

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 22 APRIL 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 22 AVRIL 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 15 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.15 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

01 Actualiteitsdebat over endometriose en toegevoegde vragen van

- Funda Oru aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De noodzaak van een betere diagnose en behandeling van endometriose" (56003600C)

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het beleid rond endometriose" (56003612C)

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Endometriose" (56003654C)

- Florence Reuter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het actieplan voor een betere zorg voor endometriosepatiënten" (56003982C)

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Endometriose" (56004465C)

01 Débat d'actualité sur l'endometriose et questions jointes de

- Funda Oru à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La nécessaire amélioration du diagnostic et du traitement de l'endométriose" (56003600C)

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique en matière d'endométriose" (56003612C)

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'endométriose" (56003654C)

- Florence Reuter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan d'action pour une meilleure prise en charge de l'endométriose" (56003982C)

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'endométriose" (56004465C)

01.01 Funda Oru (Vooruit): Mijnheer de minister, endometriose is een aandoening die duizenden vrouwen in ons land treft. Concreet lijdt een vrouw op de tien in ons land eraan. De gemiddelde wachttijd tot een correcte diagnose bedraagt vandaag 7 à 10 jaar. De impact op levenskwaliteit, werk en mentaal welzijn is enorm. Endometriose gaat niet alleen gepaard met lichamelijk en psychisch lijden, maar leidt soms ook tot langdurige werkuitval en verminderde levenskwaliteit. Toch blijft de aandoening onderbelicht, ondanks het feit dat ze zoveel vrouwen treft.

In veel andere landen worden gespecialiseerde multidisciplinaire centra opgericht om de zorg te verbeteren. Verder is er ook te weinig sensibilisering en samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus om deze problematiek daadkrachtig aan te pakken. In Limburg, mijn provincie, is de toegang tot gespecialiseerde zorg beperkt, waardoor heel veel vrouwen noodgedwongen elders hulp moeten zoeken.

Welke initiatieven plant de federale regering om de diagnose en behandeling van endometriose te verbeteren? Zijn er plannen om gespecialiseerde referentiecentra op te richten in ons land, zoals in andere Europese landen? Hoe verloopt de samenwerking met de deelstaten, bijvoorbeeld op het vlak van sensibilisering en preventie? Zijn er specifieke inspanningen voorzien om de zorg en expertise rond endometriose uit te breiden in de provincie Limburg?

01.02 Nathalie Muylle (cd&v): Mijnheer de minister, de collega heeft de situatie heel goed geschetst. Ik ga niet herhalen wat zij zei, maar zal er wel een stukje op verder bouwen.

We hebben in deze commissie en in plenum al een aantal keer over endometriose kunnen spreken. Deze commissie heeft trouwens aan het einde van de vorige legislatuur ook unaniem een resolutie goedgekeurd, met heel wat aanbevelingen over onder andere dataverzameling, de uitbouw van een goed zorgpad en expertisecentra. De vraag rees of die al dan niet aanwezig moeten zijn in elk ziekenhuisnetwerk. Heel veel vragen lagen hier op tafel.

Er kwam vorig jaar ook een KCE-rapport uit, met aanbevelingen. U zei toen dat u er snel mee aan de slag wilde gaan. Tijdens een debat in de verkiezingsperiode stelde u te willen komen met een plan van aanpak met concrete maatregelen, zodat de nieuwe regering snel aan de slag kon gaan. Ik weet wel dat de voorbije maanden daarvoor geen evidente periode waren.

Ongeveer twee weken geleden was er opnieuw een internationale dag ter bewustwording van endometriose. De problematiek bestaat nog steeds. Elke week hoor ik wel verhalen van vaak jonge mensen die jarenlang zoekende waren en medische ingrepen ondergingen, maar niet de juiste diagnose kregen. Men kan zeggen dat endometriose de jongste twee jaar veel meer aandacht heeft gekregen, maar toch zien we op het terrein dat er nog heel veel onwetendheid is.

Ik verneem dus graag van u waar u staat met concrete actieplannen. Ik vermoed dat er weinig zaken zullen zijn die via het Parlement moeten passeren, maar het zou goed zijn om te weten hoever u concreet staat. Ik heb uit uw beleidsverklaring begrepen dat u overleg met de patiëntenorganisaties plant. Graag krijg ik een stand van zaken van de concrete plannen.

01.03 Dominiek Sneye (VB): Mijnheer de minister, ik hoef niet te herhalen wat de beide collega's reeds gezegd hebben. Om de vergadering wat sneller te laten verlopen, zal ik verwijzen naar de ingediende vraag. Ik wil vooral de nadruk leggen op de vraag naar de stand van zaken in dit dossier.

Maart wordt gezien als de Endometriose Awareness maand met als kers op de taart 28 maart de dag tegen endometriose. Endometriose is een complexe en pijnlijke aandoening die ongeveer 1 op de 10 vrouwen in reproductieve leeftijd treft. De symptomen kunnen soms vaag zijn en verschillen van vrouw tot vrouw, waardoor patiënten niet beseffen dat het endometriose zou kunnen zijn. Maar ook voor artsen is het niet eenvoudig de aandoening te herkennen, net omdat de symptomen soms vaag zijn of gelinkt kunnen worden aan andere oorzaken. Het duurt daardoor vandaag gemiddeld 7-10 jaar vooraleer een diagnose wordt gesteld. Nochtans heeft endometriose een enorme impact op de levenskwaliteit van voornamelijk vrouwen.

Het KCE heeft er een rapport over afgeleverd en maatregelen aanbevolen en ook in de beleidsverklaring is er aandacht voor endometriose.

Bent u reeds aan de slag gegaan met de aanbevelingen uit het KCE-rapport?

Heeft u er over samengezeten met patiëntenverenigingen?

Welke aanbevelingen vinden zij prioritair?

Welke stappen zal u zetten om Endometriose aan te pakken?

01.04 Florence Reuter (MR): Monsieur le ministre, le 28 mars a eu lieu la journée mondiale pour la lutte contre l'endométriose. Sous la présidence législature, comme l'a rappelé ma collègue Nathalie Muylle, nous avons voté à l'unanimité une résolution pour une meilleure prise en charge de l'endométriose, qui pendant des décennies a été oubliée, négligée et qui touche pourtant une à deux femmes sur dix en Europe, soit près de 180 millions de personnes dans le monde.

Rappelons que la moyenne pour un diagnostic est de sept ans et que les conséquences physiques,

mais aussi mentales et psychologiques sur la vie de ces jeunes femmes sont lourdes.

La résolution était un premier pas. Aujourd'hui, une demande est reprise dans l'accord de gouvernement: "Ce gouvernement élabore plus particulièrement un plan d'action pour l'endométriose qui pourra être mis en œuvre dans le courant de l'année 2025." Cette année est déjà bien avancée, mais c'est une nouvelle étape qui donne beaucoup d'espoir aux jeunes femmes.

Monsieur le ministre, pouvez-vous déjà nous donner les grandes lignes de ce plan d'action?

Avez-vous eu l'occasion, depuis la formation de ce gouvernement, de rencontrer à nouveau les associations qui sensibilisent à la maladie et à ses symptômes, comme l'ASBL Toi Mon Endo? Cette ASBL a d'ailleurs réalisé et projeté récemment un court métrage sur la maladie, qui est très éclairant.

Ces mêmes associations demandent la reconnaissance d'un statut propre à l'endométriose et une nomenclature spécifique pour la prise en charge. Cela fera-t-il partie du plan d'action? C'est également une recommandation du rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), dont nous aurons certainement encore l'occasion de discuter.

01.05 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik sluit me aan bij een belangrijk debat dat nu weer in de kijker staat. Naar schatting treft endometriose een op de tien vrouwen. Toch blijft de ziekte nog altijd onbekend en onbegrepen bij het grote publiek en in de medische wereld. In onze maatschappij groeien veel vrouwen op met het idee dat pijn tijdens de menstruatie er gewoon bij hoort. Pijnstillers slikken en doorbijten is de boodschap die zij meekrijgen. De pijn veroorzaakt door endometriose, is echter allesbehalve normaal.

Tegelijkertijd ontbreekt het binnen de medische wereld vaak aan kennis en bewustzijn. Dat leidt tot laattijdige diagnoses en moeizame toegang tot de juiste zorg. We horen veel verhalen van vrouwen die van het kastje naar de muur worden gestuurd. Ze komen verschillende keren bij een gynaecoloog terecht, krijgen eerst foute diagnoses of verkeerde behandelingen. Gemiddeld duurt het zeven tot tien jaar vooraleer een vrouw de juiste diagnose van endometriose krijgt. Dat is zeven tot tien jaar van onnodige pijn en onbegrip.

Mijn vragen sluiten aan bij de vragen die andere sprekers al hebben gesteld. Ik verwijs ook naar het regeerakkoord, waarin staat dat er werk zal worden gemaakt van een actieplan, dat kan worden uitgerold in 2025. Hoe staat het daarmee? Wat zijn de concrete prioriteiten? Worden patiënten-organisaties en experts betrokken bij de opmaak van dat plan?

Daarnaast is de zorg voor endometriose in België momenteel heel versnipperd. Er bestaan enkele bottom-upinitiatieven, waarbij ziekenhuizen zelf endometrioseklinieken hebben opgericht. Er is dus een groot verschil tussen de ziekenhuizen in aanpak en expertise. Wilt u werk maken van erkende endometrioseklinieken en gespecialiseerde referentiecentra, zoals die ook in het buitenland al bestaan?

La présidente: Quelqu'un souhaite-t-il encore intervenir dans ce débat? (*Non*)

Vous avez la parole, monsieur le ministre.

01.06 Minister Frank Vandenbroucke: Geachte leden, endometriose is inderdaad een ziekte die duizenden vrouwen in ons land pijnlijk treft en die lange tijd onderbelicht is gebleven. Ik denk dat wij het erover eens zijn dat dat jammer genoeg geen toeval is, maar dankzij de resolutie van het federaal Parlement van april 2023 en het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van 2024, zijn we nu wel in staat om belangrijke stappen vooruit te zetten om de zorg voor mensen die lijden aan endometriose te verbeteren.

Het rapport van het KCE bevestigt dat de zorg versnipperd is en dat ziekenhuizen sterk verschillen in hun aanpak en expertise, zoals daarnet nog werd gezegd. We werken om die reden aan een zorgmodel met twee niveaus: endometrioseklinieken binnen elk ziekenhuisnetwerk en supraregionale expertisecentra voor complexe ingrepen en gespecialiseerde zorg.

Om patiënten beter en sneller te diagnosticeren en te begeleiden, stelt het KCE voor om in elk ziekenhuisnetwerk een kliniek voor endometriose en chronische bekkenpijn op te richten. In die

klinieken zal een multidisciplinair team samenwerken, bestaande uit gynaecologen, vroedvrouwen, gespecialiseerde verpleegkundigen, psychologen, fertiliteitsartsen, radiologen en kinesitherapeuten. Dat garandeert een efficiënte en vooral een geïntegreerde zorgaanpak. Daarnaast is het doorbreken van het taboe rond endometriose essentieel, net als de opleiding van de zorgverleners. Sensibilisering en educatie van eerstelijnszorgverleners, zoals de huisartsen, zijn van groot belang.

Om zowel de expertise als de kwaliteitszorg te garanderen en een Belgische aanpak van endometriose echt concreet te maken, werken we sinds april 2024 samen met experten en patiëntenverenigingen in een werkgroep, die onder andere bestudeert welke voorwaarden voor de erkenning van endometrioseklinieken en referentiecentra op punt moeten worden gesteld. De werkgroep buigt zich ook over aangepaste nomenclatuurnummers die recht doen aan de complexiteit van endometriose-ingrepen. We zijn dus aan de slag met de aanbevelingen van het KCE-rapport.

Misschien zal ik nog eens, ten overvloede, samenvatten wat dat rapport zei. De aanbevelingen benadrukken vooral de noodzaak van een snellere diagnose, een betere multidisciplinaire aanpak en een gelijke toegang tot gespecialiseerde zorg. Ook vragen de aanbevelingen aandacht voor de terugbetaling van noodzakelijke behandelingen en onderzoeken.

Mijn kabinet werkt verder aan de oprichting van endometrioseklinieken, de versterking van opleidingen en het ontwikkelen van aangepaste nomenclatuurnummers. We zijn dus inderdaad belangrijke stappen aan het zetten om de zorg voor vrouwen met endometriose te verbeteren en de versnippering tegen te gaan.

Mon cabinet travaille depuis avril 2024 en collaboration avec les associations de patientes, entre autres l'association n, et les experts sur les recommandations du rapport du KCE paru l'an dernier. Ce rapport insiste notamment sur la nécessité d'un diagnostic plus rapide pour limiter l'errance médicale actuelle.

Le rapport pointe aussi le besoin d'une meilleure approche multidisciplinaire et d'un accès égal aux soins spécialisés. Il attire également l'attention sur le remboursement des traitements et examens nécessaires. Mon cabinet poursuit donc ses travaux sur la mise en place de cliniques de l'endométriose spécialisées, sur le renforcement des formations et sur la question d'une nomenclature adaptée pour le traitement de l'endométriose.

Ce sont des travaux importants et vraiment nécessaires pour améliorer notre prise en charge de l'endométriose, une maladie encore trop peu connue qui inflige de grandes souffrances aux femmes qui en sont atteintes.

01.07 Funda Oru (Vooruit): Bedankt, mijnheer de minister, voor uw antwoord en de inspanningen die u zult leveren.

Ik probeer heel vaak te communiceren met mijn volgers over wat wij hier in deze commissie doen. Ik krijg dan heel vaak vragen van jonge vrouwen over de behandeling van endometriose. Ik ben dan ook blij dat ik hun nu duidelijk zal kunnen antwoorden dat we met onze minister en ons beleid duidelijke stappen zullen zetten om de behandeling te verbeteren en de aandoening beter te erkennen in de toekomst.

01.08 Nathalie Muylle (cd&v): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord en uw goede aanpak. De bouwstenen van het KCE-rapport en de resolutie zitten er echt wel in: de gelaagdheid door te werken met endometrioseklinieken dichtbij de patiënten en de expertise die we zullen opbouwen door de concentratie van de zorg.

We willen ook het taboe doorbreken, want dat heerst nog sterk. Opleiding en educatie zijn dus echt wel cruciaal, net als de nomenclatuur. We hebben immers vroeger moeten vaststellen dat er een heel beperkte nomenclatuur was, waardoor lange chirurgische ingrepen vaak niet werden uitgevoerd. Er stond namelijk veel te weinig of zelfs geen financiering tegenover. Het is goed dat u dat nu allemaal opneemt en dat u dat ook doet met de juiste stakeholders in het debat.

U kent mij natuurlijk wel een beetje. Ik durf ook wel te vragen naar een timing. We hebben daarover in het regeerakkoord immers een ambitie uitgesproken, namelijk 2025. Het gaat echter niet over het regeerakkoord, noch over ons. Het gaat over die duizenden vrouwen. Zelfs met de erkenning zal de af

te leggen weg nog steeds heel lang zijn. Men zal namelijk nog moeten worden toegeleid naar die centra en de juiste diagnoses krijgen.

Mijn vraag is dan ook om eraan verder te werken. Ik geloof ook dat u dat zult doen om snel tot die erkenning over te gaan, zodat we, zoals u zei, een vliegende start kunnen nemen voor die duizenden vrouwen.

01.09 Dominiek Sneppe (VB): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister. Ik treed mevrouw Muylle bij dat er weinig over timing is gezegd. U hebt nog eens naar het KCE-rapport verwezen, een zeer mooi rapport met heel wat aanbevelingen. Het siert u dat u die aanbevelingen ernstig neemt, maar ik heb de indruk dat we nog altijd in de fase van samenzitten en spreken zitten en dat er nog weinig concreets gebeurt.

We volgen dit verder op. We hopen dat het niet bij loze beloften blijft, maar dat nog in 2025 echt concrete stappen naar meer sensibilisering over dit thema, naar het oprichten van expertisecentra en dergelijke meer worden gezet, zeker voor de vele vrouwen met endometriose. Mijnheer de minister, zorg dus voor een timing die ervoor zorgt dat er dit jaar nog, in 2025 – we zijn al bijna halfweg –, iets concreets uit de bus komt.

01.10 Florence Reuter (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses encourageantes et rassurantes. Je suis ravie d'entendre que vous avez pris cette résolution très au sérieux, car elle a véritablement été le déclencheur de la prise en charge du rapport du KCE.

La mise en place du groupe de travail, la reconnaissance de cliniques de l'endométriose ainsi que l'amélioration du délai de diagnostic sont des avancées essentielles pour ces jeunes femmes.

Même si la prévention relève des compétences des Régions, avez-vous des contacts avec les autres niveaux de pouvoir pour intensifier cette sensibilisation étant donné que cette maladie est encore fort méconnue, notamment chez les jeunes?

Deux axes sont particulièrement importants: d'une part, il faut briser les tabous qui entourent cette maladie et d'autre part, il y a l'aspect de la prise en charge sur lequel vous travaillez actuellement.

Nous suivrons évidemment ce dossier. Nous espérons qu'à l'occasion de la prochaine journée mondiale de lutte contre l'endométriose, des mesures fortes pourront être annoncées afin de soulager et aider toutes ces jeunes femmes.

01.11 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord en voor een aantal positieve punten inzake de expertisecentra en de taboedoorbrekende sensibilisering. Dat zijn een aantal pijnpunten die u wilt aanpakken.

Ik sluit me aan bij de andere vraagstellers. Qua timing is het belangrijk dat we meer in detail treden, zeker aangezien in het regeerakkoord staat dat het actieplan een plan voor 2025 is. Dat moet dus concreet worden uitgewerkt.

Ten slotte, u bent uw antwoord zelf begonnen met aan te geven dat het thema al jaren onderbelicht is. U voegde eraan toe dat die onderbelichting geen toeval is. Het is effectief nuttig om ons daarover nader te buigen. Endometriose staat daarin immers niet alleen. Er is algemeen meer onderzoek gedaan naar kaalheid bij mannen dan naar de werking van het vrouwelijk lichaam. Onlangs hebben wij de discussies gehad over pijn bij de plaatsing van het spiraal of bij vulvodynie, die ondergediagnosticeerd en te weinig onderzocht is. Het is dus belangrijk dat we op dat vlak de taboes doorbreken en blijven zoeken naar de reden van de gezondheidskloof tussen mannen en vrouwen en naar de manier waarop wij op dat vlak verdere stappen kunnen zetten, niet enkel voor endometriose, maar ook voor veel andere zaken die specifiek vrouwen treffen.

01.12 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb goed naar uw antwoord geluisterd. Wat u niet hebt aangehaald, zijn de interministeriële afspraken die werden gemaakt tussen de Vlaamse en de federale overheid, waarbij sensibilisering een belangrijk gegeven is.

Ik blijf me ongerust maken over de lange zoektocht van de patiënten. We moeten echt naar een snellere

diagnose. Dit is en blijft een enorme uitdaging waaraan moet worden gewerkt. Hoe zult u in dat globale antwoord dat u hebt gegeven, naast de expertisecentra en de endometriosencentra dichtbij, het onderzoek naar therapieën, medicatie en behandeling faciliteren en stimuleren? We hebben in de voorbije legislatuur gewerkt aan onderzoek naar kwalen die nu eenmaal meer voorkomen bij vrouwen dan bij mannen, en we moeten daarop een antwoord formuleren en dat onderzoek stimuleren.

