

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 08 JULI 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 08 JUILLET 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 16 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.16 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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.

[01] Actualiteitsdebat over de artsenstaking en toegevoegde vragen van

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De financiering van de artsensyndicaten" (56005625C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De maatregelen in verband met de conventionering en het maximumplafond voor supplementen" (56005652C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het voorontwerp van kaderwet" (56005843C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De staking van de zorgverstrekkers op 7 juli" (56006520C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De artsenstaking van maandag 7 juli en het alarmsignaal uit de zorgsector" (56006623C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De kaderwet" (56006624C)
- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De artsenstaking op 7 juli" (56006657C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De artsenstaking" (56006662C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De artsenstaking" (56006663C)

[01] Débat d'actualité sur la grève des médecins et questions jointes de

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement des syndicats de médecins" (56005625C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mesures relatives au conventionnement et au plafond maximum pour les suppléments d'honoraires" (56005652C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avant-projet de loi-cadre" (56005843C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La grève des prestataires de soins du 7 juillet" (56006520C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La grève des médecins, le lundi 7 juillet, et le signal d'alarme lancé par le secteur des soins" (56006623C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La loi-cadre" (56006624C)
- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La grève des médecins du 7 juillet" (56006657C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La grève des médecins" (56006662C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La grève des médecins" (56006663C)

[01.01] Dominiek Snelpe (VB): Mevrouw de voorzitter, ik zal mijn drie vragen over dit onderwerp bundelen.

Mijnheer de minister, vorige week stelden wij u nog vragen over de stand van zaken van de hervormingswet, de zogenaamde kaderwet waar zoveel om te doen is. U antwoordt daarop echter telkens met hetzelfde riedeltje, namelijk dat u nog steeds in overleg bent, wat overleg ook moge betekenen in uw ogen. Uiteraard stellen wij ons heel veel vragen bij wat u precies begrijpt onder overleg.

Ondertussen vernamen wij dat er in de ministerraad reeds een eerste lezing zou zijn geweest van de ongewijzigde wet. Hoewel bepaalde regeringsleden enkele aanpassingen gevraagd hebben, gaat u er met enkel loze beloften toch mee door.

Klopt het dat u een ongewijzigd document hebt voorgelegd voor de eerste lezing? Als dat klopt, werd het document ook goedgekeurd? Klopt het dat bepaalde regeringsleden aanpassingen gevraagd hebben, maar dat er slechts loze beloften zijn en u de wet dus niet concreet hebt aangepast? Wat zijn de door bepaalde regeringspartijen gevraagde aanpassingen?

Werd het communautaire aspect van de maatregelen in de wet besproken? Vlaamse ziekenhuizen en artsen doen het op het vlak van ereloon-supplementen immers nu al veel beter dan de Waalse. Volgens uw overgangsmaatregelen zouden zij dus worden benadeeld.

Werd het punt van de gedeeltelijke conventiestatus aangekaart? Door het verbod op gedeeltelijke conventionering zullen immers heel wat artsen-specialisten de ziekenhuizen verlaten en evolueren we verder naar een geneeskunde met twee snelheden.

Zult u de passage over het afnemen van het RIZIV-nummer om andere redenen dan handhaving schrappen of op zijn minst aanpassen? Zult u de gevallen waarin het eventueel wel zou kunnen heel concreet in de wet opnemen?

Wat is de stand van zaken van het overleg met de getroffen zorgsectoren?

Een andere vraag betreft de financiering van de artsensyndicaten. In deze wet kondigt u ook aan dat de financiering van de artsensyndicaten voortaan afhankelijk zal worden gemaakt van de conventiegraad. Dit betekent dat de werkingsmiddelen van deze syndicaten, die essentieel zijn voor de vertegenwoordiging van artsen, gekoppeld zullen worden aan het percentage artsen dat zich conformeert aan de conventietarieven. Deze maatregel roept natuurlijk vragen op over de onafhankelijkheid van de artsensyndicaten en de vrije keuze van artsen om al dan niet toe te treden tot de conventie.

Hoe waarborgt u in dit kader de onafhankelijkheid van de artsensyndicaten en de vrije keuze van artsen om al dan niet tot de conventie toe te treden? Bent u niet bezorgd dat deze maatregel het overlegmodel volledig zal ondermijnen en zal leiden tot een verminderde representatie van gedeconventioneerde artsen binnen dat overlegmodel?

Verder heb ik nog een vraag over de artsenstaking zelf. Gisteren, maandag 7 juli, legden honderden, zoniet duizenden artsen en zorgverleners het werk neer uit protest tegen uw huidige gezondheidsbeleid. Deze staking is geen geïsoleerde actie, maar veeleer een symptoom van een diepere malaise, met administratieve overlast, onderfinanciering, personeelstekorten en bovenal een groeiende frustratie over uw gebrek aan politieke visie en respect voor de medische beroepen. De artsen geven aan dat ze zich overbevestigd en ondergewaardeerd voelen en alsmaar vaker verhinderd worden hun werk degelijk uit te voeren. Bovendien maken ze zich zorgen over de toenemende politieke inmenging en ideologische dwang in de gezondheidszorg.

