een bepaalde categorie nog beter te kunnen onderscheiden op basis van de voedingskwaliteit. Het is wetenschappelijk bewezen dat de Nutri-Score begrepen wordt door alle sociale lagen van de bevolking, inclusief de meest kwetsbare. Bovendien heeft de Nutri-Score het voordeel dat hij de herformulering van voedingsmiddelen door voedselproducenten aanmoedigt om een betere score te behalen, wat alle consumenten ten goede komt.

Het is verbazend om te zien dat meer preciaire regio's vaker worden blootgesteld aan

voedingsmarketing voor dat soort producten en dat fastfoodrestaurants zich vaker daar vestigen dan in minder precare regio's. Het is dus een dubbele klap: meer armoede en meer blootstelling aan onevenwichtige voeding.

Het is belangrijk dat we in de toekomst wettelijke maatregelen overwegen om de voedselomgeving, die van invloed is op ons eetgedrag, beter te reguleren. Ook eventuele subsidies voor gezonde voeding of extra taksen voor ongezonde voeding zijn effectieve maatregelen die we het best overwegen.

Voor uw vierde vraag verwijs ik opnieuw naar Born in Belgium, maar ook naar investeringen die de federale overheid sinds 2005 heeft gedaan ten gunste van borstvoeding via het Baby Friendly Hospital Initiative en de borstvoedingsopleiding voor gezondheidswerkers die toezicht houden op geboorten in ziekenhuizen.

Er zijn nu 31 kraamafdelingen gecertificeerd met het Baby Friendly Hospital Initiative, waaronder kraamafdelingen met veel gezinnen in precare situaties. Dat lijkt me een goede zaak, maar er kan nog meer gebeuren. Ik ben ervan overtuigd dat we onze inspanningen voor een coherent voedingsbeleid moeten voortzetten, in continuïteit met eerdere inspanningen en in samenwerking met regionale overheden. Er zijn momenteel 22 pediatische multidisciplinaire centra waar 1.011 kinderen continu worden opgevolgd en behandeld. De grootste groep zijn jonge kinderen, met een piek in de groep tussen 10 en 12 jaar.

09.04 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Het is goed om in begeleiding te voorzien, maar we vinden dat we veel meer de bron moeten aanpakken. We moeten kijken naar de wetgeving om het aanbod aan gezonde voeding te verhogen en om ongezonde voeding veel beter te reguleren. U hebt niet echt geantwoord op mijn vraag daarover.

Er zijn ook nog heel wat problemen met de Nutri-Score. Die score wordt immers toegekend in een bepaalde productcategorie en is vaak misleidend. Een pakje chips met een B-score lijkt daardoor gezond, maar die score wijst er alleen op dat die chips gezonder zijn in de chipscategorie. Er bestaan zelfs diepvriespizza's en chips met een A-score aangezien er bijvoorbeeld eiwitten aan werden toegevoegd. Dat is een zeer misleidend systeem en dat was ook net de bedoeling, aangezien het samen met de industrie werd uitgewerkt. Uw antwoord laat mij wat op mijn gezonde honger. We volgen dit verder op.

09.05 **Lotte Peeters** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is positief dat er al stappen ondernomen zijn, zoals die Nutri-Score, maar ik denk dat verder doorgedreven inzet nodig blijft om ervoor te zorgen dat de volgende cijfers van Kind en Gezin niet opnieuw in stijgende lijn gaan. Hoe langer iemand aan overgewicht of obesitas lijdt, hoe groter immers de kans op allerlei andere chronische ziektes, zoals diabetes of een hoge bloeddruk. Nog meer inzetten op de uitrol van het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan en een coherent beleid inzake bariatric zijn in dezen echt noodzakelijk.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 **Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "La nomenclature des kinésithérapeutes" (56001272C)**

10 **Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De nomenclatuur voor de kinesisten" (56001272C)**

10.01 **Patrick Prévot** (PS): *Monsieur le ministre, j'ai été interpellé par plusieurs personnes atteintes d'une pathologie lourde, à savoir une pathologie dite de type "E" selon la nomenclature en vigueur.*

Ces patientes et patients ont besoin de séances de kinésithérapie – parfois plus de cinq par semaine – et bénéficient d'une quote-part de 1,38 euro par séance. Toutefois, ils doivent renouveler la reconnaissance de leur pathologie lourde tous les trois ans alors qu'il est prouvé que la majorité des maladies chroniques lourdes listées sont évolutives.

Il s'agit, pour beaucoup, d'une perte de temps, d'une source de stress, et d'une lourdeur administrative que je voulais aborder avec vous aujourd'hui.

Monsieur le ministre, pourquoi ce renouvellement est-il obligatoire tous les trois ans?

L'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires et de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations de kinésithérapie devrait-il, selon vous, évoluer? Des simplifications administratives pourraient-elles être envisagées dans le cadre des maladies lourdes?