U hebt het nomenclatuurnummer aangehaald. Ook daar wil ik de collega's bijtreden wat betreft de timing. Het lijkt me heel ambitieus om al tegen eind 2025 een nomenclatuurnummer te hebben. Ik hoop dan ook dat u daar voluit voor gaat, zodat we al die patiënten een antwoord kunnen bieden in die multidisciplinaire context.

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

02 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Plastic deeltjes in kartonnen wegwerpbekers" (56003013C)
02 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les particules de plastique présentes dans les gobelets jetables en carton" (56003013C)

02.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, uit een recente test tijdens een tv-programma is gebleken dat kartonnen wegwerpbekers heel kleine plastic deeltjes afgeven die via de drank in het lichaam belanden. Blijkbaar komen bij hete dranken zoals koffie of thee zelfs zeven keer meer microplastics vrij dan bij koude dranken. Over de gezondheidsrisico's van die microplastics is nog niet zoveel bekend, maar wel is al duidelijk dat ze in verband worden gebracht met kanker en zelfs met hart- en vaatziekten. Ik heb dan ook enkele logische vragen.

Mijnheer de minister, bent u zelf op de hoogte van die bevindingen? Overweegt u maatregelen om blootstelling aan die microplastics uit kartonnen wegwerpbekertjes te beperken, vooral dan bij hete dranken? Zijn er plannen om meer wetenschappelijk onderzoek te laten uitvoeren naar de gezondheidsrisico's bij die microplastics?

We willen ook graag vernemen hoe u ervoor kunt zorgen dat consumenten beter geïnformeerd worden over mogelijke gezondheidsrisico's.

Welke stappen zult u nog zetten om alternatieven voor kartonnen wegwerpbekers te promoten, zoals herbruikbare bekertjes? Voor alle duidelijkheid, het gebruik van herbruikbare bekertjes is vanuit duurzaamheidsoogpunt ook al verplicht bij publieke evenementen. In dat opzicht vind ik het belangrijk om ook te kijken naar duurzame alternatieven voor die kartonnen wegwerpbekers.

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, onze FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu is op de hoogte van de aflevering van *Factcheckers* en de onderzoeken die uitgevoerd zijn door de KU Leuven. We verwelkomen eigenlijk alle studies over de vrijgave van microplastics, alsook onderzoeken naar deze partikels in voeding en in het milieu. Die studies vergroten immers onze kennis en maken het gemakkelijker om correcte maatregelen te nemen inzake het terugdringen van microplastics in ons milieu en in ons lichaam.

Er bestaat al een reeks Europese verordeningen die het contact van materialen met voeding regelen, maar er is geen specifieke wetgeving inzake de migratie van microplastics in voeding. De Europese verordeningen stellen onder andere dat bij normaal of te verwachten gebruik geen bestanddelen als microplastics mogen worden afgegeven aan voeding in hoeveelheden die gevaar kunnen opleveren voor de gezondheid van de mens. De producenten moeten bij de productie en het risicoassessment van de bekertjes dus ook rekening houden met de eventuele vrijgave van microplastics. Dit vloeit voort uit de algemene Europese regelgeving.

De Europese Autoriteit voor voedselveiligheid (EFSA) publiceerde in 2016 een verklaring over de aanwezigheid van microplastics en nanoplastics in voeding. De EFSA gaf aan dat de gegevens over het voorkomen van microplastics en nanoplastics zeer beperkt waren en dat de gegevens over de toxicologische effecten op de menselijke gezondheid zeer ontoereikend waren. Bovendien adviseerde de EFSA om de ontwikkeling van een analysemethode voor microplastics voort te zetten, om hun

aanwezigheid, hun identiteit en hun hoeveelheid in voeding te kunnen beoordelen. In 2022 kwam de FAO tot een gelijkaardige conclusie.

Daardoor is er op het vlak van wetenschappelijk onderzoek in de jongste jaren veel vooruitgang geboekt, ook in opdracht van de FOD Volksgezondheid, maar er blijft een lange lijst met onzekerheden bestaan. Verdere inspanningen zijn nodig om de gegevens te genereren die nodig zijn voor een uitgebreide beoordeling van de gezondheidsrisico's voor de mens.

Ik kan u wel zeggen dat er op dit moment in opdracht van de FOD Volksgezondheid een studie bezig is naar welke verpakkingen voor onmiddellijke consumptie van dranken en voeding er op de Belgische markt zijn, alsook naar de samenstelling van deze verpakkingen. Dan gaat het bijvoorbeeld over het percentage kunststof. Een van de doelstellingen van het onderzoek is het vaststellen van de minimale hoeveelheid plastic die nodig is in papieren bekertjes om ervoor te zorgen dat het product waterdicht en voedselveilig is. Het uiteindelijke doel is natuurlijk om de aanwezigheid van plastic gewoon te elimineren.

Wat betreft het informeren van de consument heeft de FOD Volksgezondheid in 2023 een informatie-campagne over microplastics georganiseerd om mensen te informeren over de oorsprong van microplastics, de impact ervan en de maatregelen die iedereen kan nemen om de vorming ervan te verminderen.

Daarnaast legt het koninklijk besluit van 3 juni 2024 in overeenstemming met de Europese richtlijn over wegwerpplastics een markering op voor kartonnen bekertjes met een plastic voering die de consument informeert over de aanwezigheid van plastic in het product en over de schadelijke gevolgen voor het milieu als gevolg van afval of andere ongepaste manieren om het product weg te gooien.

Momenteel is er voor het gebruik als wegwerpbeker geen volwaardig alternatief naast bekertjes met een kunststoflaag of coating, maar de wegwerpbeker kan in bepaalde situaties wel vervangen worden door een herbruikbare beker, bij voorkeur uit glas, keramiek of metaal. Dat laatste dan wel niet bij zure dranken. Daarbij dient echter steeds rekening gehouden te worden met mogelijke risico's op het vlak van hygiëne en andere verontreinigingen.

Het is dus geen eenvoudige kwestie, die evenwel ook op onze radar staat.

02.03 Irina De Knop (Open Vld): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister.

Het is duidelijk dat er nog heel veel onzekerheden bestaan met betrekking tot de mogelijke nadelige gezondheidseffecten. Zoals een andere collega al aangaf, is het inderdaad nuttig om nader onderzoek uit te voeren, zoals klaarblijkelijk door de FOD Volksgezondheid wordt gedaan. Het is misschien ook nuttig om ons mee te geven wat de timing is voor de resultaten van die studie.

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

03 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toekomst van de farmaceutische industrie in ons land" (56003043C)

03 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avenir de l'industrie pharmaceutique dans notre pays" (56003043C)

03.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, een aantal weken geleden werden we opgeschrikt door een aantal wilde plannen van de nieuwe Amerikaanse president Donald Trump. In een van die communicaties hebben we ook vernomen dat het zijn intentie was om de productie van de Amerikaanse farmabedrijven terug te halen naar de Verenigde Staten, om op die manier invoertarieven te vermijden.

Nu is het zo dat wij heel wat Amerikaanse farmabedrijven in ons land hebben, die duizenden mensen te werk stellen en die met hun klinische proeven ook patiënten vroegtijdig toegang kunnen verlenen tot innovatieve geneesmiddelen. Een kwart van onze export van farmaceutische producten gaat bovendien

naar de Verenigde Staten. Met de export is de VS goed voor 24 miljard euro of bijna een vierde van de totale uitvoer. Het is dus een zeer essentiële sector voor ons land.

Omdat België een groot farmaland is, is ons land ook bijzonder kwetsbaar. De farmaceutische sector stond al onder druk omdat Europa en dus ook België op het vlak van innovatie steeds vaker door Aziatische landen en door de Verenigde Staten worden voorbijgestoken. Er wordt gevreesd dat door het Amerikaanse beleid toekomstige investeringsbeslissingen onder druk zullen komen te staan. Dat heeft dan weer een impact op de mate waarin wij als land een rol kunnen spelen op het vlak van innovatieve geneesmiddelen, zoals cel- en gentherapie, waardoor onze achterstand groter dreigt te worden.

Om de farma-industrie in ons land te wapenen tegen de maatregelen van de Verenigde Staten, is het dus essentieel dat we een strategie uitstippelen. Pharma.be heeft daarom aan u gevraagd om samen te zitten met alle regeringen in ons land om die strategie vorm te geven, mijnheer de minister.

Ondertussen hebben we ook kennisgenomen van het paasakkoord van de regering-De Wever. We vernemen dat de federale regering extra bijdragen aan de farmasector vraagt om het gezondheidsbudget op koers te houden. De omzet wordt met 80 miljoen euro afgeroomd. Farmabedrijven moeten voortaan ook het ethisch toezicht op de klinische proeven bekostigen.

Kortom, mijnheer de minister, de farmasector in ons land staat meer dan ooit onder druk door de onzekerheden die het beleid van Donald Trump met zich brengt. Het is echter ook belangrijk uiterst waakzaam te blijven voor de gevolgen van het eigen beleid. Daarom heb ik de hiernavolgende vragen aan u.

Ten eerste, hoe schat u de impact in van het beleid van Donald Trump met betrekking tot de mogelijke invoertarieven en de mogelijke terugkeer van Amerikaanse bedrijven naar de Verenigde Staten op onze farmaceutische sector, zowel op het vlak van het geneesmiddelentekort als het aantal klinische proeven en de financiële bijdragen die de farmasector levert aan onze ziekteverzekering via de verschillende heffingen, alsook op de gehele economie?

Ten tweede, bent u bereid in te gaan op de vraag van Pharma.be om met alle regeringen in ons land een strategie uit te werken om de Amerikaanse farmaceutische bedrijven maximaal in ons land te kunnen houden?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, ten eerste, ik deel uw grote bezorgdheid. Tarieven heffen op farmaproducten is een uitermate dwaas idee. Er wordt een belasting geheven – er wordt van 25 % gesproken – op producten die mensen nodig hebben als patiënt. Dat is bijzonder schadelijk, mogelijks voor de Belgische economie en vooral ook voor de Amerikaanse patiënten zelf. Zeker op korte termijn kan die heffing aanzienlijke schade aanbrengen aan de Amerikanen, want ofwel gaan de prijzen van hun medicijnen drastisch omhoog, ofwel trekken producenten zich terug uit de Amerikaanse markt. Geen enkele producent zal die 25 % gewoon van zijn eigen winstmarge aftrekken.

Ik ben echter terecht bezorgd. In die heffing schuilt ook een groot gevaar voor ons en voor onze patiënten. De trans-Atlantische waardeketens van de medicijnen zijn heel geïntegreerd. Tijdens COVID-19 was al merkbaar dat de mRNA-vaccins en de vaccins van Johnson & Johnson meerdere keren de oceaan overstaken vooraleer het finale product er was. Uit anekdotiek weten we ook dat dat voor nog meer producten het geval is. Denk bijvoorbeeld aan iets wat veel in de pers is geweest, namelijk de CAR-T-behandelingen. Bij een tarievenoorlog in de farmasector worden de waardeketens dus totaal verstoord, met dramatische gevolgen voor de patiënten aan beide zijden van de oceaan.

Het invoeren van tarieven betekent overigens niet dat producenten zomaar vanuit de EU naar de VS zullen verhuizen, waar het economisch beleid nu werkelijk onvoorspelbaar is geworden. Ik denk dat het resultaat eerder kan zijn dat producten voor de VS-markt in de VS geproduceerd zullen worden en de rest in Europa.

Men zou kunnen denken dat we dan nog meer investeringen zouden aantrekken uit de VS. Dat is ook al beperkt gebeurd tijdens de covidpandemie. Doordat de VS exportrestricties had opgelegd, werd Europa, en meer bepaald België, uiteindelijk de fabriek van de wereld voor covidvaccins. Is dat nu een reden om daarnaar uit te kijken? Neen, absoluut niet, maar wat ik zeg, is dat het feit dat Europa een

open en een betrouwbare handelspartner is, ons aantrekkelijk maakt als regio om in te investeren.

U hebt gelijk, we moeten strategisch goed nadenken, maar ik voeg er meteen aan toe dat het niet zozeer de minister van Volksgezondheid is die hier op de eerste plaats aan zet is, maar wel de minister van Economie. De schade die onmiddellijk dreigt aangericht te worden, is immers economische schade voor onze bedrijven, schade voor patiënten in de VS en in tweede orde schade voor patiënten bij ons.

Overigens hebben we dan niet alleen een Belgische economische en industriële strategie nodig, maar ook een Europese. We staan in heel nauw contact met Pharma.be en met EFPIA, de Europese koepelorganisatie, om goed te kunnen inschatten welke risico's een tarievenoorlog met zich zou meebrengen. We hebben ook al aan de Europese Commissie, de FOD Buitenlandse Zaken en de FOD Economie gesignaleerd dat we te allen prijze moeten vermijden in een tarievenoorlog terecht te komen. Onze diplomaten staan daarover in contact met het hoogste niveau binnen de Europese Commissie.

Indien de Europese Commissie op een zeker moment tegenmaatregelen zou nemen als reactie op beslissingen van president Trump – als dat nodig is, dan moet dat gebeuren –, dan moet ze dat wel doen op andere producten dan geneesmiddelen. Dat is al eens eerder gebeurd, toen de vorige Trumpadministratie tarieven had ingevoerd op bepaalde Europese producten. De Europese Commissie heeft toen tegenmaatregelen genomen met dezelfde waarde, maar niet noodzakelijk op dezelfde producten. Er werden toen producten geïmporteerd die belangrijk waren voor de Amerikaanse economie, vooral voor Republikeinse staten, waarvoor Europa een belangrijke afzetmarkt is. Indien president Trump onze farmasector zou viseren, dan moeten wij niet noodzakelijkerwijs dezelfde sector viseren.

Het debat over de nauwe opvolging van kritieke tekorten van kritieke geneesmiddelen leunt hierbij aan. Daarop zal ik nu niet uitvoerig ingaan, omdat het al aan bod is gekomen bij andere gelegenheden. We ontwikkelen daarrond een uitgebreid Europees beleid. Ook dat debat gaat over onze kwetsbaarheid door een overdreven afhankelijkheid voor belangrijke geneesmiddelen.

Ik wil nog een element toevoegen over ons eigen beleid, omdat u dat ook aanstipte. Het is niet gemakkelijk, maar wel nodig om de farmaceutische sector te vragen inspanningen te leveren om de overschrijding van ons budget voor gezondheidszorg met 80 miljoen euro in te dijken. Ten eerste hebben we dat beslist na overleg met de farmaceutische sector, die daarvoor niet applaudisseert, maar toch enig begrip heeft. Ten tweede is dit beleid om een overschrijding, die niet gewenst en niet gepland was, teniet te doen. Met andere woorden, wat voorspelbaar moest zijn, namelijk een gegeven budget en een gegeven stijging van een budget, dat blijft zo. Het is de afwijking van wat voorspeld was en voorspelbaar moest zijn waarvan we vragen ze deels te compenseren. U mag dus niet stellen dat we een beleid van onvoorspelbaarheid voeren. We voeren een beleid van beheersing van budgetten binnen afgesproken paden. Dat wil niet zeggen dat dat gemakkelijk is, maar het is niet hetzelfde als onvoorspelbaarheid organiseren.

We hebben inderdaad beslist om voor een zeer beperkt bedrag naar de situatie van enkele jaren geleden terug te keren, maar dat is toch enigszins een andere kwestie. Daarbij staat de farmaceutische industrie zelf in voor de bekostiging van wat nodig is om *clinical trials* ethisch correct te laten verlopen. Die *clinical trials* zijn rechtstreeks in het belang van de industrie en natuurlijk ook in het belang van iedereen. We vragen dus een heel kleine bijdrage om de ethische comités te financieren, zoals dat vroeger ook het geval is geweest.

Ik denk ook niet dat dat ons beleid nu onvoorspelbaar of onevenredig zou maken.

03.03 Irina De Knop (Open Vld): Ik leid af uit uw antwoord dat u ook zeer bezorgd bent over de mogelijke gevolgen van het beleid dat in de VS momenteel wordt gevoerd voor de farmasector in ons land. We kunnen dan ook niet onder stoelen of banken steken dat die farmasector voor ons een cruciale sector is, zowel voor onze economie als voor onze werkgelegenheid.

Ik blijf bij mijn standpunt dat we bijzonder voorzichtig moeten zijn met het nemen van bijkomende maatregelen die deze sector financieel bezwaren, zoals u gedaan hebt met de 80 miljoen euro, die zij nu eenmalig – zo zegt u – zullen moeten bijpassen en die betrekking hebben op de eigen financiering van de *clinical trials*. Dat is een zeer broos evenwicht.

Wij zijn nu een *pharma valley* en we moeten er alles aan doen opdat we geen farmawoestijn worden.

Bedankt voor uw antwoorden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het gebruik van de spoeddiensten" (56003161C)

04 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'utilisation des services d'urgence" (56003161C)

04.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, ook deze vraag heb ik al enkele weken geleden ingediend, maar de thematiek ervan blijft niettemin actueel.

In 2024 hebben de vijf spoeddiensten van Ziekenhuis aan de Stroom en de twee eerstehulpdiensten 209.000 patiënten ontvangen, een stijging van 6 % ten aanzien van het jaar daarvoor. De belangrijkste oorzaken van die stijging zijn de vermindering van het aantal huisartsen en uiteraard de vergrijzing van de bevolking. Op die manier komt de eerstelijnszorg steeds meer onder druk te staan, wat leidt tot een extra belasting van de spoeddiensten.

Wat we in Antwerpen zien, is exemplarisch voor heel veel regio's in ons land, in het bijzonder ook voor de Brusselse regio, u welbekend. De komende jaren zal die druk wellicht alleen nog toenemen door een pensioneringsgolf bij huisartsen, waartegenover slechts een beperkte instroom staat, en de vergrijzing van de bevolking daarbovenop.

Mijnheer de minister, hoe wilt u ervoor zorgen dat de eerstelijnszorg in heel België voldoende ondersteund zal blijven opdat de druk op de spoeddiensten vermindert?

Voor mijn tweede vraag leg ik een link met het regeerakkoord, waarin u aangeeft dat maatregelen voor het tekort aan huisartsen in de verschillende regio's van het land de verantwoordelijkheid zijn van de gemeenschappen. U hebt ook aangegeven dat u federale belemmeringen wilt wegwerken die dat proces hinderen. Bestaan er nog belemmeringen op federaal niveau met betrekking tot dat onderwerp? Om welke belemmeringen gaat het desgevallend?

Bent u van plan om te overleggen met de gemeenschappen om de infrastructuur van de spoeddiensten te verbeteren, aangezien het aantal spoedartsen en verpleegkundigen toeneemt terwijl de werkruimte blijkbaar vaak beperkt blijft?

Zijn er plannen om extra financiële middelen te voorzien voor de uitbreiding van de spoeddiensten, zodat kan worden tegemoetgekomen aan de groeiende vraag?