Hoe interpreteert u dit duidelijke signaal van de artsen? Welke concrete stappen bent u bereid te zetten om tegemoet te komen aan hun verzuchtingen en om een nieuwe – of nog grotere – crisis in de zorg te vermijden? Hoe zult u voorkomen dat patiënten de dupe worden van zwaardere acties uit het veld? Bent u bereid om opnieuw met de sector rond de tafel te gaan zitten – zonder vooraf opgelegde ideologische filters – en eindelijk écht te luisteren naar hun opmerkingen en aanbevelingen? U zegt wel dat u opkomt voor de patiënten, maar hoe zult u daadwerkelijk voorkomen dat zij daar de dupe van worden?

01.02 Irina De Knop (Open Vld): De artsen hebben gisteren voor het eerst in meer dan 25 jaar gestaakt. Ik wil het eerder een actie noemen, want uiteindelijk hebben heel wat artsen wel degelijk gewerkt. Via allerlei acties hebben zij echter hun ongenoegen geuit. Zoals we in de pers konden vernemen, was er een grote bereidheid daartoe.

Ik zal niet alles herhalen wat collega Sneppe al zei, maar we merken inderdaad dat er een diepe malaise heerst in de gezondheidszorg. Zorgverleners geven duidelijk aan dat zij niet altijd met het nodige respect behandeld worden. Mijnheer de minister, u geeft aan dat u grondig in overleg wilt gaan met de sector, maar in de sector zelf wordt daar toch anders naar gekeken.

In de vraag die ik hierover enige tijd geleden heb voorbereid, ligt de focus op de conventionering en op de maximumtarieven die worden opgelegd met betrekking tot de supplementen.

Kunt u de sector inmiddels geruststellen dat de kaderwet er vandaag niet komt, dat u eerst op een correcte manier het overleg kansen zult geven en dat u daarbij ook werk zult maken van de nodige hervormingen, met name de hervorming van de nomenclatuur en de financiering van de ziekenhuizen?

Kunt u de sector geruuststellen dat er nu een aantal rustige maanden zullen volgen?

Ten tweede wil ik u vragen of u met ons even door de wijzigingen kunt gaan die u reeds hebt aangebracht aan de kaderwet? Wat is de finale versie die nu op tafel ligt? Wat is daarin bijgestuurd ten opzichte van de eerste versie?

Ten derde, staat u nog steeds achter het conventiemodel zoals we dat al decennia kennen? Of wil u dat afschaffen? Wilt u eenzijdig de zorg reguleren? Ik wil ook heel graag van u vernemen hoe uw vergaderkalender er uitziet voor deze zomer, teneinde het vertrouwen en de rust terug te brengen in de sector.

01.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, heel wat zorgverstrekkers hebben gisteren hun ongenoegen, of hun ongerustheid geuit door te staken of door op een andere manier te doen blijken dat ze het niet eens zijn met de kaderwet. Deze beroepsgroep is het niet gewend het werk neer te leggen of om actie te voeren. Ik meen dat dit dus wel beschouwd moet worden als een belangrijk signaal.

U weet dat wij van N-VA absoluut bereid zijn mee te werken aan noodzakelijke hervormingen, maar we willen daarbij wel oproepen binnen de afspraken van het regeerakkoord te blijven. Daar is nu wel wat misverstand over.

Artsen, tandartsen, en andere zorgverstrekkers zijn meestal 'vrijberoepers'. Dat is volgens ons een heel belangrijk principe in de zorg. Het bepaalt dat een zorgverstrekker vrij is op zoek te gaan naar de beste therapie, de beste onderzoeksmethode en daarover afspraken te maken met de patiënten. Natuurlijk moet dat allemaal binnen de regels van de deontologie gebeuren, maar volgens ons is het vrij beroep nog altijd de beste garantie voor een kwaliteitsvolle, innovatieve en toegankelijke gezondheidszorg. Wij hebben trouwens nog altijd beperkte wachttijden, vergeleken met die in het buitenland.

Nu vraag ik me af, mijnheer de minister, of dat principe van het vrij beroep belangrijk is voor u? Dan hebben we wel een probleem met het beperken van de supplementen voor ambulante verstrekkingen door niet-geconventioneerde zorgverstrekkers. Dat staat niet in het regeerakkoord. Het beperken van de supplementen moet in de context van de ziekenhuishervorming en de ziekenhuisfinanciering gelezen worden. Dat kan volgens ons zeker niet voor er zicht is op de hervorming van de nomenclatuur.

Mijnheer de minister, in het regeerakkoord staat inderdaad dat excessen in de tussentijd moeten worden aangepakt. Wij zijn het daarmee eens, excessen moeten worden aangepakt. Wat beschouwt u echter precies als excessen? Ik kan dat concreet maken. Is een excès bijvoorbeeld ook een supplement van 30 % voor een ambulante verstrekking waarvoor er geen toereikend honorarium bestaat? Zult u de verschillende dossiers met betrekking tot de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuurrhervorming en de supplementenplafonds samen op tafel leggen, zoals ook de bedoeling was volgens het regeerakkoord?