10.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Prévot, tout d'abord, il convient de noter qu'un accord octroyé dans le cadre d'une pathologie lourde n'est pas une reconnaissance de la pathologie elle-même, mais une reconnaissance d'un besoin accru de kinésithérapie nécessaire au traitement de la pathologie.

Un accord est donné sur la base du bilan fonctionnel qui doit montrer le besoin accru prévisible de kinésithérapie, mais ce besoin peut évoluer dans le temps. Par conséquent, aucun accord n'est octroyé de manière permanente et une réévaluation est nécessaire après une certaine période pour vérifier si les besoins sont toujours accrus. La durée maximale d'un accord octroyé a été fixée à trois ans. Cela s'applique à tous les accords de la pathologie lourde.

Nous sommes bien conscients qu'il existe des situations individuelles dans lesquelles on peut s'attendre à un besoin accru permanent de kinésithérapie mais une dérogation individuelle à la règle générale, selon laquelle un accord peut être accordé pour un maximum de trois ans, n'est pas possible. Il est aussi à noter qu'une demande de prolongation peut être introduite par le médecin généraliste au lieu du médecin spécialiste.

10.03 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie. J'ai en tout cas reçu une explication. Il s'agit de montrer qu'il y a un besoin accru. Ce besoin évolue dans le temps et il faut le réévaluer, la durée maximale de l'accord ayant pour l'instant été fixée à trois ans.

J'abordais dans ma question une pathologie spécifique qui est souvent évolutive et qui, malheureusement, nécessite d'avoir des soins continus. De ce fait, la démarche consistant à réintroduire systématiquement une demande tous les trois ans paraissait quelque peu lourde, en tout cas pour les personnes qui souffrent de cette pathologie. Mais j'entends qu'il y a une loi et qu'il faut la respecter. Peut-être faudrait-il prévoir, en particulier pour ce type de pathologie qui évolue rarement dans le bon sens, de revoir cette durée maximale à l'avenir.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 56001335C de Mme Kathleen Depoorter est transformée en question écrite.

11 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Agressie tegen artsen" (56001339C)**

11 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les agressions contre les médecins" (56001339C)**

11.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, recente cijfers tonen een verontrustende trend aan, namelijk dat het aantal incidenten van verbale, fysieke en psychologische agressie tegen zorgverstrekkers blijft toenemen, ook al werden er sinds de tragische moord op huisarts Patrik Roelandt in 2015 al belangrijke stappen gezet. Zo werd er een meldpunt opgericht. Dat meldpunt registreerde tot en met augustus 2024 al 694 meldingen. Huisartsen worden het vaakst getroffen, maar ook ziekenhuisspecialisten, niet-ziekenhuisspecialisten en studenten. De locaties variëren, maar het belangrijkste blijft dat die meldingen wellicht slechts het topje van de ijsberg zijn. Immers, wie rapporteert dat telkens?

Ik kreeg intussen ook cijfers over de agressie tegenover apothekers en die vielen eigenlijk best mee.

Maar de sector meldt zelf dat er al lang geen aangifte meer gedaan wordt, omdat er toch niets gebeurt met de klachten en omdat men, indien men bij elke verbale agressie een klacht zou indienen, niet meer aan werken zou toekomen.

Hoe evalueert u de maatregelen om agressie tegen artsen en andere zorgverleners te voorkomen, zoals het meldpunt en de politieaangiften?

Bent u van plan om extra initiatieven te nemen om artsen te beschermen? Werden er samenwerkingen opgezet tussen uw departement, de Orde der artsen en andere zorgverleners om gerichte acties tegen agressie te ontwikkelen?

Welke stappen worden er ondernomen om de meldingsbereidheid van zorgverleners te verhogen, zodat het probleem veel beter in kaart kan worden gebracht?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: In de gezondheidssector worden de professionals inderdaad geregeld geconfronteerd met gewelddadig of als vijandig ervaren gedrag van patiënten. Tegelijk moeten patiënten ook omgaan met gedrag van zorgverleners dat zij soms potentieel als agressief beschouwen. Vanuit die vaststelling werd bij de recente actualisering van de wet op de patiëntenrechten het concept van wederzijds respect en samenwerking geïntroduceerd. In dat kader heeft de Federale Commissie rechten van de patiënt van mij de opdracht gekregen mij een advies te bezorgen over de interpretatie van het concept wederzijds respect in de zorgrelatie tussen patiënten en zorgprofessionals.

Mijn vragen waren onder meer de volgende. Welke essentiële aandachtspunten achten patiënten en zorgverleners noodzakelijk bij de definiëring van het concept wederzijds respect? Welke initiatieven kunnen worden genomen om die definitie concreet gestalte te geven? Wat het wederzijds respect betreft, op welke manier kan de zorgrelatie, rekening houdend met de voorgestelde initiatieven, tegemoetkomen aan de verwachtingen en doelstellingen van zowel de patiënt als de zorgverlener?