Daaraan gerelateerd, hoe groot is het budget dat u wilt investeren in infrastructuur en in digitale instrumenten voor monitoring op afstand? Door bijvoorbeeld mensen met hartfalen online te volgen, kunnen ze teruggeroepen worden door de dienst cardiologie als er problemen vastgesteld worden, waardoor die patiënten niet via de spoeddienst hoeven binnen te komen. Wellicht zijn er nog andere goede voorbeelden van innovaties die ervoor zorgen dat de belasting van de spoedgevallendienst vermindert. Graag kreeg ik daarover uw inzichten.

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil eerst iets zeggen over de cijfers. U verwees naar een stijging met 6 % in 2024 ten opzichte van 2023. Het rapport met betrekking tot opname in de spoeddienst, gepubliceerd door het RIZIV, duidt dat er sinds 2013 een constante trend is, namelijk een stijging met 1 % van het aantal bezoeken op de spoeddiensten op jaarbasis. In 2022 was er ook wel een belangrijke toename, maar die had te maken met de covidpandemie. Met andere woorden, er is een duidelijke, stijgende trend. Die is niet altijd spectaculair, maar er zijn wel redenen om ons te buigen over het probleem dat u schetst.

Om te beginnen is er natuurlijk een performant systeem van huisartsenwachtposten nodig. Als dat er is, heeft men drie slagen in een klap. Ten eerste, men voorziet toegankelijke zorg buiten de kantooruren over het hele land, waarbij mensen dus niet noodzakelijk naar de spoeddienst van een ziekenhuis moeten gaan. Ten tweede, men zorgt ervoor dat mensen die geen levensbedreigende klachten hebben niet op de spoeddienst terechtkomen, maar elders. Daardoor kan de spoeddienst zich dus meer

focussen op wat urgent en complex is. Ten derde, een goed systeem van huisartsenwachtposten betekent ook dat die wachtposten onderling beter kunnen coördineren, ook met andere betrokkenen, zoals de noodcentrales. Er is daaraan nog werk, maar als dat er is, zetten we natuurlijk een belangrijke stap vooruit.

Ik zal verder investeren in die wachtposten. Ik ben ook van plan om een hervorming die mevrouw De Block heeft opgestart – ondertussen toch al heel wat jaren geleden –, maar die is vastgelopen, herop te pikken op het vlak van haar inhoudelijke doelstellingen. Ik wil dat doen met een belangrijke bijkomende investering en zonder een aantal juridische complicaties waartegen de huisartsen aan de basis echt wel in verzet komen. Dat is een ander onderwerp dan het onderwerp dat hier voorligt, maar u weet ongetwijfeld waarover ik het heb. Ik wil dus een goed systeem van huisartsenwachtposten. Ik wil dat in goed overleg met de huisartsen en ik wil dat dat een investeringsverhaal is en geen verhaal dat het leven van de huisartsen nodeloos compliceert, met nieuwe juridische structuren.

U zei dat er een tekort aan huisartsen is en dat is juist. Dat is ook de reden waarom we in het regeerakkoord zeggen dat de quota worden verhoogd, maar ik denk dat we hier een reden te meer hebben om de organisatie van de huisartsengeneeskunde toch goed te bekijken en te versterken, niet alleen wat betreft de wachtfunctie. Ook het dagelijks functioneren van de huisartsen dient te worden versterkt.

U hebt ook de vraag gesteld of ik overleg met de gemeenschappen over de infrastructuur van de spoeddiensten. Ik overleg vanzelfsprekend regelmatig met mijn collega-ministers van de deelstaten. Het verbeteren van de zorg voor de patiënten en het verbeteren van de werkomstandigheden van het personeel zijn thema's die daar vaak aan bod komen.

U vraagt me wat ik daarvoor doe. Infrastructuur is een deelstaatbevoegdheid, maar los daarvan is het natuurlijk wel een heel belangrijke verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen zelf om in hun infrastructuurplannen rekening te houden met de behoeften – huidige en toekomstige behoeften – van de mensen die daar over de vloer komen als patiënt, maar ook met de ruimte die nodig is voor het personeel om in goede omstandigheden te kunnen werken.

Voorzien wij financiering voor meer spoeddiensten? Ik vind dat niet de goede manier om die vraag nu te stellen, eerlijk gezegd. Wij plannen een hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Die moet voor een meer billijke en transparante financiering zorgen. U weet dat ik een expertenwerkgroep aan het werk heb gezet, samen met mijn collega's van de deelstaten, om na te denken over het toekomstige ziekenhuislandschap. Dat betekent onder meer nadenken over de rol en de inplanting van spoeddiensten. Voorzien wij daar dan extra financiering voor? Dat is een aparte insteek. Daar wil ik niet op vooruitlopen. Ik denk dat we de financiering van de ziekenhuizen vooral moeten rechttrekken.

Daarna stelt u een specifieke vraag over nieuwe initiatieven inzake thuishospitalisatie en telegeneeskunde. Ja, die zijn absoluut belangrijk. Ze staan ook op onze radar. Het enige wat ik hierover wil zeggen, is dat we ze natuurlijk niet als losstaande elementen mogen beschouwen.

Ik neem het voorbeeld van mensen met hartfalen. Ik meen dat dat ook uw voorbeeld was. Als men de dienst cardiologie niet aanpast zodat die mensen met een opkomend probleem meteen kan opvangen, zal men blijven zien dat die mensen naar de spoeddienst van een ziekenhuis gaan. Met andere woorden, een zaak is het bevorderen van telegeneeskunde, monitoring in thuissituatie, monitoring buiten het ziekenhuis en thuishospitalisatie, maar een andere zaak is dat men de hele organisatie van de betrokken ziekenhuisdienst daaraan moet aanpassen.

Ik meen dat voor dergelijke initiatieven een breed kader nodig is, maar ze zijn wel uitermate nuttig indien ze goed opgevat zijn en goed ingebed zijn in het ziekenhuis van de toekomst. Ze kunnen de druk op de spoeddiensten een stuk verlichten.

04.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, ik ben een beetje bezorgd nu ik uw antwoord hoor. Ik ben er wel van overtuigd dat u de ernst van de situatie ziet, maar als u alles aan alles wilt koppelen, is het risico dat het heel moeilijk wordt iets in beweging te brengen. Dat is het gevoel dat ik krijg.

U had het bijvoorbeeld over het systeem van huisartsenwachtposten. Ik ben het er zeker met u over

eens dat die efficiënt gecoördineerd moeten worden, maar ik hoor u zeggen dat ze eigenlijk ook een back-up moeten worden van de spoeddiensten. Daar ben ik toch wat ongerust over.

Nu, in de praktijk blijkt dat die wachtposten vandaag veelvuldig doorverwijzen naar een spoeddienst wanneer de aandoeningen wat complexer zijn of wanneer ze zelf onvoldoende zekerheid hebben over de manier waarop er verder mee omgegaan moet worden. Ik meen dat er nog heel wat hervormingen nodig zullen zijn om te komen tot de doelstelling die u wenst.

Wat de financiering en het model van de huisartsengeneeskunde betreft, zijn we bezorgd dat die er precies voor kunnen zorgen dat er in de toekomst minder huisartsen zullen zijn; eigenlijk dus het omgekeerde van wat u beoogt.

Wat de organisatie van de spoeddiensten betreft, hebt u verwezen naar de algemene hervorming en naar de financiering van het ziekenhuislandschap. Opnieuw, daar wordt veel op een hoop gelegd.

Ondertussen merken we dat de druk op de spoeddiensten blijft toenemen.

Kortom, ik blijf bezorgd, maar ik volg deze problematiek verder met u op.

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

05 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Specifieke gezondheidszorg voor vrouwen" (56003214C)

05 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins de santé spécifiques aux femmes" (56003214C)

05.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, meer en meer wordt benadrukt dat het vrouwenlichaam anders reageert op geneesmiddelen, dat vrouwen gevoeliger zijn voor bepaalde aandoeningen dan mannen en dat symptomen bij vrouwen zich anders uiten dan bij mannen. Op Internationale Vrouwendag, 8 maart, was het de gelegenheid om daarvoor extra aandacht te hebben. Nog te vaak worden gezondheidsproblemen bij vrouwen immers niet of te laat gediagnosticeerd, met alle gevolgen van dien.

Hoewel dit probleem tegenwoordig gelukkig vanuit verschillende hoeken op de agenda wordt gezet, dient naar onze mening een serieus tandje bijgestoken te worden. Ik heb dan ook de volgende vragen, mijnheer de minister.

Welke maatregelen worden nu reeds genomen om meer aandacht te hebben voor vrouwspecifieke gezondheidsproblemen? Welke vrouwspecifieke gezondheidsproblemen krijgen prioriteit en hoe worden deze prioriteiten bepaald? Hoe zult u wetenschappelijk onderzoek naar dergelijke problemen stimuleren?

Welke stappen zult u nemen om meer data te verzamelen over de impact van hormonale veranderingen op ziekten, zodat behandelingen daaraan kunnen worden aangepast? Zult u, ten slotte, in samenspraak met de deelstaten of tijdens de interministeriële conferentie geslachtsspecifieke geneeskunde een plaats geven in opleidingen en richtlijnen? Zult u het daarover hebben?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Snelpe, Sciensano heeft in april 2024 een rapport gepubliceerd over de gezondheid van vrouwen, waarin u een stand van zaken vindt over wat al dan niet beschikbaar is aan gegevens over gezondheidsproblemen die specifiek zijn voor vrouwen, maar ook over gezondheidsproblemen die op een andere manier bij vrouwen optreden. Dat rapport bevestigt het belang van de verbetering van de gezondheid van vrouwen om de vooruitgang in de volksgezondheid te ondersteunen.

Het rapport legt ook de nadruk op een aantal punten. Om te beginnen zijn vrouwen in België over het algemeen wel gezond, maar er blijft een leemte bestaan, onder meer door invaliderende chronische problemen die een impact hebben op de levenskwaliteit. Wat sommige aspecten van de gezondheid van vrouwen betreft, ontbreken gegevens, omdat ze soms moeilijk toegankelijk, analyseerbaar en

bruikbaar zijn. Dat heeft dan natuurlijk een impact op het beleid dat we kunnen voeren om vrouwen te ondersteunen. Sommige gegevens bestaan volgens dat rapport van Sciensano wel, maar zijn moeilijk te gebruiken of te hergebruiken. Ten slotte meent het rapport dat er dus die genderdimensie is, maar dat men ook moet kijken naar de levenscyclus in een intersectionele benadering.

Met dat op de achtergrond besliste de IMC op 4 december 2024, op mijn voorstel, om een werkgroep te creëren om over een beter menopauzebeleid na te denken. Het is een werkgroep die in de schoot van de IMC door onze ambtenaren wordt gecoördineerd, die verenigd zijn in het zogenaamde interadministratief platform (IAP). We wachten eigenlijk op de conclusies van die werkgroep om concrete maatregelen te nemen om een beter menopauzebeleid te voeren. In het begin van de namiddag hadden we het ook al over endometriose. Dat is ook een zeer relevant voorbeeld, denk ik.

In uw volgende vraag had u het over prioriteiten. Ik heb er al twee gegeven: menopauze en endometriose. Ik zou ook willen verwijzen naar een betere terugbetaling van anticonceptie. Dat gaat niet over ziekte, maar wel over aandacht voor de positie van vrouwen in de ziekteverzekering. Dat vindt u ook terug in het regeerakkoord.

Ik denk dat het belangrijk is om goed te luisteren naar vrouwelijke patiënten, naar vrouwelijke burgers. We zouden dat moeten doen in heel wat domeinen van de gezondheidszorg, ook in de meer algemene plannen zoals het kankerplan en het te ontwikkelen cardiovasculair plan. Ik denk dat het belangrijk is om goed te beseffen dat er belangrijke verschillen tussen vrouwen en mannen zijn.

U had ook een vraag over het wetenschappelijk onderzoek. Bij niet-commerciële studies die door het KCE Trials-programma worden gefinancierd, wordt bijzondere aandacht aan deze dimensie besteed, eigenlijk vanaf de selectie en de beoordeling van alle studieprotocollen tot en met de publicatie van de resultaten. Specifiek in 2024 lanceerde men met KCE Trials ook een thematische oproep voor projecten inzake endometriose. In het algemene studieprogramma besteedt het KCE ook regelmatig aandacht aan vrouwspecifieke onderwerpen. Endometriose is daar een voorbeeld van. Ik heb net al uitgelegd dat we dat ook echt in beleid willen omzetten.

Eind van dit jaar plant het KCE ook de publicatie van de Health Technology Assessment-studie *Evaluatie van de uitbreiding van screening naar borstkanker*. Die studie heeft als doel om de voordelen van de huidige borstkankerscreening of de eventuele uitbreiding ervan af te wegen tegen de nadelen met betrekking tot de klinische doeltreffendheid en kosteneffectiviteit als men de borstkankerscreening verder zou uitbreiden. Ook dat is belangrijk om de vrouwen in onze samenleving zo goed mogelijk te bedienen.

Welke stappen zult u ondernemen op het vlak van dataverzameling? Ik heb al verwezen naar de werkgroep Menopauze, die ter zake een duidelijk mandaat heeft gekregen.

U had, ten slotte, een vraag over opleiding en onderwijs. Die vraag is heel specifiek een bevoegdheid van de deelstaten. Ik stel voor dat u de vraag laat stellen in het Vlaams Parlement aan de bevoegde collega-minister.

05.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is echter een mager antwoord.

Uiteraard is endometriose heel belangrijk. We hebben het debat daarover daarnet gehad. Het menopauzebeleid is ook heel belangrijk. Wij hebben daarover zelfs een resolutie hangende hier in de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen. Op dat vlak zult u dus zeker op onze steun kunnen rekenen, maar dat is het dan ook. Alle begin is natuurlijk moeilijk, maar het gaat om twee onderwerpjes die hier worden belicht. Voor het overige is er nog maar weinig tot niets gebeurd.

Het wetenschappelijk onderzoek lijkt me ook maar een mager beestje te zijn. Ook over dataverzameling brabbelt u iets, maar eigenlijk horen we daarover ook heel weinig, zoals over heel wat cijfermateriaal. Dat is hier inderdaad vaak een moeilijk thema.

Ik ben niet erg tevreden over uw antwoord. U praat wat rond de hete brij heen en vertelt niets concreets, behalve over endometriose, een dossier dat al van de vorige legislatuur dateert, en over het menopauzebeleid. We moeten nog afwachten wat dat met zich zal brengen. Ook op dat punt was u

immers niet heel concreet.

Het klopt dat opleiding een deelstatelijke bevoegdheid is. Daarom verwijs ik ook naar de interministeriële conferentie, waarop u dat misschien wel op de agenda kunt plaatsen en erover met uw collega-ministers kunt spreken. U kunt het daar misschien bovenaan de agenda laten prijken in plaats van rond de hete brij heen te dansen en wat wollige praat te verkopen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Oversterfte" (56003373C)

06 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La surmortalité" (56003373C)

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

De griep epidemie zorgt voor de hoogste oversterfte in 7 jaar tijd: er zijn +/- 2.500 meer mensen overleden dan verwacht (oversterfte van 10,8%). Dit betreft de periode van 10 weken van de start van het griepseizoen (9 december 2024) tot en met 16 februari 2025 (de voorlopig geconsolideerde data). De oversterftecijfers kunnen nog wijzigen, aangezien het griepseizoen nog niet voorbij is.

De oversterfte treft voornamelijk de leeftijdsgroep van 85 jaar en ouder, maar er is in iedere groep oversterfte te zien. Er is 14,9% oversterfte bij de 85-plussers, 7,1% bij 65-84-jarigen, en 7,7 % oversterfte bij mensen tot en met 64 jaar.

In 2018 werd er 12,1% oversterfte gemeten in 5 opeenvolgende weken, in 2017 werd er 17,7% oversterfte gemeten in 7 weken en 2015 werd er 16,0 % oversterfte gemeten in 8 weken. Een oversterfte komt dus wel meer voor. Om de 3 à 4 jaar is er een zwaar griepseizoen.

Desondanks is het belangrijk de oversterftecijfers te analyseren.

1. In vergelijking met de vorige jaren waarin er een oversterfte was, duurt de griep epidemie dit jaar langer. Is daar een verklaring voor?

2. Vier influenzavaccins waren beschikbaar: Alpharix-Tetra®, Influvac Tetra® en Vaxigrip Tetra® (alle drie te gebruiken vanaf de leeftijd van 6 maanden), en Efluelda Tetra® (met een verhoogde dosis antigeen). Het Efluelda Tetra vaccin is enkel voorzien voor personen vanaf 60 jaar. Het wordt terugbetaald wanneer het wordt voorgeschreven door een arts en gebruikt bij personen vanaf 65 jaar die verblijven in de residentiële zorg, en bij personen vanaf 75 jaar die niet in een zorginstelling verblijven. Efluelda® is duurder dan de standaardgedoseerde vaccins (voor patiënt en maatschappij). Hoe vaak werd dit Efluelda vaccin voorgeschreven en terugbetaald in Vlaanderen, Wallonië en Brussel?

3. Wordt er bij de analyse van de vaccinatiegegevens rekening gehouden met het type vaccin dat toegediend werd?

4. Het hogergedoseerde Efluelda vaccin zou volgens wetenschappelijk onderzoek een betere bescherming moeten bieden. Blijkt dit ook uit de cijfers?

5. Heeft de hogere kostprijs van het Efluelda vaccin invloed op het al dan niet voorschrijven van dit vaccin?

6. Het griepvaccin kan ook door de apotheker gezet worden, zonder voorschrift van een arts. Heel wat mensen maakten hier gebruik van. Het Efluelda vaccin moet echter op voorschrift van een arts gezet worden en enkel bepaalde risicopersonen komen ervoor in aanmerking. Kan dit vaccin ook door een apotheker gezet worden? Hoe vaak werd het door een apotheker gezet?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Snelpe, uw vragen betreffen oversterfte door de griep epidemie. In het voorbije seizoen zijn inderdaad meer gevallen geregistreerd dan vorig jaar. Vooral bij kinderen waren er meer gevallen dan de vorige jaren. Dat wordt overigens ook in andere Europese landen vastgesteld. De reden daarvoor is niet duidelijk. Een hypothese is een mogelijk mindere effectiviteit van de vaccins vergeleken met de vorige jaren. Er is echter verder onderzoek nodig om die hypothese of andere hypothesen te bevestigen.

Vervolgens had u vragen over de verschillende beschikbare influenzavaccins. Op basis van de recentste Farmanetgegevens betreffende vergoede farmaceutische specialiteiten afgeleverd door de Belgische openbare apotheken, blijkt dat er 13.281 Eflueldavaccins werden afgeleverd in de periode van augustus tot november 2024. Daarvan werden 187 vaccins – dat is slechts 1,4 % – afgeleverd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 4.467 vaccins – dat is 33,6 % – in het Vlaamse Gewest en 8.627 – dat is 65 % – in het Waalse Gewest.