01.04 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, la grève des médecins d'hier traduit le malaise profond de nombreux professionnels de la santé. Les tensions se concentrent notamment sur un point particulièrement sensible de votre projet de réforme: la limitation des suppléments d'honoraires. Ces suppléments sont souvent perçus à tort comme un simple avantage financier pour les médecins. Or, dans la majorité des cas, ils sont le symptôme d'un sous-financement structurel des hôpitaux, de l'absence de remboursement pour certains actes pourtant reconnus ou encore d'honoraires insuffisants pour certaines spécialités. Ces suppléments participent aussi au financement indirect de l'hôpital, via les rétrocessions. Si ces rétrocessions d'honoraires sont réduites, ce sont les autres soignants, déjà sous pression, qui risquent d'en faire les frais: infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, sages-femmes, techniciens et personnel logistique. Cette réforme ne concerne donc pas uniquement les médecins; c'est l'ensemble des professionnels des soins de santé qui sont concernés. Il y a urgence à entendre tous les acteurs du terrain, qui réclament depuis plus de 10 ans une meilleure reconnaissance de leur rôle.

Monsieur le ministre, nous sommes particulièrement déterminés à renforcer l'accessibilité des soins, tout en garantissant le respect de tous les soignants. Comptez-vous associer à cette réforme, au-delà des syndicats médicaux, les représentants des autres professionnels de la santé, afin de construire un projet juste, concerté et durable?

01.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, les suppléments d'honoraires constituent aujourd'hui un réel problème et mettent en péril l'accessibilité des soins pour les patients. Selon de nombreux témoignages, moyennant un supplément, il serait plus facile et plus rapide de voir un médecin, d'obtenir une opération ou une chambre individuelle. Cela concerne un grand nombre de patients et donc une importante somme d'argent pour ces derniers, car même si l'argent est versé par leur assurance hospitalisation, ce sont eux qui ont cotisé. Les suppléments d'honoraires représentent aujourd'hui 700 millions d'euros au total.

Vous souhaitez aujourd'hui mettre en œuvre des modifications à ces suppléments d'honoraires dans le contexte de la loi-cadre, ce qui a provoqué hier une grève de certains médecins. Or la grogne des médecins ne se limite pas aux suppléments d'honoraires mais va bien au-delà. Des médecins généralistes ont par exemple témoigné du fait que la suppression des consultations téléphoniques constitue un grave problème, car celles-ci permettaient de répondre aux besoins quotidiens des patients. Monsieur le ministre, que répondez-vous à la grogne des généralistes?

Nous nous inquiétons aussi des hypothèses que vous avez avancées pour cette loi, telles que l'augmentation du ticket modérateur pour les patients – le problème ici concerne la diminution de l'accessibilité des soins de santé – et l'augmentation du prix de certains médicaments pour les patients. Nous ne sommes pas du tout d'accord avec ces propositions, et j'aurais voulu que vous clarifiiez ces points.

01.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Chers collègues, je pourrais peut-être répéter ce qu'a dit M. Gatelier dans sa question, cela forme une introduction à laquelle je peux souscrire. Il y a beaucoup de soucis, beaucoup d'inquiétudes, de problèmes financiers. Lors d'une telle action, différentes dimensions de la pression actuelle sur le système des soins de santé sont mises en évidence.

Ik meen dat we inderdaad de bezorgdheden die er zijn, de druk die weegt op huisartsen en spoedartsen en de financiële complexiteit van het bestaande systeem zeer goed moeten proberen te begrijpen.

Het antwoord daarop is dat we moeten hervormen. We moeten daarover overleg plegen. Dat doen we ook. Ik durf te herhalen dat er al zeer veel overleg geweest is over deze tekst. Deze tekst is eigenlijk het begin van een voorontwerp van hervormingswet inzake gezondheidszorg.

Mevrouw Snelpe, daar is helemaal nog geen eerste lezing van geweest. Ik weet niet waar u dat haalt. Het is een tekst die informeel voorgelegd is aan alle betrokken actoren. Ik heb die tekst ondertussen ook geïntroduceerd in de interkabinettenwerkgroep van de regering, maar er is nog lang geen eerste lezing.

Een belangrijke datum was 26 juni, omdat we toen op basis van de geschreven bijdrage die ik van alle actoren had gevraagd een concreet overzicht hebben gemaakt van de thema's die in de tekst veranderd zouden worden. Ik heb dat dan op 3 juli ondersteund met een concrete aangepaste tekstversie, die ik bezorgd heb aan de syndicaten van de artsen en de tandartsen en aan de ziekenfondsen.

Ik heb dat ook besproken met de ziekenhuiskoepels, de vertegenwoordigers van de klinisch therapeuten, de logopedisten, de thuisverpleegkundigen, de apothekers en de vroedvrouwen.

Mevrouw De Knop, ik kan u effectief een overzicht bezorgen. Het gaat over tien punten die ik op 26 juni heb besproken met de vakbonden van artsen en tandartsen en de ziekenfondsen en die ik op 3 juli opnieuw heb voorgelegd, ditmaal aan de hand van concrete tekstvoorstellen.

Ten eerste maken we duidelijk dat het systeem van de partiële conventionering behouden blijft voor artsen en tandartsen. De doelstelling is dat het een transparant systeem moet zijn. De vraag is hoe we die doelstelling zo goed mogelijk bereiken, maar we behouden de idee van de partiële conventionering.

Ten tweede wordt de financiering van de beroepsorganisaties voor maximaal 20 % van de tegemoetkoming die ze ontvangen afhankelijk gemaakt van de conventiegraad.

Het voorstel is dat de akkoordencommissies zelf beslissen over de concrete uitvoeringsregels, op basis van een voorstel van het Verzekeringscomité. Dat moet zorgen voor een uniforme benadering over alle

sectoren heen. Dat is alvast wat ik bepleit, want deze regeling bestaat al in allerlei andere sectoren, bijvoorbeeld bij logopedisten, kinesitherapeuten en vroedvrouwen.