De commissie legt momenteel de laatste hand aan haar aanbevelingen. Die zullen worden besproken tijdens haar volgende plenaire vergadering, gepland in januari 2025, en zullen mij na afloop worden overhandigd. Uiteraard zal ik u op de hoogte brengen van haar conclusies en zal ik zeker rekening houden met de aanbevelingen.

Ter informatie, aangezien dat niet rechtstreeks onder mijn bevoegdheid valt, het Vias institute heeft in 2022 een rapport ingediend met medewerking van de FOD Volksgezondheid over geweld en agressie tegen werknemers met een publieke functie. Het was een cartografie van geweld tegen ambulanciers, brandweerlieden en werknemers van spoeddiensten. In navolging van dat rapport heeft Vias de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen benaderd met de vraag om deel te nemen aan een meer diepgaand onderzoek. De resultaten daarvan worden nu nader bekeken.

Tot slot, de Orde der artsen heeft via artsinnood.be een vertrouwensplatform opgezet voor psychologische ondersteuning van artsen door collega-artsen, en een agressieformulier uitgewerkt: het Ordomedic Aggression Form, vergezeld van een telefoonnummer waar artsen in moeilijkheden, bijvoorbeeld na een agressie, terecht kunnen.

Ik hoop dat die initiatieven kunnen bijdragen aan de invoering van instrumenten om met conflictsituaties om te gaan, die niet alleen de kwaliteit van het werk aantasten, maar ook zeer veel leed veroorzaken in de beroepsgroep en daardoor eigenlijk ook bij patiënten.

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

Ik kijk uit naar de aanbevelingen die u zult krijgen. Het is van belang te onderstrepen dat er ter zake echt een probleem is. Wat de aangiftecijfers ook mogen zijn, ze zijn het topje van de ijsberg. Mijn collega en ik krijgen verschillende mails van thuisverpleegkundigen waarin ze klagen dat ze niet weten of een patiënt waar ze heen moeten, gevaarlijk is en dat andere collega's er om die reden niet heen willen. Zij weten niet of hij een mes onder zijn kussen heeft liggen en evenmin of hij hen zal aanvallen. Kortom, er is geen systeem waarmee ze elkaar kunnen waarschuwen. De sector vraagt dringend een andere aanpak. Aan sommige spoeddiensten van ziekenhuizen staan zelfs bewakingsagenten opgesteld. Natuurlijk is dat toe te juichen, maar het toont wel aan dat men alsmaar agressiever wordt.

Ik raad u aan dat u of een van uw medewerkers een kijkje komt nemen op de Europese Dag Slachtoffers Zinloos Geweld op 22 februari 2025. De volledige zaterdag zitten wij samen met mensen uit de zorgsector om te reflecteren over wat beter kan en over de manier waarop we daarmee samen aan de slag kunnen gaan. Enkel maar aangifte doen, biedt immers geen oplossing.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 56001360C de Mme Caroline Désir est reportée.

12 **Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Het geweld tegen hulpverleners en de centralisatie van gegevens" (56001369C)**

12 **Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Les violences à l'égard du personnel des services de secours et la centralisation des données" (56001369C)**

12.01 **Dominiek Sneppe (VB):** Mijnheer de minister, deze vraag ligt in het verlengde van wat mijn collega daarnet al vroeg. Toen ik naar cijfers over geweld tegen hulpverleners vroeg, was een deel van uw antwoord het volgende: "Er bestaan geen centrale databanken waarin de meldingen van agressie tegen zorgverleners worden verzameld. Bijgevolg kan ik geen cijfers geven over de meldingen of informatie over de aard van de agressie. Ik heb aan mijn administratie gevraagd te onderzoeken of een centralisatie van de gegevens die de werkgever verzamelt, mogelijk zou kunnen worden gemaakt. Een initiatief hiertoe is in voorbereiding."

Dat antwoord werd op de webstek van de kamer gepubliceerd op 18 april 2024. We zijn ondertussen bijna een jaar verder, dus had ik daarover graag een stand van zaken gekregen.

Is er ondertussen een initiatief genomen om te onderzoeken of een centralisatie van de gegevens van de werkgevers mogelijk is? Zo ja, wat is daarvan het resultaat? Indien niet, waarom is er na bijna een jaar daarrond nog geen enkel initiatief genomen? Bent u alsnog van plan om een dergelijk initiatief te nemen?

12.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Sneppe, misschien hadden jullie die vragen beter samengevoegd, want ze gaan inderdaad over hetzelfde onderwerp.