Ten derde vraagt u of men bij de analyse van de vaccinatiegegevens rekening houdt met het type vaccin. Het Europees centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) evalueert jaarlijks de effectiviteit van de griepvaccinatie. ECDC houdt daarbij rekening met het type vaccin. België neemt via Sciensano deel aan die evaluatie, maar bij gebrek aan een goed vaccinatieregister voor griep is het momenteel niet mogelijk om gegevens over het type vaccin te verzamelen.

In antwoord op uw vierde vraag, de evaluatie van de effectiviteit van vaccinatie door ECDC kan meer duidelijkheid verschaffen over Efluelda, maar die gegevens zullen pas later dit jaar beschikbaar zijn. De huidige wetenschappelijke evidentie over betere bescherming met Efluelda is voorlopig nog beperkt. Daarom spreekt de Hoge Gezondheidsraad momenteel geen voorkeur uit voor het universele gebruik van dat vaccin. De HGR raadt wel aan dat artsen en patiënten samen op individuele basis een keuze maken, rekening houdend met de RIZIV-terugbetalingscriteria.

U vroeg vervolgens of de kostprijs van Efluelda al dan niet invloed heeft op het voorschrijven ervan. Via de Belgische openbare apotheken zijn er 1.663.000 griepvaccins afgeleverd in de periode van augustus tot november 2024. In dat totaal vertegenwoordigt het Eflueldavaccin een aandeel van 0,8 %.

Wat betreft uw laatste vraag, het voorschrift door de arts en de machtiging door de adviserend arts zijn vergoedingsvoorwaarden. De reden daarvoor is dat het hier gaat over een duur hooggedoseerd vaccin. De doelgroep zijn plus 65-jarigen in de residentiële zorg en plus 75-jarigen in het algemeen. Apothekers mogen alle griepvaccins toedienen. Op dit punt wordt voor Efluelda geen onderscheid gemaakt.

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

U zei dat er meer gevallen van griep waren, ook bij kinderen, maar ik veronderstel dat de oversterfte zich niet bij de kinderen voordeed. Er waren meer gevallen, maar er waren ook meer sterfgevallen, en daar ging u niet verder op in.

De reden waarom er meer gevallen waren, is waarschijnlijk minder efficiënte vaccins, maar dat moet nog worden onderzocht. We weten dat het vaccin steeds geënt is op het vorige griepvirus en dat er het ene jaar inderdaad een zwaarder griepvirus kan zijn dan het voorgaande jaar. Als Efluelda echter beter zou blijken te zijn, dan vind ik het eigenaardig dat de doelgroep daarvoor niet werd uitgebreid. De bedoeling van vaccinatie is toch om sterfgevallen door griep te vermijden.

Ik vind het eigenaardig dat we elk jaar opnieuw massaal vaccineren tegen griep en toch elk jaar opnieuw heel veel sterfte hebben door griep. We moeten misschien eens nadenken over ons beleid daaromtrent. Is onze vaccinatie afdoende? Zijn onze vaccins afdoende? Wat doen we daar verder mee en hoe beschermen we onze oudere bevolking tegen griep?

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

07 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Kinesithérapie in voorzieningen voor personen met een handicap" (56003400C)

07 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La kinésithérapie dans les établissements pour personnes handicapées" (56003400C)

07.01 Irina De Knop (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik verwijst naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Klassieke voorzieningen voor personen met een handicap moeten in principe voorzien in de financiering

van de kinesitherapie voor hun bewoners binnen hun muren. We stellen vast dat deze voorzieningen moeten werken binnen steeds beperktere financiële middelen waardoor zij meer en meer aan kinesisten vragen om voor hun zorgen gebruik te maken van de nomenclatuur, meer bepaald onder de kernletter M, III. a) Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven. Op die manier wentelen voorzieningen kosten die ze zelf zouden moeten dragen af op de federale ziekteverzekering.

De kinesisten vrezen dat indien deze praktijk zich uitbreidt onvermijdelijk het budget kinesitherapie dat het RIZIV in haar begroting voorziet zal overschreden worden. Een budgetoverschrijding betekent dat er maatregelen moeten worden genomen en dus dat de kinesisten zullen moeten inboeten op hun honorarium.

Graag vernam ik van de minister:

1. Stelt de minister vast dat er door klassieke voorzieningen voor personen met een handicap meer en meer gebruik wordt gemaakt van kinesisten die op verzoek van de voorziening hun prestaties aanrekenen op de nomenclatuur?

2. Zo ja, wat is zijn standpunt hierover?

3. Zal hij hierover in overleg gaan met de gemeenschappen/gewesten om hen te wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid?

4. Zal de minister maatregelen vragen bij kinesisten indien door deze situatie het RIZIV-budget voor kinesisten dreigt overschreden te worden?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, onze gezondheidszorg laat het subsidiëren van zorg uit twee verschillende bronnen niet toe. Dat is bepaald in artikel 2 van de verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003. Wanneer dus iemand voor zorg subsidies krijgt van het gewest of de gemeenschap, bijvoorbeeld in een voorziening voor personen met een handicap, dan kan hij of zij geen aanspraak maken op federale tegemoetkomingen, zoals een terugbetaling voor de verplichte ziekteverzekering via artikel 7 van de nomenclatuur. Indien vanuit voorzieningen voor personen met een handicap aan kinesitherapeuten gevraagd zou worden om hun verstrekkingen toch aan te rekenen via artikel 7 van de nomenclatuur, terwijl de kinesitherapeutische zorg voor die patiënten vervat zit in de financiering die ze ontvangen van het gewest of de gemeenschap, dan lijkt me dat niet correct. Een dergelijke handelswijze zet aan tot het overtreden van het verbod op dubbele financiering, dat ik zonet heb vernoemd.

Wat bekeken moet worden, is of men de verstrekkingen kan extraheren die eventueel op verzoek van de voorziening aan de verplichte verzekering worden aangerekend. Indien blijkt dat dit probleem zich inderdaad voordoet, dan zal ik natuurlijk niet nalaten om te overleggen met de bevoegde gemeenschap of het bevoegde gewest, en zal ik niet nalaten om in voorkomend geval te wijzen op hun verantwoordelijkheid.

Een eventuele overschrijding van het vastgelegde budget voor de kinesitherapie wordt steeds in zijn geheel bekeken en kan na grondige analyse door de Algemene Raad van het RIZIV inderdaad aanleiding zijn tot het nemen van maatregelen om de overschrijding geheel of gedeeltelijk te compenseren.

Het kan uiteraard niet de bedoeling zijn dat het aanzetten van kinesitherapeuten tot het overtreden van het verbod op dubbele financiering aanleiding zou geven tot een overschrijding van het budget voor de kinesitherapie in de ziekteverzekering.

07.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik denk dat ik met mijn vraag wel een aanzet heb gegeven om de zaak nog even verder te onderzoeken. Ik merk namelijk dat u nogal in de voorwaardelijke wijs sprak in uw antwoord, wat wellicht betekent dat een en ander nog wat verder uitgezocht moet worden.

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

08 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vertegenwoordiging van de deelstaten" (56003411C)

08 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La représentation des entités fédérées" (56003411C)

08.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, in het regeerakkoord is sprake van de vertegenwoordiging van de deelstaten in enkele federale overlegorganen, waaronder de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het Verzekeringscomité. De wet van 6 november 2023 in verband met coördinatiemechanismen tussen de verschillende entiteiten voorziet nochtans reeds dat in de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging zeven bijkomende leden worden opgenomen die de deelstaten vertegenwoordigen. Enkel het uitvoeringsbesluit laat nog op zich wachten.

Waarom werd met dat uitvoeringsbesluit gewacht? Wanneer zal het uitvoeringsbesluit, ook voor de andere federale overlegorganen waar een vertegenwoordiging van de deelstaten wordt voorzien, worden gemaakt en uitgevoerd? Hoe zal de vertegenwoordiging van de deelstaten eruitzien, met andere woorden, hoe zult u voorkomen dat de meerderheid in dit land geen minderheid wordt in de federale overlegorganen?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, het besluit waar u naar verwijst, heb ik voorgelegd aan de deelstaten, maar ze gingen niet allemaal akkoord met het voorstel. Omdat men zo'n besluit alleen maar kan nemen als alle regeringen van de betrokken deelstaten het eens zijn, kon ik dus de procedure tot aanname van dat besluit niet verderzetten, maar ik zal de kwestie opnieuw op tafel leggen en een akkoord zoeken met de betrokken deelstaten.

Voor wat betreft de andere federale organen dan de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging die onder mijn bevoegdheid vallen en waarvoor een vertegenwoordiging vanuit de deelstaten zou worden voorzien, zoals afgesproken in het regeerakkoord, zal ik weldra de opdracht geven om het nodige wetgevende werk op te starten. Ik wil voorafgaandelijk echter benadrukken dat de vertegenwoordigers van de deelstaten in de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging enkel een raadgevende stem hebben. In dezelfde lijn voorziet het regeerakkoord ook in de opname van deelstaatvertegenwoordigers als waarnemers in het Verzekeringscomité. Desalniettemin vind ik dat belangrijk en ik hoop er zo spoedig mogelijk werk van te maken.

08.03 Dominiek Sneppe (VB): Dank u wel, mijnheer de minister, maar u antwoordt eigenlijk niet op mijn vragen.

Waarom werd er gewacht met het uitvoeringsbesluit? U zegt dat er geen akkoord was, maar kunt u daar misschien wat meer uitleg over geven? Wie was er niet akkoord? Waarom waren ze niet akkoord? U doet daar nogal schimmig over. Voor de andere overlegorganen zult u weldra stappen ondernemen. Weldra, wanneer is dat? Is dat morgen of is dat op het einde van de legislatuur?

Op mijn vraag hoe u ervoor zult zorgen dat de meerderheid in het land geen minderheid wordt, heb ik ook geen antwoord gekregen. In mijn ogen voorspelt dat weinig goeds. U zegt wel dat u dat belangrijk vindt, maar we weten allemaal dat Vlaanderen zuinig is en slechts een minister van Volksgezondheid heeft en dat het aan de andere kant van de taalgrens anders geregeld is. Ik denk dus dat mijn bezorgdheid terecht is dat in die overlegorganen de meerderheid, namelijk de Vlamingen, ondervertegenwoordigd zal zijn als u dezelfde regels zult toepassen als in de covidoverlegorganen.

Ik kijk uit naar uw concrete stappen en ik hoop dat u mijn vraag, die ik echt wel uit bezorgdheid stel, zult meenemen.

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

09 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het asymmetrische beleid" (56003412C)

09 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique asymétrique" (56003412C)

09.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, in het regeerakkoord is sprake van asymmetrisch beleid. Door de vertegenwoordiging van de deelstaten, die weldra in de federale overlegorganen georganiseerd zou worden, zou er asymmetrisch beleid gevoerd kunnen worden in die deelstaten. Nochtans zien we dat dat op het vlak van de volksgezondheid reeds het geval was en is.

Ook Vlaams minister Gennez is die mening toegedaan. Zo antwoordde ze op een vraag van een collega het volgende: "In de praktijk vullen we het beleid nu al grotendeels asymmetrisch in. Denk maar aan de verschillen die er zijn op het vlak van preventie, organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, revalidatiebeleid, geestelijke gezondheidszorg et cetera."

In het regeerakkoord wordt dit voorgesteld alsof het iets nieuws zou zijn. Ik heb dan ook enkele vragen.

Wat wordt er precies bedoeld met asymmetrisch beleid? Hoe verschilt dit van het beleid dat nu reeds gevoerd wordt? Hoe zal de financiering van dit asymmetrisch beleid gebeuren? Hoe zult u voorkomen dat het een zoveelste transfer wordt?

09.02 Minister Frank Vandenbroucke: Asymmetrische uitoefening van federale bevoegdheden verwijst naar de situatie waarin de rechtsgevolgen van federaal beleid verschillen naargelang de norm wordt toegepast in het ene of het andere taalgebied. Het is absoluut denkbaar dat bepaalde federale wetten enkel in het ene gewest gelden en andere wetten enkel in het andere gewest.

Asymmetrie ontstaat echter vaak ook op een meer subtiële manier. De federale overheid kan haar beleid ook afstemmen op het Vlaamse, het Waalse of het Brusselse beleid, of ook op het beleid in Oost-België, via het afsluiten van een samenwerkingsakkoord. Op die manier krijgen de verschillende deelgebieden een beleid dat aansluit bij de specifieke situatie, zonder dat men de bevoegdheden waarover de federale overheid vandaag beschikt eerst moet overhevelen.

Uiteraard mag zo'n asymmetrische uitoefening van federale bevoegdheden geen schending inhouden van het gelijkheids- en het niet-discriminatiebeginsel. Asymmetrie is dus aanvaardbaar als de federale overheid geconfronteerd wordt met een mogelijk uiteenlopende beleidsvoering binnen de deelstatelijke bevoegdheden en als de ongelijke behandeling berust op een objectief criterium en redelijk verantwoord is. Diepgaande asymmetrie zou daar op haar grenzen kunnen botsen.

In de praktijk meen ik dat de asymmetrie die we voor ogen hebben, doorgaans het eindresultaat is van interfederale samenwerking.

Als voorbeeld geef ik de relatief recente HPV-vaccinatie, maar ik haal ook slachtofferzorg en de revalidatie, behandeling en begeleiding van daders van seksueel misbruik aan. Er is op dat vlak een interfederale samenwerking, maar met verschillend beleid in de praktijk in de verschillende deelstaten. Dat is het spoor om verder door te trekken.

Ik heb dus geen enkel probleem, wel integendeel, met de idee om asymmetrisch te werk te gaan waar nodig en dat dat ook wenselijk is. Een concreet voorbeeld, dat een aanknopingspunt en een kader kan zijn, is het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg van 8 november 2023. Binnen dat plan moeten eigenlijk ook asymmetrische afspraken kunnen worden gemaakt.

Uw vraag over financiering die men dan moet opzetten om bepaalde programma's asymmetrisch uit te voeren, is inderdaad een complexere vraag. Als het gaat over financiering, moet men natuurlijk de bevoegdheidsverdelende regels respecteren. Financiële verdeelsleutels moeten dus op een redelijke manier beantwoorden aan de bevoegdheidsverdeling. Als er cofinanciering is, moet er een redelijk evenredigheidsverband bestaan tussen de respectievelijke kosten van de verplichtingen die verband houden met de relevante bevoegdheden en de financiering ervan door de verschillende overheden. Dat is niet eenvoudig maar het is ook niet onoverkomelijk. Wat mij betreft is dit de weg die ik wil opgaan in de toekomst.

09.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, u hebt mijn ongerustheid zeker niet weggenomen, vooral door uw laatste uitspraken over de financiering. Wij zijn zeker voorstander van asymmetrisch beleid, zodat Vlaanderen en Wallonië hun eigen weg kunnen gaan. In een federale koppeling kan dat inderdaad een financiële weerslag hebben, waardoor de Vlamingen nog maar eens de grote betaler zullen zijn.

U hebt mijn bezorgdheid niet weggenomen. U bevestigt eigenlijk mijn bezorgdheid dat die financiering inderdaad moeilijk is, niet onoverkomelijk, maar toch moeilijk.

Het zal natuurlijk ook aan de Vlaamse onderhandelaars zijn om daar voet bij stuk te houden. Jammer genoeg heb ik er weinig vertrouwen in dat zij voet bij stuk zullen houden en de belangen van de Vlamingen zullen behartigen. We zien dat de transfers in dit land nog steeds toenemen in plaats van afnemen. Ik vrees dat de Vlamingen met het asymmetrische beleid nog maar eens dubbel en dik de rekening zullen betalen. We zullen het uiteraard met argusogen verder opvolgen.

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

10 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een uniforme crisiskaart binnen de geestelijke gezondheidszorg" (56003475C)

10 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Une carte de crise uniforme au sein des soins de santé mentale" (56003475C)

10.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, wanneer men in een crisissituatie terechtkomt en psychische problemen heeft, is het van belang dat omstaanders of zorgverleners op een accurate manier kunnen ingrijpen. In de geestelijke gezondheidszorg, en vooral bij psychoses, wordt er dan ook steeds meer gewerkt met een zogenaamde crisiskaart. Dat is een klein document, te vergelijken met een bankkaart, dat in de portefeuille zit en waarop onder andere staat welke afspraken men heeft gemaakt met bijvoorbeeld de zorgverlener over de manier waarop men dient op te treden, wat de noden zijn en welke medicijnen er misschien noodzakelijk zijn.

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt daarom ook werk te maken van een uniforme crisiskaart in de geestelijke gezondheidszorg. Het feit dat mensen het herkennen, draagt immers ook bij tot de effectiviteit van het instrument.

Persoonlijk vind ik dat een sterk idee. Hebt u die vraag ook al gekregen? Wordt er werk gemaakt van zo'n uniforme crisiskaart en welke stappen werden eventueel al ondernomen?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Hoof, we zijn het er erg over eens dat crisisinterventie in de geestelijke gezondheidszorg nog een belangrijke werf is waar verbetering en investeringen nodig zijn. Het is daarbij onder meer van vitaal belang dat professionals snel toegang krijgen tot de informatie die ze nodig hebben om effectief in te grijpen bij een patiënt in een crisissituatie, met respect voor diens behoeften en eigenheid. Ik ben het met u eens dat de crisiskaart een waardevol instrument is in zo'n context, omdat men mensen op die manier beter kan helpen, rekening houdend met hun eigen kenmerken en voorkeuren.

België heeft nog geen uniform model dat vergelijkbaar zou zijn met wat in Nederland bestaat, maar er zijn al innovatieve praktijken en gelijkaardige initiatieven in sommige netwerken voor geestelijke gezondheidszorg. In België werken ook steeds meer ziekenhuizen met een crisiskaart. Ik verwijs daarvoor ook naar de website psychosenet.be, waar u informatie vindt over de crisiskaart.

Ik ben me dus goed bewust van de voordelen die een crisiskaart zou kunnen bieden voor alle diensten die actief zijn in de projecten van crisis- en urgentiezorg, maar het vraagt toch wel enige reflectie om echt een uniform model op nationaal niveau te kunnen realiseren. Ik zal de werkgroepen die daarover actief zijn in het overlegorgaan 107 en de commissie GGKJ bevragen over de nood om een meer uniforme crisiskaart op te stellen en de manier waarop we het gebruik daarvan als een praktijkstandaard kunnen introduceren en opvolgen.

10.03 Els Van Hoof (cd&v): Dank u wel, mijnheer de minister.

U verwijst terecht naar psychosenet.be, waar men de crisiskaart op de website vindt. Ik denk dat dat terecht is voor dergelijke pathologieën, omdat weinig mensen daarmee bekend zijn. Het gaat niet alleen om hoe professionals moeten reageren, maar ook om hoe de omgeving die ermee wordt geconfronteerd accuraat kan optreden om de situatie niet te verergeren.