We maken hen daarmee niet afhankelijk van ons beleid, laat staan dat we hen zouden willen verhinderen om kritisch te zijn. Het betreft sectoren die soms zeer kritisch zijn en acties organiseren. In die sectoren geldt de regel dat de mate waarin hun leden zich aansluiten bij een conventie een factor is die meeweegt in hun financiering. We willen dat principe doortrekken naar de organisaties van artsen en tandartsen.

Ten derde maken we een onderscheid – en dat is een verschil met het eerdere voorstel – tussen kwaliteitspremies, die voor alle zorgverleners bestemd zijn en dat ook moeten zijn, en premies ter ondersteuning van de praktijk, die we zouden willen voorbehouden aan de geconventioneerde zorgverleners. Dat was een belangrijke vraag van verschillende organisaties en daaraan zullen we tegemoetkomen.

Ten vierde, wij zorgen voor een betere omschrijving van de doelstelling en van de procedure bij het tijdelijk schorsen van RIZIV-nummers van zorgverleners. Wanneer ernstige fraude moet worden beteugeld of wanneer het visum verloren of ingetrokken is, achten wij het tijdelijk schorsen van RIZIV-nummers heel belangrijk om het factureren stop te kunnen zetten. Praktisch betekent dat dat fraudeurs of zorgverleners die hun visum verloren hebben geen facturen meer kunnen indienen. Dat is de doelstelling. Die doelstelling zullen wij preciseren. Ook de procedure zullen wij heel goed preciseren. Het gaat om een procedure voor een rechtscollege binnen de administratie, met een beroepsmogelijkheid enzovoort.

Ten vijfde, naast de wettelijk voorziene bepaling behouden de akkoordencommissies de bevoegdheid om onderling eventuele bijkomende opzeggingsmodaliteiten overeen te komen.

Ten zesde, de betrokken akkoordencommissie wordt betrokken bij het tot stand komen van een zogenaamd document in het Verzekeringscomité. Dat betekent eigenlijk een voorstel om tot een akkoord of overeenkomst te komen als dat niet uit de commissie zelf is gekomen. In dat geval wordt de akkoordencommissie in kwestie wel nog betrokken bij de totstandkoming van zo'n document in het Verzekeringscomité.

Ten zevende, de bepalingen over het conventiesysteem, met inbegrip van de hele problematiek rond de supplementen, treden pas in werking voor akkoorden die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2028. Dit was ook het opzet, maar ik begreep dat daarover twijfel bestond vanwege de vermelding van mogelijke wijzigingen in de timing via koninklijke besluiten. Dat is nu heel duidelijk.

Ten achtste, in dezelfde geest worden eventuele mogelijkheden die aan de regering zouden worden gegeven om sneller in te grijpen in verband met supplementen dan vanaf 2028, gewoonweg uit de tekst geschrapt. Wat er voorzien was aan bevoegdheden van de regering is heel grondig herschreven.

Wat wel belangrijk is, is dat de regering bij een in ministerraad overlegd besluit voor geneeskundige verstrekkingen of voor een groep van geneeskundige verstrekkingen een hoger maximumsupplement zou kunnen bepalen dan het percentage dat in de wet is vastgelegd, maar geen lager. De bedoeling is om een soort opwaartse flexibiliteit te creëren, zodat op een gedifferentieerde manier plafonds kunnen worden vastgelegd naargelang de noden in de sectoren en binnen de verschillende disciplines.

Ten negende, de uitzonderingsmodaliteiten voor de verplichte toepassing van de digitalisering van de communicatie tussen zorgverleners en ziekenfondsen worden in de wet opgenomen. Er is ook een kleine aanpassing wat betreft de kalender voor de kinesitherapeuten, iets wat zij gevraagd hadden.

Ten tiende, de mogelijkheid tot stilzwijgende verlenging van akkoorden wordt voorzien.

Die tien punten werden allemaal toegelicht en besproken op 26 juni. Ik heb, op vraag van de artsenvakbonden en de tandartsen, deze ook omgezet in een zeer gedetailleerde tekst. Zij hebben die ontvangen net voor 3 juli. We hebben die besproken op 3 juli en zullen die nog verder bespreken.

Voor alle duidelijkheid, dit is een tussenstand. Deze tien aanpassingen vormen geen exhaustieve lijst. We kunnen over alle andere punten ook nog overleggen. Ik zie de organisaties van artsen en tandartsen

en de ziekenfondsen terug op vrijdag 11 juli, voor de achtste keer.

Er wordt dus wel degelijk overlegd. Dat overleg vertrekt uiteraard vanuit het regeerakkoord. Het regeerakkoord heeft een kader vastgelegd voor het domein waarin deze hervorming speelt. Het regeerakkoord spreekt, wanneer het gaat over supplementen, over alle sectoren en de zorgverleners, in één hoofdstuk. Dat verwijst inderdaad naar de problematiek van de nomenclatuurnieuwvorming en de ziekenhuisfinanciering. In een ander hoofdstuk gaat het over het conventiemodel in de brede zin, voor iedereen die te maken heeft met een conventie. Dat betreft alle zorgverleners in alle sectoren. Als het conventiemodel wordt herdacht - ik ga ervan uit dat iedereen het erover eens is dat dit nodig is - om het te versterken, dan moet men ook nadenken over de mogelijkheden voor niet-geconventioneerden om ereloonsupplementen aan te rekenen.