Om te beginnen wil ik herhalen dat ik geweld ten aanzien van zorgverleners absoluut onaanvaardbaar vind. U weet dat we er daarom ook voor gezorgd hebben dat er een strafverhoging met één niveau in het Strafwetboek komt voor gewelddaden gepleegd op zorgverleners, en er is inderdaad door het Directoraat-generaal Gezondheidszorg een werkgroep opgestart om de evolutie van agressie-incidenten binnen de ziekenhuizen in kaart te brengen via registratie.

De resultaten van die werkgroep zijn echter nog niet bekend. De frequentie van de prehospitala agressie-incidenten is wel gekend door het Directoraat-generaal Health Preparedness and Response Planning, via AMBUREG. Dat is het registratiesysteem dat door de hulpverleners van de ambulancediensten ter plaatse gevoed wordt. Ondanks het gebrek aan betrouwbare cijfers van agressie-incidenten, zowel hospitaal als prehospitala, is het probleem echt wel gekend en wordt de gestelde problematiek zeker niet ontkend.

Voor het probleem van agressie dat zich prehospitala binnen de hulpverlening stelt, werd er vanuit het DG P&R tijdens de installatievergadering van de nieuwe Federale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening de bezorgdheid en wens aan de regering geuit om te werken rond die problematiek.

Concreet zijn er lokaal reeds initiatieven lopende. Zo wordt er in Vlaanderen aan de hulpverleners-ambulanciers een extra opleiding van zes uur over agressiebeheersing gegeven. Tevens is er het initiatief genomen om de ASTRID-zenders van de hulpverleners-ambulanciers uit te rusten met een rode knop die ze kunnen indrukken om via de noodcentrale de politie te verwittigen indien ze geconfronteerd worden met agressie van patiënten en/of familie en omstanders. Ondanks het feit dat de toepassing van de knop nog kampt met technische problemen, is het systeem toch een stap in de

goede richting voor de veiligheid van de hulpverleners ter plaatse.

Het grootste knelpunt in de aanpak van agressie tegen hulpverleners is de versnippering van bevoegdheden. De gefedereerde entiteiten zijn in dezen ook bevoegd en volgens mij is er nood aan een geïntegreerde aanpak van slachtoffers van agressie in de zorg. Ik verwees daarnet ook al naar de belangrijke initiatieven van Vias. Daar hebben we zeker meer samenwerking en coördinatie nodig.

12.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Het verheugt me dat er al een initiatief is genomen en dat de werkgroep is opgestart. Uiteraard kijken we uit naar de resultaten en de aanbevelingen van die werkgroep.

Kunt u er een timing op plakken? Wanneer verwacht u die resultaten?

12.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb aan de voorzitter van de FOD gevraagd om daaraan met bekwame spoed te werken, maar ik kan daar nu geen timing op kleven.

12.05 **Dominiek Sneppe** (VB): We zullen het opvolgen. Concreet zijn er toch al enkele hulpmiddelen voor de hulpverleners, zoals de rode knop, al kampt die nog met technische problemen. Hopelijk gaat het om beginnersfoutjes. De opleiding van zes uur agressiebeheersing kan een beetje helpen, maar zal er niet voor zorgen dat er minder agressie is. Ze zal de hulpverleners enkel in staat stellen om beter met die agressie om te gaan.

Ik deel met u de mening dat de versnippering van de bevoegdheden het grootste knelpunt is. Ik roep u op om in de onderhandelingen ook daarvan een punt te maken en om ervoor te zorgen dat de versnippering ophoudt, zodat effectief aan hetzelfde zeel kan worden getrokken. De bevoegdheden van de gezondheidszorg moeten naar het regionale niveau, zodat de versnippering niet langer het grote knelpunt hoeft te zijn.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56001337C van mevrouw Bury wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

13 **Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De strategische stock" (56001372C)**

13 **Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Le stock stratégique" (56001372C)**

13.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Op 12 november 2024 hebben een aantal collega's in deze commissie vragen gesteld over de stand van zaken van de Medista-affaire. Over de vernietiging van delen van de stock verklaarde u dat u zich aan de richtlijnen van het gerecht en de gerechtsdeurwaarder houdt en er dus geen vernietigingen plaatsvonden. U gaf de toestemming tot vernietiging eind mei, begin juni, maar het verbod van de rechter kwam er pas in augustus.

Werden er tussen uw toestemming voor vernietiging in mei of juni en het verbod op vernietiging in augustus producten uit de strategische stock vernietigd? Zo ja, welke producten en hoeveel? Maakten die producten deel uit van het gerechtelijk onderzoek?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, tussen juni en augustus 2024 waren er geen nieuwe vernietigingen.

13.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Bedankt voor uw antwoord, mijnheer de minister.

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

Le **président**: Merci aux interprètes, au secrétariat et aux différents services!

*La réunion publique de commission est levée à 17 h 09.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.09 uur.*