Ik denk dat het een nuttig model zou kunnen zijn. Het wordt ook gevraagd door het Vlaams Patiëntenplatform. Het is goed dat u het ter sprake brengt in de daartoe voorziene werkgroepen. Hopelijk komt men met een sterk voorstel waarmee men aan de slag kan.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Questions jointes de

- **Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance et la prise en charge des personnes souffrant de covid long" (56003496C)**

- **Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La manifestation des personnes atteintes du covid long" (56003822C)**

11 Samengevoegde vragen van

- **Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van en de zorg voor longcovidpatiënten" (56003496C)**

- **Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De 'ligbetoging' van longcovidpatiënten" (56003822C)**

11.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, cinq ans après le premier confinement, des milliers de Belges continuent de souffrir d'une infection post-covid qui les prive de leurs capacités à travailler, à étudier ou même à mener une vie normale. Fatigue intense, essoufflement, troubles cognitifs sévères, ces symptômes persistants les plongent dans une détresse physique, psychologique et sociale. Et pourtant, ces patients peinent à être reconnus par notre système de santé et à bénéficier d'un accompagnement adéquat.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 6 % des personnes contaminées par le covid-19 développent un covid long. Pour ce qui est de la Belgique, au moment du dépôt de ma question, Sciensano ne disposait pas d'estimation, mais entre-temps, il semble que des chiffres aient été communiqués. Vous pourrez certainement nous en dire un peu plus.

Ces malades demandent aujourd'hui des avancées concrètes: plus de recherche, une reconnaissance officielle de leur pathologie, des soins spécialisés et un accompagnement social et financier adapté.

Monsieur le ministre, comment peut-on aujourd'hui justifier le manque de données par rapport au nombre de personnes qui souffrent de ce covid long, alors que la reconnaissance et la prise en charge des patients en dépendent? Que mettez-vous en place pour répondre aux revendications légitimes des associations qui représentent les personnes souffrant de covid long? Quelles initiatives prenez-vous pour améliorer la reconnaissance du covid long en Belgique et garantir ainsi une prise en charge multidisciplinaire adéquate?

11.02 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, une manifestation de personnes atteintes du covid long a eu lieu le 15 mars dernier. Cette manifestation coïncidait avec le cinquième anniversaire du premier confinement ayant été mis en place afin de lutter contre la pandémie du covid-19.

Si, en 2021, il n'était pas possible d'avoir une vision précise de la prévalence en Belgique, le covid long serait néanmoins sous-diagnostiqué. On parle d'une personne sur 30 en Belgique.

Par ailleurs, toujours en 2021, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a réalisé une vaste enquête en ligne auprès de 1 320 personnes atteintes du covid long. Cette étude confirme que les symptômes associés à cette pathologie sont multiples et peuvent persister plusieurs mois, voire même plusieurs années après la première infection, impactant malheureusement la vie quotidienne de ces personnes malades de manière non négligeable. Ce même KCE mentionne également que six

mois après une infection par le coronavirus, au moins une personne sur sept en garde encore l'un ou l'autre symptôme.

Nous savons qu'une résolution relative à la reconnaissance et à un soutien des patients souffrant de covid longue durée a été votée au Parlement en 2021, qu'un trajet de soins a été mis en place au niveau de l'INAMI et que d'autres conventions existent.

Deux associations de patients atteints de ce covid chronique, dont l'une d'ailleurs est présente aujourd'hui – je les salue; il s'agit de Long Covid Belgium – mentionnent que les malades se sentent vraiment à l'abandon, ne se sentent pas reconnus et ne reçoivent pas suffisamment d'aide.

Les parcours de soins prévoient que le patient puisse consulter un neuropsychologue, un kinésithérapeute, un logopède, un diététicien et un ergothérapeute. Toutefois, ces professions sont soit en pénurie, soit non accréditées par l'INAMI. De plus, l'évaluation et le diagnostic d'une personne atteinte du covid long prendraient plusieurs heures et aucun honoraire spécifique n'a été prévu à cet effet par l'INAMI.

Monsieur le ministre, combien de personnes malades du covid long ont-elles entamé un trajet de soins depuis son instauration? Ce trajet de soins est-il assez connu des médecins généralistes? Des mesures complémentaires pourraient-elles être prises à l'avenir concernant la prise en charge de cette maladie? Avez-vous prévu de rencontrer les associations de patients atteints de ce covid chronique?

11.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mesdames les députées, depuis le 1^{er} juillet 2022, la convention "covid-19 long" permet aux patients présentant des symptômes persistants du covid-19 de bénéficier du remboursement de soins supplémentaires auprès de différents dispensateurs de soins via un plan de traitement personnalisé. Cette convention vise à améliorer l'accessibilité des soins pour les patients souffrant d'un covid long, en répondant à leurs besoins de soins de troubles somatiques et cognitifs spécifiques qui sont associés à la maladie, en complément des remboursements permis par la nomenclature ordinaire et de la convention de soins psychologiques de première ligne. Depuis le 1^{er} juillet 2022, 2 446 plans de traitement ont démarré dans le cadre de cette convention, parmi lesquels 465 patients inclus dans la nouvelle convention du 1^{er} juillet 2024. Les séances de kinésithérapie individuelle représentent 85 % des prestations délivrées. C'est ce que nous disent les données actualisées du 31 décembre 2024.

Malgré une adhésion relativement limitée aux soins de la convention, celle-ci répond à une certaine demande des patients. Elle facilite la mise en œuvre de la directive "covid long" de l'ebpracticenet dans la pratique quotidienne, offre des solutions spécifiques à certains troubles persistants et rend le processus de traitement optimal et transparent pour le patient. Elle permet également d'identifier et de suivre les patients présentant des symptômes persistants.

Les changements entre les différentes conventions ont eu pour objectif d'adapter les remboursements à l'évolution des connaissances ainsi qu'aux besoins des patients et des dispensateurs de soins. Toutes les parties intéressées (organisations de soins de santé, organismes scientifiques et associations de patients) ont été représentées dans le groupe de travail. Les médecins généralistes y sont représentés par les associations scientifiques des médecins généralistes Domus Medica et SSMG et par les syndicats de médecins GBO-CMG. L'association de patients Long Covid Belgium a aussi participé au groupe de travail.

Dans le cadre de la nouvelle convention du 1^{er} juillet 2024, un patient présentant des symptômes persistants pendant au moins quatre semaines après l'infection aiguë du covid-19 peut être diagnostiqué par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Ces médecins élaborent le plan de traitement en fonction des objectifs personnalisés du patient et prescrivent les soins de support appropriés en kinésithérapie, diététique, ergothérapie et/ou neuropsychologie.

Pour chaque prestation, le nombre maximal de séances par année de traitement est prévu. Pour les prestations de la convention, le patient ne paie pas de ticket modérateur. Aucun supplément ne peut être porté en compte. Le médecin-conseil, le coordinateur de retour au travail et le médecin du travail peuvent également être consultés dans le cadre d'un trajet de réintégration au travail.

Toutes les informations sur la convention "covid-19 long" sont reprises sur le site web de l'INAMI et

sont publiques. Les associations scientifiques Domus Medica et SSMG ont organisé un webinaire. Leurs membres sont aussi informés via leur site web.

La convention actuelle arrivera à échéance le 31 décembre 2025. Les traitements initiés avant le 31 décembre seront pris en charge conformément aux dispositions de la présente convention jusqu'au 31 décembre 2026. Nous examinons actuellement si un nouveau trajet de soins peut être développé pour un groupe cible plus large, dans la recherche d'un traitement médical optimal fondé autant que possible sur des preuves scientifiques ainsi que sur la promotion de la qualité de vie du patient et de son intégration sociale et professionnelle.

Ensuite, toutes les parties prenantes, y compris les associations de patients, participeront à un groupe de travail élargi pour discuter du projet de convention élaboré.

Enfin, il importe d'approfondir les connaissances scientifiques sur le covid long. Les conséquences physiques, mentales et sociales de la maladie ont été étudiées dans le cadre de l'étude COVIMPACT de Sciensano. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) finance trois études cliniques en Belgique portant sur la rééducation locomotrice, la nutrition ainsi que la récupération neurocognitive et émotionnelle.

Voici, mesdames, quelques éléments de réponse à vos questions.

11.04 Ludivine Dedonder (PS): Merci pour votre réponse que je qualifierais globalement de positive.

Il y a des conventions mais demeure la réalité des patients qui peinent à être reconnus par notre système de santé et donc à pouvoir bénéficier de cet accompagnement. L'enjeu ne réside-t-il pas dans le fait de pouvoir mieux informer les différents intervenants dans les soins afin de pouvoir reconnaître au plus vite ce covid long? Il me semble qu'un décalage persiste encore entre ce qui est dit, ce qui est mis en place et la réalité de terrain.

Il est très positif que des groupes de travail soient organisés. Il faut juste que cela soit suivi d'actes parce que ces personnes souffrent et continuent à souffrir. En résumé, les initiatives qui sont prises sont positives mais il faut qu'elles puissent s'appliquer dans les faits.

11.05 Julie Taton (MR): Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Je vous avoue rester quelque peu sur ma faim par rapport à vos réponses. Globalement, de nombreuses initiatives ont été prises et il y en a encore de nombreuses qui doivent l'être. Merci de votre écoute. Je pense qu'il est également très important pour ces ASBL de savoir que vous êtes là et que c'est quelque chose qui vous tient à cœur.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verdere uitbouw van de zorgcentra na seksueel geweld" (56003500C)
- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De oprichting van een ZSG in Picardisch Wallonië" (56003912C)
- Marie Meunier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het hr-beleid en de arbeidsomstandigheden bij de ZSG's" (56004330C)
- Marie Meunier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De financiering van de ZSG's" (56004331C)
- Marie Meunier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De infrastructuur van de ZSG's" (56004332C)
- Marie Meunier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zichtbaarheid van de ZSG's" (56004333C)

12 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La poursuite du développement des centres de prise en charge des violences sexuelles" (56003500C)
- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mise en place d'un CPVS en Wallonie picarde" (56003912C)
- Marie Meunier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique des ressources humaines et les conditions de travail au sein des CPVS" (56004330C)
- Marie Meunier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement des CPVS" (56004331C)
- Marie Meunier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les infrastructures des CPVS" (56004332C)
- Marie Meunier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La visibilité des CPVS" (56004333C)

12.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

De strijd tegen seksueel geweld blijft een prioriteit. Daarom werd besloten om centra op te richten waarin multidisciplinaire zorg aan slachtoffers van seksueel geweld en advies aan hun steunfiguren wordt geboden onder één dak door een speciaal daartoe opgeleid team. In 2017 werden de eerste drie Zorgcentra na Seksueel Geweld (ZSG) geopend. Sindsdien werden er nog zeven andere ingehuldigd, het voorlopig laatste in Aarlen op 8 november 2023.

Om deze ZSG bekend te maken bij zowel het brede publiek als de slachtoffers werd in november 2023 een brede informatiecampagne op gang getrokken.

Het werk is nog niet af. Want in de federale begroting 2024 werden er drie nieuwe centra in Bergen, Waals-Brabant en Halle-Vilvoorde opgenomen. Het was immers de bedoeling ervoor te zorgen dat elk slachtoffer een ZSG kan vinden op minder dan een uur rijden van de woning.

In antwoord op eerdere samengevoegde vragen (nrs. 56000976C, 56000982C), in de commissie van 18 december jl. wees de voormalige staatssecretaris erop dat op 1 januari 2025 de ZSG-wet in werking zou treden. Deze wet maakt het RIZIV bevoegd voor de selectie van de ziekenhuizen, zowel voor de arrondissementen waar reeds een ZSG is, als voor de drie arrondissementen waar nog een ZSG moet worden geopend. Het RIZIV en het instituut werken nauw samen om een inwerkingtreding in 2026 voor te bereiden.

Mijn vragen aan de minister:

1) Wat is de impact geweest van de informatiecampagne om de ZSG bekend te maken bij het brede publiek en de slachtoffers?

Werd deze campagne geëvalueerd? Welke waren de conclusies?

2) Heeft deze campagne aantoonbaar effect gehad op het aantal aanmeldingen in 2024?

3) Worden er nog nieuwe initiatieven genomen om de ZSG bekend te maken?

4) Kan de minister een stand van zaken, een timing en een uitleg over de oorzaken van de vertraging geven van de verdere uitbouw van de geplande ZSG in Waals-Brabant, Halle-Vilvoorde en Bergen?

5) Waar in Waals-Brabant en Halle-Vilvoorde zal het geplande ZSG worden geopend?

Op basis van welke criteria werden of worden die vestigingsplaatsen bepaald?

6) De begroting 2025 zoals vastgelegd door de ministerraad op 28 februari jl., voorziet in 17,5 miljoen euro voor zorgcentra na seksueel geweld.

Zit in dat bedrag ook de financiering voor de nog op te richten centra of zal dat bedrag maar worden voorzien in de ZIV-begroting 2026?

Zo neen, welk bedrag zal worden voorzien in 2026?

12.02 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS), désormais consacrés par la loi du 18 avril 2024, constituent un dispositif essentiel dans l'accompagnement des victimes. Ils assurent une prise en charge pluridisciplinaire, humaine et rapide.

Aujourd'hui, une victime de violences sexuelles dans la région de Tournai doit encore être accompagnée jusqu'au CPVS de Charleroi. Cette situation allonge considérablement les délais de prise en charge et mobilise les services de police locale pour des trajets parfois longs, et ce, dans un moment de détresse – ne l'oublions pas – pour la victime.

Il m'a été rapporté que le Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (CHwapi) aurait remis une candidature dans le cadre de l'extension du réseau CPVS. Monsieur le ministre, pouvez-vous confirmer que le CHwapi a bien remis un dossier de candidature pour l'ouverture d'un CPVS à Tournai?

Quel est le calendrier prévu pour la sélection des hôpitaux candidats à l'ouverture des trois nouveaux CPVS annoncés pour 2026?

Quels critères objectifs seront-ils retenus par l'INAMI pour sélectionner les établissements hospitaliers? Une attention particulière sera-t-elle portée à la couverture géographique actuelle du réseau afin d'éviter des zones blanches, comme c'est le cas aujourd'hui à Tournai?

Enfin, pouvez-vous nous assurer que les CPVS existants ne devront pas réintroduire une candidature complète, mais qu'une transition souple vers la nouvelle gouvernance INAMI sera assurée, afin de préserver leur stabilité et la continuité de l'accueil des victimes?

La **présidente**: Monsieur le ministre, Mme Meunier étant absente, je vous cède la parole.

12.03 Frank Vandenbroucke, ministre: (...) ont été intégrés structurellement dans notre politique via la loi du 26 avril 2024 relative aux CPVS. Cette loi énonce que le Comité de l'assurance de l'INAMI doit conclure une convention avec l'hôpital qui souhaite devenir partenaire du CPVS. Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier de cette année, mais, étant donné le temps limité dont disposait l'INAMI pour effectuer le transfert de connaissances, ainsi que la rédaction de la convention et des arrêtés royaux associés, la conclusion de la convention avec l'INAMI a été reportée au 1^{er} janvier 2026 via un arrêté royal du 16 janvier 2025.

Au cours de cette année, 13 conventions INAMI seront conclues dans ce cadre avec une date de début fixée au 1^{er} janvier 2026. Le contenu des arrêtés royaux et de la convention est en cours d'élaboration.

Concernant les ressources humaines, par l'intermédiaire de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH) nous avons appris que plusieurs CPVS ont demandé une évaluation de la gestion du personnel. L'INAMI a pris en compte ces demandes dans les travaux préparatoires et s'efforcera d'y répondre. Il sera tenté d'optimiser le financement du personnel en tenant davantage compte du nombre de victimes que chaque CPVS recevra. En outre, des sessions d'intervision et de supervision, ainsi que des formations continueront d'être proposées pour améliorer la résilience et le bien-être du personnel. L'INAMI est actuellement en train de structurer le financement, dont une grande partie sera consacrée aux coûts de personnel.

Nous devons veiller à ce que les victimes de violences sexuelles puissent à tout moment se rendre dans les CPVS et recevoir un soutien et des soins de santé de qualité. Ce n'est possible que si le personnel est motivé et se sent suffisamment fort pour accueillir les victimes. La formation du personnel

des CPVS est assurée par l'IEFH. Si vous avez des questions supplémentaires concernant le contenu et le développement de ces formations, je vous recommande de contacter le membre du gouvernement chargé de l'Égalité des chances, M. Rob Beenders.

J'en viens aux questions sur le financement. En effet, chaque victime mérite une prise en charge complète, rapide et de qualité. Comme déjà mentionné dans le cadre du futur financement par l'INAMI, le financement sera davantage lié au nombre de victimes que chaque CPVS recevra. De cette manière, nous espérons que le financement pourra suivre suffisamment l'évolution du nombre de patients par CPVS. Un financement structurel a été prévu, par la loi, via un transfert de 11,7 millions d'euros provenant du Fonds blouses blanches. En outre, un budget d'environ 8,9 millions d'euros sera transféré à l'INAMI par l'IEFH. Il s'agit d'une dotation de fonds que l'Institut utilise actuellement pour financer la structure CPVS dans les hôpitaux. Cela n'a pas encore été prévu dans le budget, car le transfert de fonds n'aura lieu qu'à partir de 2026. Enfin, il est également prévu que les coûts éventuels découlant de la création de centres supplémentaires soient couverts de manière exogène. A cet effet, un financement supplémentaire de 5,8 millions d'euros est prévu. Au total, 26,4 millions d'euros sont actuellement prévus pour financer 13 sections opérationnelles de CPVS dans les hôpitaux via cette convention avec l'INAMI.

Er zullen dus 13 overeenkomsten worden gesloten met startdatum 1 januari. Ze zullen worden geselecteerd in de parketten van de volgende procureurs des Konings: Antwerpen, Waals-Brabant, Brussel, Charleroi, West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Halle-Vilvoorde, Luik, Limburg, Leuven, Luxemburg, Bergen en Namen. Er zal dus één zorgcentrum per parket worden gekozen. Het RIZIV heeft de selectieprocedure nog niet vastgesteld. Ze zal in de loop van 2025 worden aangekondigd.

Het is onmogelijk om nu aan te geven waar de zorgcentra in Waals-Brabant, Halle-Vilvoorde of Bergen zich zullen bevinden, vermits de oproep tot kandidaatstelling open is voor alle ziekenhuizen die aan de voorwaarden voldoen. De selectiecriteria zijn dus nog niet vastgesteld, maar we zullen die in de loop van de volgende maanden, samen met de procedure, aankondigen.

Madame Dedonder, en ce qui concerne votre question concernant un CPVS à Tournai, étant donné que l'appel à candidatures n'a pas encore été publié, l'INAMI n'a pas encore reçu le dossier du CHwapi pour sa candidature à un CPVS à Tournai. L'appel sera lancé dans chacun des parquets mentionnés ci-dessus. Il est donc impossible de prédire où le CPVS ouvrira dans l'arrondissement du parquet de Mons. Cela dépend entièrement des candidatures des hôpitaux.

Étant donné que la gestion des CPVS est transférée de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes à l'INAMI, un appel à candidatures sera également lancé dans les parquets où un CPVS est déjà établi. Les hôpitaux qui exploitent actuellement un CPVS sont bien entendu libres de soumettre à nouveau leur candidature à l'INAMI. De cette manière, 13 accords seront conclus entre 13 hôpitaux et l'INAMI, avec une date de début au 1^{er} janvier.

En ce qui concerne la question des études et évaluations déjà réalisées à ce sujet, je vous recommande de poser cette question au membre du gouvernement chargé de l'Égalité des chances, M. Beenders.