Het regeerakkoord legt een zeer duidelijk kader vast inzake de timing, de scope, de doelstelling van de herziening van het conventiemodel en de aanpak van de handhaving. Daarbij is mij gevraagd om tegen begin 2026 een operationeel actieplan klaar te hebben. Ook de hervorming van de nomenclatuur en van de ziekenhuisfinanciering moet in de loop van 2026 afgerond zijn.

Ik denk dat we ons aan die timing moeten houden, maar ik ben iets voorzichtiger, omdat ik weet dat dit moeilijke hervormingen zijn, waarbij alles met alles samenhangt. Daarom pak ik de excessen, zoals ze in het regeerakkoord worden genoemd, en het organiseren van een harmonisering niet meteen aan, hoewel het regeerakkoord dat eigenlijk voorstelt. Ik stel voor om de uitvoering tot het jaar 2028 uit te stellen. Ik denk ook dat ik dat heb verduidelijkt in de teksten die nu voorliggen. Daarover kon twijfel bestaan, omdat in de initiële teksten sprake was van koninklijke besluiten die sneller zouden kunnen worden genomen. Dat dit aanleiding gaf tot onzekerheid die niet nodig en niet nuttig is, geef ik graag toe. Het is nu duidelijk. Het is 1 januari 2028

Ik lees en hoor dat men beweert dat we het overlegmodel zouden uithollen. Ik denk dat dat echt niet klopt. Het voorontwerp brengt eenvormigheid in de regels die gelden bij het tot stand komen van akkoorden en overeenkomsten. Vandaag verschillen die regels sterk tussen enerzijds de artsen en tandartsen en anderzijds de kinesitherapeuten, de logopedisten, de vroedvrouwen enzovoort. Dat maakt de huidige wetgeving hopeloos ingewikkeld. Daar komt nu verandering in.

Er komt ook meer duidelijkheid over hoe die kalender wordt georganiseerd. In de fundamentele verhouding tussen de overheid en het overleg verandert er ten gronde niets. De overeenkomsten- en akkoordencommissies, waarin de beroepsorganisaties van zorgverleners en de ziekenfondsen zetelen, zijn aan zet voor het tot stand brengen van akkoorden. Voor de artsen zijn dat de artsensyndicaten en de ziekenfondsen die paritair de inhoud van een akkoord in de Medicomut kunnen en moeten onderhandelen. De minister zit daar niet aan tafel.

Alleen wanneer zij er niet in slagen, wat we uiteraard niet graag zien, treden er mechanismen in werking die als een vangnet voor de tariefzekerheid dienen. In eerste instantie is dat het Verzekeringscomité. Als dat niet slaagt, kunnen de minister van Sociale Zaken en de regering een voorstel voor tariefafspraken op tafel leggen. Ook dat is absoluut niet nieuw. Dat wordt gepreciseerd en er wordt een kalender vooropgesteld die een beetje preciezer is dan in het verleden. Dit wordt geüniformiseerd over de sectoren heen, maar het is volstrekt niet nieuw.

Er heerst het idee dat de regering ingrijpt, maar dat bestond al en wordt nu gewoon in een meer uniforme en preciezere kalender gegoten. Het principe dat de regering uiteindelijk een soort vetorecht heeft aan het einde van het traject, bij de opmaak van de begroting voor de ziekteverzekering, bestaat al sinds 1994. Daar verandert niets aan.

Ik begrijp dat daar veel bezorgdheid over bestaat, maar er verandert niets aan. Ik begrijp dus ook dat men telkens opnieuw vragen stelt over de onafhankelijkheid van de artsenvakbonden en de vrije keuze van artsen om al dan niet tot de conventie toe te treden. We willen die volledig vrijwaren. Het overleg heeft een belangrijke doelstelling, namelijk tariefakkoorden bereiken die billijk zijn en waar voldoende zorgverleners zich bij aansluiten. We moeten dat meer aanmoedigen, zoals ook in het regeerakkoord staat. Het is niet onlogisch dat de organisaties daarvoor ook financieel in beperkte mate mee geresponsabiliseerd worden. Laat ons dat ruimer bekijken dan alleen de logopedie, de kinesithérapie, de vroedvrouwen enzovoort. We mogen niet vergeten dat artsen een bijzonder grote verantwoordelijkheid dragen voor de gezondheid van de mensen, maar ook op budgettair vlak. Zij

beheren immers 12 miljard euro.

Zij moeten akkoorden helpen tot stand brengen met een brede en zeer diverse achterban. Het is belangrijk dat we van hen verwachten dat ze die achterban ook overtuigen om toe te treden tot akkoorden. In een aantal sectoren is er al in een parameter, namelijk het aantal geconventioneerden, in de financiering van de beroepsorganisaties voorzien. Ik verwees al naar de vroedvrouwen, de kinesitherapeuten en de logopedisten, maar ook de apothekers en de orthopedische technologen moeten worden vermeld. We willen dat nu uitbreiden naar artsen en tandartsen. Het gaat om één parameter, naast andere. De totale financiering blijft uiteraard gebaseerd op een vaste basisbijdrage per organisatie. Daar komt nu een extra parameter bij.