S'agissant des infrastructures, l'INAMI collabore étroitement avec l'IEFH pour façonner le futur financement de l'INAMI. L'IEFH partage les expériences des CPVS actuels et a déjà soumis à l'INAMI des propositions d'amélioration du financement basées sur les expériences. L'IEFH a attiré l'attention de l'INAMI sur le fait que certains CPVS ont effectivement signalé que le financement des infrastructures pouvait être amélioré. L'INAMI examine actuellement comment cela peut être ajusté en tenant compte de l'expérience acquise jusqu'à présent. Les modalités et le contenu du financement des infrastructures n'ont pas encore été établis dans le cadre de la convention.

Sur la visibilité des CPVS, il est important et essentiel que les victimes trouvent leur chemin vers les CPVS. Cela peut se faire d'une part en faisant connaître au grand public la fonction des CPVS et d'autre part en sensibilisant suffisamment les acteurs locaux et les partenaires du réseau de collaboration. L'IEFH a déjà lancé des campagnes à cet effet. Elle gère la convention pour le réseau de collaboration et continuera à le faire à l'avenir.

Wat betreft de vragen van mevrouw De Knop over de campagne en de nieuwe initiatieven om de zorgcentra bekend te maken, die zijn inderdaad belangrijk, maar ik verwijs u ook daarvoor graag naar

mijn collega Beenders.

12.04 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je n'ai pas entendu de réponse précise quant à l'appel. Vous me confirmez qu'il va être lancé tout prochainement. Je reviendrai donc vous interroger à ce sujet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56003506C de Mme Petra De Sutter est reportée à sa demande.

13 **Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Nierziekten" (56003512C)
- **Irina De Knop** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Chronische nierschade" (56003516C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Nierschade en nierziekten" (56003532C)
- **Ludivine Dedonder** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van chronische nierziekten" (56004022C)

13 **Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les maladies rénales" (56003512C)
- **Irina De Knop** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les lésions rénales chroniques" (56003516C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les lésions et les maladies rénales" (56003532C)
- **Ludivine Dedonder** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise en charge des maladies rénales chroniques" (56004022C)

13.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, mijn vraag betreft de nierscreening. Op 13 maart was het Wereldnierdag. Heel wat Vlaamse niercentra deden een gratis nierscreening bij de Vlamingen. De cijfers geven aan dat al 1 op de 10 Belgen leidt aan nierschade, vaak zonder het te weten. Dit aantal zou heel sterk kunnen oplopen tegen 2027. Tegen 2040 zou het de vijfde doodsoorzaak en tegen 2050 zelfs de tweede doodsoorzaak worden.

Een eenvoudige urinetest volstaat om vroegtijdige schade op te sporen en ernstige complicaties te voorkomen. Toch wordt de terugbetaling ervan tot op heden beperkt tot diabetespatiënten, ook al zijn er andere risicogroepen, zoals mensen met hypertensie, hartproblemen of familiale voorgeschiedenis van nierziekte.

Ik wil u de volgende vragen stellen. Wat met de terugbetaling die beperkt blijft tot de diabetespatiënten? Zult u die uitbreiden of herzien? Welke concrete stappen zult u ondernemen om de trend van de vijfde doodsoorzaak tegen 2040 en de tweede doodsoorzaak tegen 2050 te keren?

Wat is de verhouding met de andere Europese landen? Hoeveel staan die wat betreft preventie- en behandelbeleid? We zien dat de brede toegang tot nierscreening beperkt is. Wat zijn de voornaamste struikelblokken? Ziet u een rol weggelegd voor de farmaceutische industrie en de private verzekeraars in de financiering van de screeningsprogramma's? Zijn er eventuele initiatieven om ziekenhuizen en niercentra meer middelen te geven? Ten slotte, hoe zullen we het brede publiek beter informeren?

La **présidente**: Mmes De Knop et Depoorter n'étant plus là, j'en arrive à ma question sur le même thème.

13.02 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, les maladies rénales chroniques constituent un enjeu majeur de santé publique en Belgique, touchant plus d'un million de personnes. Sans prise en charge précoce, elles évoluent vers une insuffisance rénale terminale, nécessitant une dialyse ou une greffe. Pourtant, le dépistage est simple et pourrait être généralisé, notamment en surveillant la tension artérielle et en encourageant des tests précoces comme l'analyse d'urine et le dosage de la créatinine.

Outre le dépistage, des avancées thérapeutiques prometteuses, telles que les inhibiteurs du SGLT2 et les agonistes des récepteurs du GLP-1, permettent aujourd'hui de ralentir la progression de la maladie. Cependant, pour de nombreux patients en insuffisance rénale terminale, la transplantation reste la meilleure option.

Dans ce cadre, les progrès récents en matière de greffe rénale, notamment l'utilisation de la robotique pour réduire les complications opératoires et l'essor des dons de reins vivants, ouvrent des perspectives encourageantes. La pénurie d'organes demeure toutefois un obstacle majeur.

Face à cette problématique, la xénogreffe pourrait représenter une solution d'avenir. Des essais cliniques récents aux États-Unis ont montré des résultats prometteurs, bien que la fiabilité de cette technique soit encore en cours d'évaluation.

Monsieur le ministre, quelles actions concrètes envisagez-vous pour améliorer le dépistage précoce de l'insuffisance rénale et sensibiliser la population à cette problématique? Des mesures sont-elles envisagées pour faciliter l'accès aux traitements innovants? Où en est la recherche en Belgique concernant la xénogreffe? Des projets spécifiques sont-ils financés? À quel horizon estime-t-on que cette technologie pourrait devenir une option thérapeutique fiable et accessible pour les patients?

La **présidente**: Je cède la parole à Mme Depoorter qui nous a rejoints.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Eén op de tien Belgen kampt met nierschade, vaak zonder het zelf te weten. Zonder ingrijpen zou dit cijfer tegen 2027 zelfs oplopen tot één op de zeven. Nochtans kan een eenvoudige urinetest nierproblemen tijdig detecteren en ernstige complicaties zoals hartfalen en beroertes voorkomen. Toch wordt de terugbetaling van deze test uitsluitend voorzien voor diabetespatiënten, terwijl andere risicogroepen, zoals mensen met hoge bloeddruk of een familiale voorgeschiedenis van nierziekten, geen recht hebben op gratis screening.

Graag verneem ik het volgende van u:

- Overweegt u de terugbetaling van preventieve niertests uit te breiden naar andere risicogroepen, zoals mensen met hypertensie of een familiale voorgeschiedenis van nierziekten?*
- Is er een kosten-batenanalyse uitgevoerd over de uitbreiding van nierscreening? Zo ja, wat waren de resultaten?*
- Hoe beoordeelt u de impact van de verwachte stijging van nierschade op het zorgsysteem, en welke beleidsmaatregelen plant u om deze trend te keren?*

13.04 Minister Frank Vandenbroucke: Geachte leden, om te beginnen, u weet wellicht dat het doseren van albumine momenteel terugbetaald wordt voor mensen met diabetes, via een specifieke nomenclatuurcode. In de toekomst zal de groep begunstigden worden uitgebreid tot de andere risicogroepen die worden aanbevolen volgens internationale richtlijnen, met name hoogrisicopatiënten met een *estimated* glomerulaire filtratieratio (eGFR) lager dan 60 milliliter per minuut, hoogrisicopatiënten met hypertensie of die bloeddrukverlagende medicijnen gebruiken, eerstegraadsfamilieleden met niervervangingstherapie en hoogrisicopatiënten bij wie een albumine-creatinineratio van hoger of gelijk aan 30 milligram per gram werd vastgesteld. In die gevallen zal de verstrekking maximaal drie keer per jaar kunnen worden geattesteerd. Er wordt nog een andere verstrekking voorzien voor patiënten ouder dan 45 jaar, die gebruikt kan worden als een gerichte screening bij de huisarts. Die zal een keer per vijf jaar terugbetaald worden.

La prestation actuelle sera étendue à de nouveaux groupes cibles et la nouvelle prestation relative au dépistage des patients de plus de 45 ans sera incluse dans la nomenclature. Les médecins généralistes auront un rôle crucial dans la sensibilisation au dépistage ciblé chez les patients à risque.

Les organisations professionnelles de néphrologues ont déjà été invitées à contribuer à l'information des prescripteurs.

De aanpassingen zijn al goedgekeurd door het Verzekeringscomité. Ze zijn onderweg naar de

publicatie in het *Belgisch Staatsblad*. Ik durf echter niet te zeggen wanneer ze van kracht zullen worden.

Mevrouw Bury, u wees op de cijfers. Het klopt dat de impact van een chronische nierziekte op de gezondheid erg omvangrijk is. Het beleid moet daarop inspelen. Wij hebben de nomenclatuuraanpassingen waarnaar ik verwees samen met de beroepsorganisaties van de nefrologen op punt gesteld. De bedoeling is om zoveel mogelijk patiënten met nierziekten tijdig op te sporen, zodat de behandeling tijdig kan worden opgestart, zoals de KDIGO-richtlijnen aanbevelen.

Het gaat hier dus over een gerichte screening van mensen vanaf de leeftijd van 45 jaar, ook bij de huisartsen. Ook de patiënten met risicofactoren zullen regelmatig kunnen worden opgevolgd bij de huisarts of bij de specialist. Wij zullen de secundaire screening dus vergoeden via de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en niet via privéverzekeraars of de farmaceutische industrie, waarnaar de vraagstellers hebben verwezen.

Wij zullen, zodra de verstrekkingen opgenomen zijn in de nomenclatuur, de voorschrijvende artsen informeren over de manier waarop zij die verstrekkingen moeten voorschrijven. Ik herhaal dat huisartsen ter zake een cruciale rol te spelen hebben. De beroepsorganisaties van de nefrologen zijn gevraagd om bij te dragen aan de informatiecampagne die wij willen opzetten.

Natuurlijk moeten we ook nader nadenken over preventie gericht op bredere bevolkingsgroepen. Dat is een thema dat wij, gegeven de bevoegdheidsverdeling in ons land, binnen de interfederale IKW Preventie nader kunnen bespreken.

De vraag werd ook gesteld of er een kosten-batenanalyse werd gemaakt. Bij de uitbreiding van de doelgroepen in de nomenclatuur werd inderdaad een analyse van de budgettaire betekenis uitgevoerd. De totale uitgaven voor het voorstel dat ik heb beschreven, werden geraamd op 2,923 miljoen euro. We moeten wel een beetje voorzichtig zijn. Er is immers een belangrijke overlapping bij de nieuwe doelgroepen. We weten nog niet hoeveel mensen effectief door de testen zullen worden opgespoord als patiënt. Er is echter wel een analyse gemaakt.

Ik denk inderdaad dat preventie en tijdige opsporing ook nuttige onderwerpen voor een interfederale bespreking zouden zijn. Misschien kan dat aan de orde komen als we het rapport van de nieuwe Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen bespreken. Daarop wil ik niet vooruitlopen, maar deze onderwerpen horen daarbij. Gaan we specifiek iets tegen nierinsufficiëntie ondernemen? Gaan we een specifieke aanpak ontwikkelen, niet alleen curatief maar ook preventief, voor deze patiënten en voor deze bevolkingsgroep? Ik wil daar even naar verwijzen.

Madame Dedonder, vous avez posé une question très vaste. Il s'agit, en l'occurrence, de simplifier l'accès au remboursement de traitements innovants. Vous savez qu'en dehors des décisions ponctuelles que j'ai décrites, notre agenda prévoit une réforme assez importante du système de remboursement des médicaments, au moyen d'un accès précoce et accéléré à ces médicaments et d'une amélioration des programmes d'usage compassionnel. Mais je passe sur cet aspect, car c'est un chantier plus vaste.

Concernant la recherche sur la xénogreffe rénale, c'est-à-dire la transplantation de reins provenant d'animaux, elle est encore à un stade préclinique en Belgique. Il n'existe pas pour le moment de projet spécifiquement financé en ce domaine. Certaines initiatives européennes telles que le projet NeoGraft dirigé par la KU Leuven explorent des thérapies cellulaires innovantes pour les maladies rénales, bien que cela ne concerne pas directement la xénogreffe.

Par conséquent, la xénogreffe rénale ne constitue pas encore une option thérapeutique disponible en Belgique. Des avancées significatives ont été accomplies aux États-Unis, où des essais cliniques ont débuté, notamment avec des reins de porc génétiquement modifié transplantés chez des patients humains. Cependant, chez nous, cette technologie en reste encore au stade de la recherche fondamentale. Il est difficile de prévoir quand elle pourrait devenir une option thérapeutique fiable et accessible aux patients.

En parallèle, la Belgique participe à des projets européens visant à développer des alternatives à la transplantation traditionnelle, tel le rein bioartificiel. Par exemple, le centre de recherche Imec est impliqué dans un projet financé par l'Union européenne en vue de créer un rein bioartificiel implantable,

combinant des technologies de pointe en microélectronique et en biologie.

En résumé, bien que la xénogreffe rénale suscite un intérêt croissant, elle n'est pas encore une réalité clinique en Belgique. Les recherches en cours, tant à l'échelle nationale qu'internationale, laissent entrevoir des perspectives prometteuses, mais des étapes importantes doivent encore être franchies avant une application thérapeutique généralisée.

13.05 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik ben heel blij met uw antwoord. U zei met betrekking tot de uitbreiding van de doelgroepen en de uitbreiding van de nomenclatuur dat men dat naar de interfederale werkgroepen zou kunnen trekken. Doe dat zeker en vast. Ik kan dat alleen maar aanbevelen, ook wat preventie en het meer informeren van de bevolking betreft. Ik zou daar zeker de link leggen met heel de problematiek van ketamine, waarover we het vorige keer in de commissie hebben gehad. Heel veel jongeren lopen door het gebruik ervan nu al enorme nierschade op. De gevallen die laat bij de arts komen, moet men beter begeleiden. Men moet ervoor zorgen dat die ook onder de doelgroep kunnen vallen.

U moet dat verder opvolgen, maar u bent goed bezig. Dank u wel.

13.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, mijnheer de minister, voor uw antwoord. U hebt het wel degelijk over de albuminebepalingen, eenmaal om de vijf jaar bij de huisarts?

13.07 Minister Frank Vandenbroucke: (...)

13.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Dan heb ik toch een vraagje.

Er stelt zich bij de klinisch biologen nog altijd het probleem dat een test die maar eenmalig wordt terugbetaald, niet kan worden getarifeerd door de klinisch bioloog-apotheker. Er zal dan bij de klinisch-biologische labo's steeds een arts moeten zijn die op CoZo nagaat of er de voorbije vijf jaar voor een bepaalde patiënt al een test is terugbetaald. We hebben het daar in de voorbije legislatuur al eens over gehad. Ik vind het een zeer goede ingreep, dus geen probleem. Er is echter een hiaat in dezen, zeker wanneer we die doelgroepen uitbreiden en toch meer aan preventieve behandelingen of preventieve detectie zullen doen. We zullen dat in de gaten moeten houden.

Daarnaast ga ik absoluut akkoord met een doelgerichte screening voor risicopatiënten. U zei dat u met de nefrologen hebt overlegd. De creatininebepaling wordt daar dan niet meer of niet aan gekoppeld. Is daar geen richtlijn uit gekomen? Misschien moet ik u die vraag in een volgende vragensessie nog eens stellen. Ik vind het immers interessant dat via overleg met de experts, de artsen en nefrologen die daarin experts zijn, tot stand is gekomen dat men meer mensen zal detecteren, maar we moeten er wel voor zorgen dat men het echt wetenschappelijk correct zal benaderen.

13.09 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Nous allons poursuivre nos investigations sur ce sujet important.

13.10 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, u had twee specifieke opmerkingen of vragen. Ik durf daar zo niet op te antwoorden. U mag me daarover opnieuw ondervragen. Eventueel kunt u me ook een e-mail sturen via mevrouw Schellens met de omschrijving van het eerste probleem voor de apothekers-biologen, om duidelijk te maken hoe ik dat precies moet begrijpen. Ook uw tweede vraag kunt u eventueel al via e-mail versturen. Ik kan ze eventueel via e-mail beantwoorden. Ik wil u natuurlijk niet beletten om een parlementaire vraag te stellen, maar het is misschien efficiënter om meteen een e-mail te sturen om me duidelijk te maken waarover het gaat, dan kan ik dat al onderzoeken.

13.11 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dat is prima, dank u wel. Ik zal een e-mail sturen.

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

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De innovatieve geneesmiddelen in België" (56003534C)

14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les médicaments innovants en Belgique" (56003534C)

14.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, nemolizumab werd onlangs goedgekeurd door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) voor de behandeling van atopische dermatitis en prurigo nodularis. Het is een belangrijke ontwikkeling voor patiënten die aan deze aandoening lijden, omdat de potentie van het middel hun levenskwaliteit ontzettend kan verbeteren en beïnvloeden.

Kunt u een stand van zaken in het terugbetalingsdossier van nemolizumab in België geven? Wanneer verwacht u daarover een beslissing?

Ziet u mogelijkheden om de toegang tot innovatieve geneesmiddelen in België verder te versnellen en meer met andere Europese lidstaten samen te werken? Zo ja, op welke manier?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nemluvio, de farmaceutische specialiteit op basis van nemolizumab, heeft pas recent, op 12 februari, een vergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau bekomen. U weet natuurlijk hoe de procedure vervolgens verloopt om de opname van dergelijke geneesmiddelen op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten te krijgen. Ik ga u dat niet opnieuw uitleggen, want u weet dat, maar ik kan u wel zeggen dat voor Nemluvio het verantwoordelijke bedrijf tot op heden nog geen aanvraag tot vergoeding bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen heeft ingediend.

U weet ook dat voor geneesmiddelen die een marktvergunning hebben, maar die nog niet beschikbaar zijn in ons land, het verantwoordelijke bedrijf een zogenaamd *medical need program* bij het FAGG kan aanvragen. Navraag bij het FAGG leert me dat het bedrijf tot op het moment waarop ik de vraag heb laten beantwoorden nog geen dergelijk MNP heeft aangevraagd. We zijn in afwachting van initiatieven van het bedrijf.

Dan hebt u een bredere vraag over de versnelde toegang tot innovatieve geneesmiddelen en de Europese samenwerking. Dat is inderdaad een speerpunt van het beleid dat we willen voeren. Ik ga niet het hele schema opnieuw uiteenzetten, maar u weet dat wij een *early and fast reimbursement* tot stand willen brengen. U weet ook dat samenwerking met andere Europese lidstaten uitermate belangrijk voor ons is. Ik kan verwijzen naar BeNeLuxA, maar ook naar het nieuwe Europese wettelijke kader voor de gezamenlijke aanpak van Health Technology Assessment. Dat vinden wij niet alleen belangrijk, we spelen daarin ook een leidende rol, met het RIZIV aan het roer van een consortium van Europese landen verantwoordelijk voor de effectieve en efficiënte implementatie van deze nieuwe Europese processen van samenwerking rond Health Technology Assessment.

Dus ja, dat staat in onze agenda als algemeen beleid. We werken eraan.

Met betrekking tot het concrete dossier waar u het over hebt, kan ik u op dit ogenblik geen initiatieven aankondigen, in afwachting van initiatieven van het bedrijf in kwestie.