We houden rekening met het aantal leden, het aantal stemmen bij de verkiezingen en een parameter die verband houdt met de conventionering. Om echter duidelijk te maken dat het slechts een beperkt deel van de subsidies betreft van de organisaties – dat dus slechts een beperkte modulering tot gevolg heeft – heb ik op 26 juni gezegd om dat te beperken tot 20 % van de tegemoetkoming. Daarmee geven we het conventiemodel een nieuwe toekomst, in plaats van het te verzwakken of af te schaffen.

Artsen kunnen vandaag inderdaad kiezen of ze al dan niet toetreden tot een akkoord. Het is evenzeer een vrij beroep. De individuele vrijheid wordt niet in vraag gesteld. De keuze om zich al dan niet te conventioneren wordt dus niet opgelegd. We willen dat wel sterker ondersteunen. Het voorontwerp voorziet dat bepaalde premies, zoals de telematica-premie of de geïntegreerde praktijkpremie, enkel kunnen worden toegekend aan geconventioneerde zorgverleners. Die vorm van ondersteuning vinden we belangrijk. We mogen immers niet vergeten dat zorgverleners hun beroep uitoefenen op basis van een zeer ruime, om niet te zeggen massieve, terugbetaling via de sociale zekerheid. De doelstelling van die terugbetalingen – en van de investering die de sociale zekerheid in hen doet – is uiteraard het waarborgen van voorspelbare en betaalbare tarieven. We kunnen daarover van mening verschillen, collega's. Ik denk echter dat zorgverleners die die sociale doelstelling ter harte nemen en zich om die reden strikt houden aan een akkoord, ook extra steun mogen ontvangen.

Wat betreft de ereloon-supplementen – dat kwam ook ter sprake in de vragen – herhaal ik dat een beperking daarvan uiteraard geen op zichzelf staande maatregel is. Die moet worden bekeken in samenhang met een hele reeks andere maatregelen. Men kan dat niet los zien van de besprekingen over het bredere akkoordensysteem, de herziening van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het is van groot belang – en ik heb dat engagement ook uitdrukkelijk aangegaan – dat de herziening van de officiële tarieven ertoe leidt dat artsen correct worden vergoed. Vandaag zijn er grote verschillen tussen disciplines, die moeilijk te verantwoorden zijn.

Daarnaast moet deze hervorming er ook voor zorgen dat ziekenhuizen correct en voldoende worden gefinancierd. Ik heb daarover een heel duidelijk engagement.

De basisfinanciering via het budget voor financiële middelen moet dan voldoende zijn om de ziekenhuisactiviteit volledig te financieren, zonder dat men van bij de start opnieuw een beroep moet doen op afdrachten, erelonen of ereloon-supplementen. Het startpunt van die nieuwe financiering moet er dus voor zorgen dat men kan vertrekken zonder dat meteen weer afdrachten moeten worden geheven op ereloon-supplementen of op erelonen. Dat is een zeer belangrijk engagement, dat ik ook duidelijk heb gegeven en op papier heb gezet. Het regeerakkoord stelt dat we eigenlijk niet hoeven te wachten daarop en dat we op korte termijn al excessen moeten bestrijden, op korte termijn of intussen. Ik wil dus wel even wachten.

Men vraagt mij wat excessen zijn. Sta mij toe daarover niet te improviseren. We zijn dat nu net aan het bespreken en we moeten het verder bespreken. Ik ga de voorbeelden niet herhalen, ik heb die al tot in den treure gegeven. Er zijn verschillen tussen ziekenhuizen die men niet kan verklaren. Ik heb daarvoor tot nu toe nog nooit een verklaring gekregen. Het gaat om verschillen die toch nopen tot het nodige ingrijpen. Dat kan men doen door met percentages een limiet te voorzien op de ereloon-supplementen die men kan vragen.

Iemand vroeg mij of ik de ereloon-supplementen helemaal wil afschaffen. Neen, absoluut niet. Het principe dat men ereloon-supplementen kan vragen en het principe dat men al dan niet kan toetreden tot een conventie blijven behouden. Daaraan verandert niets. Wel is er meer tariefzekerheid nodig, een zekere harmonisering, grotere helderheid en meer voorspelbaarheid voor de patiënten.

Het is vooral van belang dat het overleg, de onderhandelingen en de beslissingen over de nieuwe officiële tarievenstructuur, dus de nieuwe nomenclatuur en de officiële tarieven die daarbij horen, echt worden opgestart. We willen dat doen vanaf begin 2026, met de bedoeling om dit af te ronden in 2026. Men moet dan natuurlijk wel van elkaar weten wat die tarieven betekenen. Zijn die inderdaad de spil van het systeem of niet?

Mevrouw De Knop, u hoort het, dat verandert eigenlijk omzeggens niets ten gronde aan onze filosofie van de individuele autonomie, de keuzevrijheid van de arts, zeker wanneer het gaat over voorschrijven en professionele autonomie. Dat is niet iets wat we met dit ontwerp veranderen.

Mevrouw Merckx, u stelde een vraag over medicijnen, maar ik stel voor dat ik daarop straks terugkom. Er is straks een actuadebat daarover.