14.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, voor wat het brede antwoord betreft, u weet dat ik ervoor pleit om die snelle en vroege toegang te versnellen. We scoren echt niet voldoende op de WAIT-indicator.

Wat het concrete dossier betreft, verwijst u naar *medical need*, maar het was een eerste registratie van nemolizumab, dacht ik toch, dus ik veronderstel dat u het eerder over *compassionate use* hebt dan over *medical need*.

Er is echter een probleem, namelijk het feit dat Dupixent al geregistreerd is. Er is dus een concurrent, een gelijkaardig geneesmiddel dat kan worden gebruikt voor atopische dermatitis en prurigo nodularis. Patiënten die niet geholpen zijn met Dupixent, komen dus ook niet in aanmerking voor de *compassionate use*-programma's.

U hebt het helemaal juist als u zegt dat u op de firma wacht, want de firma kan of moet stappen ondernemen. Als minister van Volksgezondheid kunt u echter ook stappen ondernemen als u dat wenselijk acht, wanneer een bepaald geneesmiddel terugbetaald zou kunnen worden of wanneer die aanvraag gelanceerd kan worden.

Het gaat er mij vooral om dat het een nieuw medicijn is, een nieuwe molecule die geregistreerd is en die nu een marktautorisatie heeft van het EMA, maar dat wij als land eigenlijk opnieuw een beetje zitten te wachten. Ik zou heel graag pleiten voor een proactiever beleid wanneer het gaat om innovatie. Ik ben er zeker van dat dat ook de weg is die we met het regeerakkoord hebben ingeslagen, want daar zeggen we toch heel duidelijk dat we de snelle en vroege toegang van medicatie willen bevorderen en faciliteren en dat we willen controleren hoe de mechanismen vandaag verlopen om ze te optimaliseren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nr. 56003590C van mevrouw De Knop en nr. 56004477C van mevrouw Eggermont worden uitgesteld.

15 Vraag van Funda Oru aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zorgen rond het gebruik van antidepressiva door minderjarigen" (56003604C)

15 Question de Funda Oru à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'inquiétude relative à la consommation d'antidépresseurs par les mineurs d'âge" (56003604C)

15.01 Funda Oru (Vooruit): Mijnheer de minister, ik stel deze en de volgende vraag vooral als bezorgde ouder. Ik maak me immers ernstige zorgen over het toenemende aantal mentale welzijnsproblemen bij kinderen en jongeren in ons land. De cijfers liegen er niet om: depressies, angststoornissen en psychische klachten nemen toe en de oplossing lijkt steeds vaker te liggen in het voorschrijven van medicatie. Ik stel me echter de vraag of dat wel altijd de juiste aanpak is.

In België zijn antidepressiva immers niet officieel geregistreerd voor de behandeling van depressie bij kinderen en jongeren, maar toch worden ze vandaag frequent voorgeschreven. Dat is heel zorgwekkend, aangezien wetenschappelijk onderzoek aantoonde dat antidepressiva bij jongeren een verhoogd risico op angst, slapeloosheid, agressief gedrag en zelfs zelfmoordgedachten met zich mee kunnen brengen, vooral in de beginfase van de behandeling. Ze kunnen paradoxaal genoeg de depressie verergeren in plaats van verbeteren. Bovendien lijkt er ook een gebrek aan transparantie over hoe vaak en op welke basis deze medicatie wordt voorgeschreven. Daarom heb ik een aantal vragen.

Hoeveel minderjarigen in België gebruiken momenteel antidepressiva en hoe is het cijfer geëvolueerd sinds 2020? Welke antidepressiva worden het vaakst voorgeschreven aan minderjarigen en op basis van welke criteria gebeurt dat?

Wordt er voldoende ingezet op niet-medicamenteuze behandelingen, zoals psychotherapie, leefcelinterventies en voedingsaanpassingen als eerste keuze?

Welke richtlijnen en controlemechanismen zijn er om het voorschrijven van antidepressiva bij jongeren te monitoren en te reguleren?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Oru, ik zal u dadelijk wat cijfers geven, maar achter elk cijfer zit een concrete jongere. Wanneer men de cijfers hoort, bent u inderdaad terecht bezorgd.

In het recentst gekende volledige afleveringsjaar, 2023, is aan 11.643 unieke minderjarigen minstens een vergoed antidepressivum afgeleverd via de Belgische openbare apotheken. De evolutie van het aantal unieke patiënten sinds afleveringsjaar 2020 vertoont een duidelijk stijgende trend: 8.660 jongeren in 2020, 10.929 in 2021 en 11.708 in 2022. In 2023 was er dus een lichte daling, met 11.643 jongeren.

We moeten dit dus echt aanpakken. De vijf meest voorgeschreven werkzame bestanddelen voor

minderjarigen op basis van afleveringsdata van 2023 en gerangschikt volgens aflopend aantal minderjarigen, zijn sertraline, trazodone, escitalopram, fluoxetine en amitriptyline.

Als we bekommerd zijn om het mentaal welzijn, dan moeten we dus ook echt bekommerd zijn om een goed gebruik van psychofarmaca. Dat is een belangrijke uitdaging en heeft onder meer te maken met deskundigheid, die hier en daar toch wel bevorderd moet worden bij voorschrijvers, bij de huisartsen, maar ook deskundigheid bij klinisch psychologen, die met jongeren met problemen in contact komen, en deskundigheid bij apothekers, die goede raad kunnen geven. We werken daaraan.

De boodschap die werd verspreid in het kader van onze campagne *Psychofarmaca: welke risico's lopen uw patiënten?*, is nog altijd brandend actueel en zullen we ook verder communiceren. De boodschap is dat psychofarmaca noodzakelijk kunnen zijn in sommige gevallen, maar dan wel in de juiste dosis en voor de juiste duur. De opstart van antidepressiva moet altijd weloverwogen zijn. De ernst van de depressie bepaalt of het nodig is om een antidepressivum in te zetten, naast een niet-medicamenteuze aanpak, zoals psychologische ondersteuning, die bijvoorbeeld vanuit de eerstelijnsbehandeling kan worden opgestart. Dus voor wat kinderen en jongeren betreft, is de boodschap helder: psychologische ondersteuning is de voorkeursbehandeling om mee te starten, niet het medicament.

Wij willen in het kader van een rationeel gebruik van psychofarmaca die niet-medicamenteuze aanpak verder blijven aanmoedigen en ook vlot toegankelijk houden. De afgelopen jaren hebben we heel belangrijke investeringen gedaan op dat vlak. Ik kan u de cijfers verstrekken. Sinds de start van onze nieuwe conventie psychologische zorg in de eerste lijn, hebben 3.458 klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen een aanbod georganiseerd voor 174.186 kinderen en jongeren, die al zijn ingestapt en een volledige terugbetaling krijgen tot en met de leeftijd van 23 jaar.

We hebben daarnaast ook een budget van 25 miljoen euro vrijgemaakt voor de huisartsen, om hen te helpen om hun patiënten beter psychologisch te begeleiden door het feit dat de huisartsen een beroep kunnen doen op de expertise van een klinisch psycholoog in hun huisartsenpraktijk, door de bespreking van gevallen, de bespreking van de beste aanpak of eventueel een gezamenlijke consultatie met huisarts en klinisch psycholoog in de huisartsenpraktijk. Ook dat moet toch wel bijdragen tot het beter omgaan met een medicamenteuze aanpak.

We hebben ook onze eerstelijnsactoren aangemoedigd, en we zullen dat blijven doen, om hun praktijk te baseren op evidencebased richtlijnen, waarvoor we een beroep doen op het Evikeynetwerk. Eigenlijk is er een ruim aanbod van praktijkrichtlijnen met betrekking tot psychofarmaca, een kritische bespreking van wetenschappelijke artikelen, ter beschikking staande meetinstrumenten enzovoort.

Er zijn geen controlemechanismen in voege om inzake antidepressiva bij kinderen en jongeren de individuele voorschrijvers te monitoren. Wel kunnen we algemene trends opvolgen via Farmanet en FarmaFlux. Het opvolgen van die algemene trends is een belangrijke opdracht voor het Belgische expertiseplatform psychofarmaca BelPEP.

Tot slot worden psychiatrische ziekenhuizen gestimuleerd om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te verbeteren met een federaal programma specifiek gericht op het rationeel gebruik van psychofarmaca. We moedigen ziekenhuizen daarbij aan om de volgende drie dingen te doen. Ten eerste, best practice en evidencebased richtlijnen toepassen om de effectiviteit en ook de veiligheid van het gebruik van psychofarmaca te waarborgen. Ten tweede, medicatiefouten vermijden en ook bijwerkingen verminderen door het nauwkeurig opvolgen en nauwkeurig evalueren van het medicatiegebruik. Ten derde, de bevordering van een verantwoord en doelgericht gebruik van psychofarmaca in het algemeen om overmatig en ook gewoon onnodig gebruik te voorkomen.

15.03 Funda Oru (Vooruit): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord en ook voor de vele inspanningen die u in de voorbije jaren hebt gedaan en nog altijd doet om mentaal welzijn uit de taboesfeer te halen en bespreekbaar te maken. U zorgt voor jongeren voor de volledige terugbetaling van de eerstelijnspsychologen en voor de ondersteuning van huisartsen met het oog op de begeleiding van jongeren. Onze jongeren verdienen onze aandacht, want ze zijn vandaag enorm kwetsbaar.

Dank u wel om die kwestie verder op te volgen en niet alleen oog te hebben voor het onderdeel 'praten', maar indien nodig ook voor medicatie om te voorzien in verdere monitoring en opvolging in de toekomst.

Het is goed te kijken naar de evoluties ter zake. Zo kan onze voeding een impact hebben op ons mentaal welbevinden. Bedankt om daar alert voor te zijn en voor de opvolging de komende jaren.

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

16 Vraag van Funda Oru aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het product Air Pod" (56003607C)

16 Question de Funda Oru à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le produit Air Pod" (56003607C)

16.01 Funda Oru (Vooruit): Eerst en vooral een correctie. Het gaat om het product Air Up, dat gebruikmaakt van pods, en dus niet over de AirPods zoals we ze kennen.

Ik vroeg vanmorgen aan mijn dochter of ik haar Air Up mocht meenemen, maar ze was die kwijt. Ik heb sinds kort besloten om geen pods meer te kopen voor haar. Nu vindt ze haar drankfles ineens niet meer zo interessant. Nu is ze haar Air Up kwijt om de een of andere reden.

Air Up is een drankfles waar een geurverspreider aan zit, waardoor men via een smaak- en geurpod exact dezelfde aroma's krijgt als bij e-sigaretten en vapes: aardbeismaak, munt, cola, noem maar op.

Air Up, de pod op de drankfles, bevat geen nicotine, maar het gebruik ervan lijkt enorm op vaperen. Jongeren ademen geurige dampen in en uit, wat het normaliseren van deze handeling in de hand kan werken. Dat roept bij mij en ook bij andere ouders vragen op over de onbewuste gewenning aan vapes en over de mogelijke opstap naar e-sigaretten.

Recentelijk heeft onderzoek van de Universiteit Gent aangetoond dat vaperen mogelijk niet alleen de geur- en smaakzin van jongeren beïnvloedt maar ook de bacteriën in de mond kan veranderen. Dat kan leiden tot verandering van eetgewoonten en tot verhoogde gezondheidsrisico's. Dit roept dus vragen op over producten als Air Up, die op het eerste zicht misschien onschuldig lijken, maar die jongeren toch in contact brengen met vape-achtige gewoontes. Daarom heb ik een aantal vragen over de opkomst van dergelijke producten.

Hoe kijkt u naar producten als Air Up, die exact dezelfde smaken gebruiken als vapes en een vergelijkbare inademieshandeling stimuleren? Bent u bezorgd dat dit jongeren op een subtiele manier vertrouwd maakt met vaperen en mogelijk de drempel verlaagt om later e-sigaretten te proberen? Ziet de regering een noodzaak om producten die het gebruik van vaperen kunnen normaliseren, zoals Air Up, strenger te reguleren of te verbieden voor minderjarigen?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Dat zijn goede vragen. Ik moet wel zeggen, mevrouw Oru, dat de studie van de Universiteit Gent over het verband tussen vaperen en mondbacteriën nog in de opstartfase zit. We zullen dus moeten wachten op wat deze studie uiteindelijk zal opleveren voor we conclusies kunnen trekken.

Ik ga ervan uit dat u het hebt over wat men mij heeft omschreven als Air Up-aromapods. Dat zijn producten die vergelijkbare smaken hebben, maar er is niet direct een verband met e-sigaretten. Gearomatiseerde producten spelen niet noodzakelijk een rol bij de normalisering van e-sigaretten. Ze worden eigenlijk vooral gebruikt om kinderen aan te moedigen om water te drinken zonder dat er een fruitsiroop, suikerhoudend of niet, aan toegevoegd wordt.

Op zich is het eigenlijk wel nuttig voor de gezondheid van kinderen, meen ik, om frisdranken en andere gesuikerde dranken te vervangen door water. Als het een instrument is om dat te bereiken, zie ik dus niet direct een reden om het te verbieden. Dat is geen reden om er zomaar blindelings in te geloven, maar op het eerste zicht zie ik geen reden om het te verbieden.

In vapes zit natuurlijk heel vaak nicotine, wat verslavend is. Daar is het wel heel belangrijk om die smaakjes uit de wereld te helpen. Dat zit in mijn agenda, precies omdat ik nicotineverslaving wil tegengaan. Het is echter wel iets gemakkelijker gezegd dan gedaan. Bij het verbieden van die smaakjes rijzen heel wat technische en reglementaire problemen, maar ik ga proberen om die zo snel mogelijk te bemeesteren, om effectief tot actie te kunnen overgaan.

16.03 Funda Oru (Vooruit): Mijnheer de minister, net als u ben ik enorm bezorgd over het vaper in onze samenleving. Steeds meer kinderen, 11- en 12-jarigen, komen op de een of andere manier toch aan deze producten. Ik dank u om ook dit op te volgen.

Ik stelde deze vraag vooral als bezorgde ouder, om te voorkomen dat onze kinderen al op jonge leeftijd kennismaken met dergelijke producten.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 56003621C et 56003622C de M. Bacquellaine sont reportées à sa demande.

17 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De rol van de mondhygiënist en de terugbetaling van de verstrekkingen" (56003666C)

17 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rôle joué par les hygiénistes bucco-dentaires et le remboursement de leurs prestations" (56003666C)

17.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik stel u graag een vraag naar aanleiding van de Wereld-Mondgezondheidsdag, die ondertussen wel al meer dan een maand achter ons ligt. Op die dag wordt wereldwijd aandacht gevraagd voor het belang van een goede mondhygiëne. Mondhygiënisten spelen daarbij natuurlijk een belangrijke rol, onder andere door preventieve zorg te bieden, begeleiding te geven bij een correcte poetstechniek en voedingsadvies te geven.

In verschillende landen is het gebruikelijk dat mondhygiënisten een grote rol spelen in de preventie en de behandeling van tandproblemen. In ons land blijven hun bevoegdheden echter nog onderbenut. Slechts 2 van de 22 handelingen die zij mogen uitvoeren, namelijk tandsteenverwijdering en *sealing* bij kinderen, worden terugbetaald. Dat is natuurlijk jammer, zeker voor kwetsbare groepen, die het meest belang hebben bij een goede en laagdrempelige preventieve zorg.

Ik heb u daarover eerder al vragen gesteld. Ik wil u echter nog een aantal bijkomende vragen of vervolgvragen stellen.

Hebt u ondertussen bijkomende stappen ondernomen om het aantal terugbetaalde prestaties door mondhygiënisten uit te breiden? Meent u dat die terugbetaling aangewezen is? Zou er bijvoorbeeld voor mondhygiëne-instructies en voor voedings- en tabaksadvies nomenclatuur moeten komen?

Meent u dat het klopt dat mondhygiënisten een grotere rol kunnen spelen in de preventieve mondzorg?

Hoe beoordeelt u zelf de toegankelijkheid van mondhygiënisten voor de brede bevolking en specifiek voor kwetsbare groepen?

In antwoord op de vraag die ik u in 2022 stelde, vertelde u dat in 2021 97 mondhygiënisten actief waren in België, voornamelijk in Vlaanderen, waar de opleiding eerder was gestart. Ondertussen zijn er echter ook afgestudeerde mondhygiënisten in de Franstalige gemeenschap. Zij komen natuurlijk ook op onze arbeidsmarkt. Daarover heb ik een aantal vragen.

Hoeveel mondhygiënisten zijn er vandaag actief in België? Is er een duidelijke groei merkbaar in dat aantal?

Kunt u een overzicht geven van het aantal actieve mondhygiënisten per deelstaat?

Worden eventueel ook stappen ondernomen om het beroep aantrekkelijker te maken en meer mondhygiënisten op te leiden? Indien ja, welke stappen zijn dat?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, u weet dat we sinds 1 oktober 2022 verstrekkingen voor verzegeling en tandsteenreiniging terugbetalen als ze uitgevoerd worden door een

mondhygiënist volgens de voorwaarden bepaald in de nomenclatuur. Die beslissing die werd genomen is op zichzelf een goede stap.

Ik moet er wel aan toevoegen dat er in 2025 geen budget beschikbaar was binnen de sector tandheelkunde om nieuwe verstrekkingen in te voeren in artikel 5 van de nomenclatuur. Dat neemt echter niet weg dat het RIZIV nadenkt over hoe de preventieve competenties van mondhygiënisten beter kunnen worden geïntegreerd in specifieke projecten voor doelgroepen die meer nood hebben aan preventie.

Wat betreft uw tweede vraag, dit type van specifieke verstrekkingen bestaat momenteel niet in de tandheelkundige nomenclatuur en er is nu ook geen budget om dat in te voeren. Het regeerakkoord voorziet echter in de uitwerking van interfederale plannen inzake tabak, alcohol en een perinataal zorgtraject voor kwetsbare vrouwen. We zouden moeten bekijken hoe we mondhygiënisten een rol kunnen geven in deze plannen. Ik vind dat een interessante piste en we moeten daarover nadenken.

Waarom is dat interessant? Omdat we mondhygiënisten bij uitstek zien als mensen die een beroep uitoefenen in het kader van de geïntegreerde zorg ter bevordering van de algemene gezondheid en het algemeen welzijn, in interactie met andere actoren. Het gaat inderdaad om preventieve handelingen, waarbij men voorkomt dat mensen andere problemen krijgen. Ik zie daar dus wel een aantal dwarsverbanden waarrond we kunnen werken.

U weet dat de mondhygiënist vandaag autonoom negen verschillende prestaties kan stellen in het kader van de uitvoering van maatregelen van preventieve geneeskunde. Ik verwijs daarvoor naar bijlage 1 van het koninklijk besluit van 28 maart 2018. Ik zal ze niet alle negen opsommen, maar u kent ze ongetwijfeld. De combinatie van die prestaties vormt in mijn ogen een eerste stap om toegankelijke preventieve geneeskunde mogelijk te maken en de mondgezondheid van onze burgers te verbeteren.