01.07 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, de rode draad door al uw antwoorden van de voorbije weken op de gestelde vragen is eigenlijk steeds dezelfde. U ontwijkt, u vertraagt, u minimaliseert, u verdrinkt de vis in allerhande details, terwijl de zorgsector - vooral de artsen - het werk neerlegt. De syndicaten vertrouwen u niet meer. U blijft vasthouden aan uw technisch, technocratisch verhaal dat volledig losstaat van wat er in de realiteit op het terrein gebeurt of van de gevoeligheden die daar leven.

Het was 25 jaar geleden dat artsen het werk neerlegden. Zij doen dat niet uit gemakzucht, mijnheer de minister, maar omdat ze worden verstikt door regeltjes, door misprijzen, door een gebrek aan respect. Uw enige reactie daarop zijn vage verwijzingen naar overleg. Mijnheer de minister, wat is overleg volgens u eigenlijk? Is dat zeven keer aan dezelfde tafel zitten? Dan heb ik met heel veel mensen overleg. Is overleg luisteren naar uw monoloog? Nee, mijnheer de minister, overleg is vooral luisteren, luisteren naar de bekommernissen van de mensen die het kunnen weten, van mensen die weten hoe het er op het werkveld echt aan toegaat, luisteren naar de ervaringsdeskundigen. U denkt dat u de waarheid in pacht hebt, maar luister toch eens naar de mensen die het kunnen weten.

Overleg is in onze ogen vooral luisteren, wat u waarschijnlijk niet doet, tenzij u zegt dat de artsen liegen. Dan moet u ook eerlijk zijn. Dan moet u zeggen dat de artsen liegen. Ik heb daar mijn twijfels over. Ik denk eerder dat het overlegmodel in uw ogen nogal benepen is.

Mijn vraag over de ereloonsupplementen hebt u eigenlijk niet echt beantwoord. U hebt het onderwerp heel even aangeraakt, maar niet in de zin zoals ik het bedoelde. We weten dat het vooral Brusselse en Waalse ziekenhuizen zijn waar de supplementen de pan uit swingen, tot 300% wordt daar gevraagd. Vooral de Waalse en Brusselse ziekenhuizen dreigen dus in de problemen te komen. In de regeringsverklaring zegt u: "In afwachting van een hervorming zal ik een overgangsmaatregel voorzien." Ik stel mij dan toch de vraag of de Vlaamse ziekenhuizen, die echt hun best doen om het hoofd boven water te houden en de tering naar de nering zetten, niets zullen krijgen, omdat ze hun best doen en zogezegd niets nodig hebben.

De Waalse en Brusselse ziekenhuizen die tot 300 % ereloonsupplementen aanrekenen, zult u daarentegen – met een overgangsmaatregel – nog belonen voor hun inefficiënt werk. Dat gaat er bij mij niet in. Als dat zo is, dan is dat een discriminatie van de Vlaamse ziekenhuizen. Dat is totaal onaanvaardbaar en meteen ook weer de zoveelste transfer van Vlaanderen naar Franstalig België.

Ik hoor u niets zeggen over de indexatie van de lonen van de zorgverstrekkers. Daar zwijgt u in alle talen over. Dat zegt op zich ook al genoeg.

Mijnheer de minister, er is heel wat meer werk aan de winkel dan wat u nu voorstelt. Ik heb het al gezegd in de plenaire vergadering: u verandert slechts punten en komma's en u verwijst naar overleg dat eigenlijk geen overleg is. U durft zelfs niet in debat te gaan met de artsen, bijvoorbeeld in programma's als *Terzake*. U zit daar het liefst alleen, zodat er geen tegenspraak kan zijn en u niet hoeft toe te geven dat u eigenlijk fout zit.

U zegt zelf dat alles aan elkaar hangt. Dat is juist, mijnheer de minister. Alle hervormingen hangen samen: de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de hervorming van de nomenclatuur, de herziening van de conventies enzovoort. Toch komt u hier op de proppen met hier en daar een trofee

die u wilt binnenhalen.

Ik heb daar zo mijn bedenkingen bij. Ik denk dat u inmiddels wel al doorhebt dat u tegen het einde van de legislatuur niet zult binnenhalen wat u zou willen binnenhalen. De ziekenhuisfinanciering stuit waarschijnlijk op heel wat moeilijkheden, de hervorming van de nomenclatuur zal ook niet van de poes zijn en de herziening van de conventies zal u geld kosten. Dat wilt u natuurlijk ook niet.

Ik denk dus dat u een paar socialistische trofeetjes wilt binnenhalen, op kap van de zorgverstrekkers en vooral ook op kap van onze patiënten. Mijnheer de minister, wij zullen alle democratische middelen gebruiken om dat niet toe te laten. Dank u.

01.08 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden. Het valt me op hoezeer u probeert het probleem te downsize. Ik begrijp dat. In uw plaats zou ik wellicht hetzelfde doen. Maar de essentie is dat u niet zegt dat u misschien te snel bent geweest; dat u misschien te voortvarend bent geweest. U zou de kaderwet even aan de kant kunnen leggen tot u de twee hervormingen, die noodzakelijk zijn om een doorstart te kunnen maken in de gezondheidszorg, alle kansen hebt gegeven. Dat zegt u niet.