Wat betreft uw vraag over het aantal actieve mondhygiënisten, is er wellicht een issue met de interpretatie van de cijfers. De cijfers die in 2022 gecommuniceerd werden, betroffen 97 mondhygiënisten die het recht hadden om het beroep uit te oefenen en niet de actieve mondhygiënisten. Het kadaster van gezondheidszorgbeoefenaars laat toe een evolutie van deze beroepsbeoefenaars te zien sinds 2021.

Momenteel hebben 1.554 mondhygiënisten het recht om het beroep uit te oefenen. Van de 1.194 beoefenaars gedomicilieerd in België, behoren 893 toe tot de Vlaamse Gemeenschap en 302 tot de Franse Gemeenschap. Dat is een belangrijk verschil, maar we moeten daarbij noteren dat die opleiding pas recent wordt georganiseerd in de Franse Gemeenschap en dat een groot deel van de studenten in het Nederlandstalig onderwijs de Nederlandse nationaliteit hebben.

Tegen het einde van dit jaar zullen de gegevens van het praktijkregister beschikbaar zijn en zullen we in staat zijn om beter de arbeidskracht van dit gezondheidsberoep te bepalen. De gegevens zullen ook meegenomen worden in de scenario's over de evolutie van het arbeidspotentieel in de tandheelkunde, die momenteel worden ontwikkeld door de Planningscommissie om de volgende quota voor tandartsen te bepalen. De Planningscommissie zal mij ter zake ook een advies geven.

Het is dus een beetje moeilijk om de cijfers goed te interpreteren, maar ik heb geprobeerd u toch een update te geven. Ik wil vooral proberen in het kader van de planning een goede volgende stap te zetten, zodat we een beter zicht hebben op de realiteit ter zake.

17.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u vindt het duidelijk ook heel belangrijk dat die beroepsgroep een goede plaats krijgt in het mondzorglandschap. Op korte termijn kunnen ze ook wel iets betekenen als het gaat over wachtlijsten, ze kunnen tandartsen ondersteunen. We moeten het echter eerder op langere termijn bekijken. Ze moeten immers echt beschouwd worden als echte mondpreventiespecialisten en niet als hulpjes van tandartsen. In die zin zouden ze echt moeten worden ingezet om op langere termijn tandproblemen te voorkomen, waardoor tandartsen ook een ander takenpakket zullen krijgen.

Ik denk daarbij zeker ook aan die kwetsbare groepen. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan mensen met een handicap en oudere mensen, voor wie mondhygiëne niet altijd even evident is. Zij kunnen echt wel voordeel halen uit de betere inzet van mondhygiënisten.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft onlangs nog aangestipt dat mondgezondheid een mensenrecht zou moeten zijn, dat ook hoger op de agenda zou moeten komen van alle landen. We moeten er absoluut op inzetten.

Een goede planning, een goede inschatting van de *work force* is inderdaad belangrijk, maar we moeten er echter echt voor zorgen dat ze vooral op de juiste manier worden ingezet. Ze moeten als specialisten in mondpreventie ook naar waarde worden geschat.

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

18 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nationale overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen" (56003668C)

18 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La convention nationale entre les pharmaciens et les organismes assureurs" (56003668C)

18.01 Kathleen Depoorter (N-VA): De ministerraad heeft onlangs de zesde wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst tussen apothekers en verzekeringsinstellingen goedgekeurd. Een van de belangrijke aanpassingen daarin is de structurele verankering van het afbouwprogramma voor benzodiazepines en aanverwante producten, waarbij patiënten worden begeleid om hun gebruik geleidelijk af te bouwen. Dit programma is op 1 januari 2025 in werking getreden en voorziet in een honorarium voor de apothekers die deze begeleiding bieden.

Mijnheer de minister, is er een evaluatie van het pilootproject gebeurd? Wat waren de voornaamste bevindingen?

Kunt u toelichten hoe het nieuwe programma precies opgebouwd is? Zijn er wijzigingen? Is er ook sprake van een uitbreiding naar jongeren en kinderen? Wordt daarnaast in een budget voorzien om het programma op termijn naar andere medicatie uit te breiden?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Dit pilootproject is op 1 februari 2023 opgestart. We hadden de verwachting dat dit project zou slagen, maar de administratie van het RIZIV heeft inderdaad een grondige evaluatie uitgevoerd om te controleren of de patiënten die het programma hadden voltooid geen benzodiazepines meer gebruikten. Dat effectiviteitscriterium werd als hoofdindicator in het oorspronkelijke project gedefinieerd.

Naast dat primaire eindpunt werden andere elementen geëvalueerd, zoals het totale aantal patiënten dat een afbouwprogramma had voltooid, het type programma dat werd gevolgd in vijf, zeven of tien stappen en de gemiddelde kosten per programma. De karakteristieken van de patiënten die de afbouwprogramma's volgden werden ook geëvalueerd, evenals hun geografische spreiding.

Van de 6.527 patiënten die met een afbouwprogramma waren gestart op het moment van de evaluatie – dat wil zeggen tot april 2024 –, hadden 1.856 patiënten het programma al meer dan zes maanden voltooid. Die patiënten hebben we gebruikt als groep voor de berekening van het niet-terugvalpercentage, dat 42 % bedroeg.

Ik kan u zeggen dat het totale aantal patiënten boven onze aanvankelijke verwachtingen lag. Ook het succespercentage vonden we zeer bemoedigend.

In een vergelijkbare studie met ons project, uitgevoerd in Frankrijk in 2015, was het percentage niet-terugval iets minder dan 30 %. Ik geef dat cijfer nu wel met de nodige voorzichtigheid, mevrouw Depoorter, maar in een studie van het KCE, uitgevoerd in 2021, ter evaluatie van de conventionele methoden die door huisartsen zonder tussenkomst ten gunste van de patiënt werden geïnitieerd, werd ingeschat dat het niet-terugvalpercentage slechts 15 % was na 26 weken. Dat is te vergelijken met die zes maanden. Met andere woorden, de apothekers boeken hier een zeer mooi succes. Het is natuurlijk op voorschrift van de huisarts, maar ik denk dat dat een zeer mooi succes is.

Op dit moment zijn er geen wijzigingen voorzien. De structurele duurzaamheid van het programma is gebaseerd op dezelfde principes en modaliteiten als oorspronkelijk vastgelegd in het pilootproject. Die kent u ook.

Zouden we het kunnen uitbreiden naar mensen jonger dan 18 jaar? We hebben ons in het oorspronkelijke pilootproject gericht op de grote gebruikers, vaak ouderen, bij wie ook de problemen die we als ernstig inschatten, zoals geheugenverlies, evenwichtsverlies en vallen, het meeste voorkomen. Bij jongeren wordt minder chronisch verbruik waargenomen: slechts 1 % van de gebruikers is volgens BelPEP jonger dan 15 jaar. Er was dus tot op heden niet specifiek een vraag gericht op jongeren. We kunnen de mogelijkheid om het programma uit te breiden wel bespreken met de verschillende partners en in de FOD Volksgezondheid. Op basis van dergelijke besprekingen kunnen we dan eventueel beslissen om het uit te breiden. Dat zat echter voorlopig in alle eerlijkheid niet in onze mappen.

18.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dat betekent dus eigenlijk een pluim voor mijn collega's, maar het is inderdaad een mooie evaluatie. Het belang van een slagingspercentage in dezen is volgens mij heel erg te vinden in nabijheid, door de laagdrempeligheid van de apotheek, waar patiënten elke dag binnen kunnen komen wanneer dat noodzakelijk is, en in de ervaring die apothekers toch ook wel hebben in de begeleiding van patiënten bij andere schema's die intussen al worden terugbetaald. Die nauwe opvolging en precisie is volgens mij echt de reden voor het succes. De 42 % die u aanhaalt kan altijd beter, maar het is een mooi resultaat.

Graag pleit ik voor de mogelijkheid tot behandeling van adolescenten en ik vind het heel goed dat u de deur daarvoor enigszins openhoudt. Collega Oru van Vooruit stelde daarnet al een vraag over het gebruik van antidepressiva en psychofarmaca bij kinderen en jongeren. Het gaat om een kleine groep, maar voor die kleine groep kunnen we wel een wezenlijk verschil maken. Voor die kleine groep zijn vaak de thuissituaties ook moeilijk. Als ouders heel gemakkelijk omgaan met benzodiazepines, dan zal het kind die ook sneller toegestopt krijgen of blijven gebruiken. Wanneer dat gebruik samen met de huisapotheker afgebouwd kan worden en als de apotheker dat echt in de gaten houdt, dan denk ik dat de apothekers op gezondheidsvlak voor jongeren een wezenlijk verschil kunnen maken.

Laten we absoluut verder gaan op die weg en ervoor zorgen dat we nog meer patiënten kunnen begeleiden naar het stoppen met gebruiken van die psychofarmaca.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 56003721C et 56003722C de Mme Ramlot sont reportées.

19 Samengevoegde vragen van

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De abortuswet" (56003733C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het recht op abortus" (56003810C)
- Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking" (56003921C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitbreiding van de huidige wet betreffende de zwangerschapsafbreking" (56003926C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aanbevelingen uit het jaarverslag inzake de evaluatie van de abortuswet in België" (56004432C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De abortuswet" (56004451C)

19 Questions jointes de

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La loi sur l'IVG" (56003733C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le droit à l'IVG" (56003810C)
- Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès à l'interruption volontaire de grossesse" (56003921C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'extension de la loi actuelle sur l'IVG" (56003926C)
- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les recommandations du rapport d'évaluation du droit à l'IVG en Belgique" (56004432C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La loi relative à l'interruption volontaire de grossesse" (56004451C)

19.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, il y a 35 ans, la loi dépénalisant partiellement l'interruption volontaire de grossesse (IVG) était adoptée. Même si la dépénalisation était en réalité partielle, même si on imposait encore un délai dit "de réflexion" aux femmes pour qu'elles soient certaines de leur choix, la loi Lallemand-Michielsen représentait une grande avancée pour le droit des femmes à disposer de leur corps, pour la liberté des femmes de choisir de recourir à l'avortement. Depuis lors, la loi a très peu évolué, malgré les nombreuses propositions pour renforcer le droit à l'IVG et pour améliorer son accessibilité.

Ces questions ont malheureusement toujours fait l'objet de marchandages politiques. Et c'est à nouveau le cas avec le gouvernement Arizona, qui a décidé de mettre le dossier au frigo, alors que nous disposons depuis 2023 d'un rapport scientifique d'envergure, qui dit notamment que nous devons étendre le délai à 18 semaines, qu'il faut supprimer toutes les sanctions pour les femmes, qu'il faut supprimer ces six jours d'attente entre la première visite et l'IVG, et que l'IVG doit être inscrite dans les législations relatives aux soins de santé.

Ce nouveau blocage est pour nous dramatique et inacceptable, parce que les femmes devront continuer à se rendre aux Pays-Bas et continueront à être considérées comme des criminelles dans notre pays. Et cela sans compter les difficultés bien réelles pour pouvoir recourir dans les délais actuels à une IVG dans notre pays, les médecins la pratiquant étant de moins en moins nombreux. On a pu encore le voir très récemment dans un reportage diffusé par la RTBF.

Monsieur le ministre, quelles mesures comptez-vous prendre pour remédier à la pénurie de médecins pratiquant l'IVG, et garantir ainsi le droit à l'IVG dans notre pays? Des concertations sont-elles menées avec les entités fédérées dans ce cadre?

Quand on voit les coups de boutoir portés au droit à l'IVG à l'étranger ces dernières années, que ce soit aux États-Unis, en Pologne ou encore récemment en Italie, il est temps d'en finir selon nous avec les demi-mesures. L'accès à l'IVG dans notre pays doit être protégé, garanti et amélioré. Alors que vous prévoyez d'associer le Parlement sur d'autres sujets éthiques, comptez-vous réellement empêcher les discussions sur la modernisation du droit à l'IVG au sein de notre Assemblée?

19.02 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, vous n'êtes pas sans savoir que la commission d'évaluation de la législation relative à l'avortement en Belgique a rendu son rapport 2022-2023. Il est très clair et rejoint le rapport du comité d'experts, qui recommande notamment l'extension du délai à minimum 18 semaines et la suppression pure et simple du délai de réflexion qui est encore imposé aujourd'hui en Belgique. Il émet par ailleurs 38 recommandations qui visent à répondre à certaines difficultés spécifiques ou à des manquements en termes d'accès à l'IVG, d'accès à la contraception, de formation, de sensibilisation, de protection des données ou encore de respect des droits des femmes et des droits des patientes.

Monsieur le ministre, avez-vous pris connaissance de ce rapport? Comment allez-vous mettre en œuvre ces recommandations avec vos collègues du gouvernement?

19.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Désir, mevrouw Schlitz, uw vragen betreffen een belangrijk thema. Het Wetenschappelijk Comité beveelt duidelijk aan om de wettelijke termijn voor zwangerschapsafbreking op verzoek te verlengen van twaalf naar minstens achttien weken post conceptie, met als doel om vrouwen die nu noodgedwongen uitwijken naar het buitenland, ook in België toegang te geven tot veilige en kwaliteitsvolle zorg. Een mogelijke verklaring voor de constante vraag naar tweedetrimesterabortussen ligt in het kwetsbare profiel van patiënten op het vlak van contraceptie, gezondheid of relationele status, waardoor de zwangerschap later wordt erkend of afgebroken.

Daarnaast stelt het Wetenschappelijk Comité in zijn rapport voor om bij voorkeur de verplichte wachttijd van zes dagen af te schaffen, zo niet een verplichting in te voeren om de zwangerschapsafbreking niet uit te voeren op de kalenderdag van de eerste raadpleging. In de twee scenario's worden de beroepsbeoefenaars aangemoedigd om bij wijze van goede zorg een op de zwangere vrouw afgestemde beslissings- en voorbereidingstermijn te waarborgen.

Dus er ligt inderdaad een wetenschappelijke basis voor wetgevende acties. Het betreft aanbevelingen die in dat comité met brede consensus zijn geformuleerd op basis van wetenschappelijke en ethische argumenten. Wanneer we dit onderwerp binnen de regering en in het Parlement zullen bespreken, zijn dat ook belangrijke uitgangspunten. Zoals we in het regeerakkoord zijn overeengekomen, zullen we het maatschappelijke debat over vrijwillige zwangerschapsafbreking voortzetten op basis van een dergelijk rapport. We willen na consensus de huidige abortuswetgeving aanpassen.

Het rapport bevestigt ook dat het tekort aan zorgverleners, vooral voor abortus in het tweede trimester, een structurele uitdaging is. Er is nood aan specifieke opleiding en rekrutering van artsen en andere zorgverleners die bereid zijn abortussen uit te voeren, en aan gespecialiseerde structuren voor tweedetrimesterabortus. Samenwerking met de gemeenschappen is daarbij essentieel voor de opleiding, erkenning en organisatie van deze zorg.

Mijn excuses dat mijn antwoord uitsluitend in het Nederlands is.

19.04 Caroline Désir (PS): Merci, monsieur le ministre, même si votre réponse me laisse un peu sur ma faim.

Tout d'abord, j'entends que vous vous référez au rapport consensuel des experts, et je m'en réjouis puisque vous renvoyez souvent aux preuves scientifiques. Ce rapport a été élaboré par des experts ayant différents profils, qui viennent de différentes universités, qui sont de différentes confessions également. Je pense que c'est très important qu'on ne refasse pas le débat scientifique et que le débat sociétal, que vous appelez de vos vœux, soit bien basé sur ce rapport scientifique qui existe et qui est encore très récent.

J'entends également que vous nous parlez de collaboration avec les Communautés, notamment pour pouvoir former les prestataires de soins à l'avortement. Je pense que c'est important, évidemment, dans le cas où on élargit la durée légale de l'avortement, parce qu'on devra recourir à d'autres techniques. Mais c'est déjà problématique aujourd'hui.

C'est pour cette raison que je me référais dans ma question au reportage d'*Investigation* diffusé récemment par la RTBF, parce qu'on constate aujourd'hui déjà que, dans toute une série de centres de planning familial, il n'y a pas suffisamment de médecins qui pratiquent des avortements pour pouvoir

respecter le délai légal de 12 semaines. Certaines femmes se retrouvent donc tout à fait démunies parce qu'il n'y a pas assez de médecins formés à la pratique de l'IVG, même avec le délai légal actuel.

J'espère évidemment que nous aurons l'occasion de rediscuter de ce sujet. Je rappelle que, pour nous, ce débat doit se mener au Parlement, comme ça a pu être le cas à l'époque de la loi Lallemand-Michielsen.

19.05 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Merci, monsieur le ministre, pour vos propos.

J'apprécie le fait que vous vous basiez sur la science, que vous rappeliez en effet le défi de l'accès à l'IVG – et pas uniquement du cadre légal dans lequel on peut avoir recours à l'IVG – mais également la praticabilité et la mise en œuvre concrète sur le terrain.

En effet, en raison notamment du manque de places disponibles, aujourd'hui, le délai de réflexion imposé de six jours est en réalité de 10 jours. Subir une grossesse non désirée représente évidemment une violence énorme pour une personne qui a pris sa décision et qui souhaite avorter, qui ne souhaite pas avoir d'enfant.

Je vous avoue mon inquiétude eu égard au contexte international. Dès la révocation de l'arrêt Roe vs. Wade aux États-Unis en 2022, nous avons déposé un texte pour faire inscrire le droit à l'avortement dans la Constitution, afin de s'assurer que ce type de recul – qu'on pense impossible dans un pays comme le nôtre – ne se produise pas chez nous. Car c'est exactement ce que les femmes aux États-Unis pensaient avant 2022. Voyez la situation dramatique dans laquelle elles se trouvent aujourd'hui. Certaines femmes meurent par défaut d'accès à un avortement.

Je m'inquiète de voir la transformation du contexte se produire également dans notre pays. Le premier ministre et la ministre de la Justice ont estimé en plénière voici quelques jours qu'il s'agissait d'un débat éthique, d'un débat dans lequel il fallait composer entre des dimensions idéologiques et des aspects plus personnels du parcours de vie des uns et des autres. À aucun moment ils n'ont mentionné les droits des femmes, l'opinion et la vie des femmes concernées. Les femmes ne sont-elles pas des êtres humains pour vos collègues? Monsieur le ministre, je trouve que cette approche est extrêmement préoccupante et qu'il est moins une pour agir, pour bétonner et élargir le droit à l'avortement dans notre pays.

Tout cela sans parler des sondages immondes qui ont été lancés par des parlementaires de votre majorité au sujet du droit à l'avortement alors que nous disposons de rapports d'experts, de données scientifiques et qu'il y a la réalité de personnes qui sont obligées de se rendre à l'étranger pour avorter en raison d'un cadre légal trop strict. Et eux, que font-ils? Ils lancent sur leur Facebook et sur leur Instagram des sondages pour savoir ce que les gens voudraient que l'on fasse du droit à l'avortement. C'est totalement indécent et j'espère que cela ne se reproduira plus dans vos rangs.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Nous allons clôturer cette séance car il était convenu que M. le ministre reste jusqu'à 17 heures.

La question n° 56003757C de M. Bertels est transformée en question écrite.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 06.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.06 uur.