Ik hoor u zeggen op welke punten en komma's u de kaderwet wil bijschaven. Een positief ingestelde persoon kan dan zeggen dat dat heel goed is en het glas halfvol zien. Maar er zijn veel mensen die het glas halfleeg zien. Sta me toe te zeggen dat er in de sector heel wat pessimisme is over uw intenties. We zien dat u eigenlijk een kaderwet gemaakt hebt die een zeer bittere pil is voor heel veel zorgverleners, voor heel veel artsen, zowel geconventioneerde als niet-geconventioneerde. U bent nu die bittere pil een beetje kleiner aan het maken, maar het blijft een heel bittere pil die moeilijk doorgeslikt kan worden. Met andere woorden, het zou constructief zijn als u die kaderwet nu even aan de kant zou leggen.

Ik heb u ook gevraagd of u bereid bent de sector gerust te stellen en te zeggen dat u de kaderwet aan de kant legt. Maar u zegt dat u vrijdag, of de Dag van de Vlaamse Gemeenschap, er nog eens over samen zult zitten, om nog een beetje te vijlen aan diezelfde tekst. Dat is zeer verontrustend.

Ik heb heel goed geluisterd en ik heb geprobeerd te noteren welke punten bijgeschaafd worden. Op het vlak van de ereloonsupplementen zegt u echter heel weinig. Ik heb u vooral horen zeggen dat u ervoor wil zorgen dat het van kracht worden van de maatregel pas in 2028 zou starten. Ik heb u niet horen zeggen dat u bereid bent dat plafond weg te werken.

Ik heb u ook horen zeggen dat u de regering wil toelaten het maximumpercentage te verhogen, maar dat u dat niet in de wetgeving zult inschrijven. U zult dus een minimum minimum vastleggen in de wetgeving.

We hebben hier niet uitgebreid de tijd om op alle details van uw antwoord in te gaan. Ik vind de actualiteitsdebatten in die zin een beetje vreemd. Uiteraard zou ik graag met u de tien punten overlopen die u hebt opgesomd en in detail proberen te begrijpen wat u precies bedoelt met "de partiële conventie blijft behouden", wat u bedoelt met het feit dat sectoren zelf kunnen beslissen over de modaliteiten van hun financiering enzovoort, maar ik vrees dat de tijd daarvoor nu te beperkt is.

Mevrouw de voorzitter, we zouden echt een manier moeten vinden om op een grondige manier te spreken over een voorontwerp van wet, waarvan u zegt dat het geen voorontwerp is, mijnheer de minister, terwijl het wel bij alle partners op tafel ligt en terwijl wel duidelijk blijkt dat u die tekst als basis voor uw overleg neemt. Het is jammer dat we in het Parlement niet op basis van die tekst kunnen argumenteren.

Ik dank u voorlopig, maar we komen zeker nog op die problematiek terug, vrees ik.

01.09 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, 'in alle sectoren worden supplementen beperkt'. Dat zinnetje staat in een paragraaf over de ziekenhuizen. Ervoor en erna gaat het duidelijk over ziekenhuizen. Ik vind het intellectueel oneerlijk om dat naar de ambulante zorg door te trekken. Ik denk niet dat het de bedoeling is van het regeerakkoord om dat op die manier te lezen.

Het feit blijft dat supplementen vandaag noodzakelijk zijn om een ontoereikende financiering te

compenseren. Het zijn privéverzekeringen. Het is de patiënt die moet bijpassen. U wilt dat nu beperken, zonder al te zeggen wat de toekomst zal brengen. U wilt dat niet nu maar in de toekomst beperken, maar we weten nog niet hoe de toekomst eruit zal zien.

Dat er hervormingen nodig zijn, is absoluut zo, maar u kunt toch niet vragen dat we blind gaan instemmen met iets waarvan we nog niet weten hoe het er zal uitzien? We moeten nu blind grenzen gaan vastleggen voor een nieuwe realiteit die we nog niet kennen. Dat is echt veel gevraagd, ook voor zorgverstrekkers, die daarover bezorgd zijn.

U zegt dat u die grenzen nu al moet bepalen, omdat u niet wilt dat er achteraf te veel vrijheidsgraden zijn, maar ik denk dat de realiteit dat tegenspreekt. Mijnheer de minister, in disciplines waar toereikende tarieven gelden, is de conventiegraad ook heel hoog. Daar houdt men zich aan de officiële tarieven. Ik denk echt niet dat u zich daar zorgen over hoeft te maken. Ik ben ervan overtuigd dat dit deel van de hervorming gerust samen kan gaan met de herziening van de tarieven en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

01.10 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour vos réponses dont je prends acte.

Les Engagés attendent de l'État qu'il garantisse aux hôpitaux des compensations financières claires et substantielles afin d'éviter un effondrement silencieux de notre système hospitalier. Monsieur le ministre, vous venez de répondre que vous vous y êtes engagé.

Les Engagés défendent la liberté de conventionnement et la pratique mixte, car les cabinets privés sont essentiels à l'accès aux soins: ils complètent le travail hospitalier et jouent un rôle crucial d'accès aux soins, en particulier dans les zones rurales.

Vous avez récemment fait preuve d'ouverture sur les quotas INAMI, ce pourquoi je vous remercie. Vous venez de confirmer que vous allez maintenir le déconventionnement partiel pour les médecins et les dentistes. C'est déjà un pas dans la bonne direction.

Oui, une réforme est nécessaire pour éviter une médecine à deux vitesses, mais surtout pour maîtriser les coûts des soins de santé. Elle est inscrite dans l'accord de gouvernement. Elle doit être équitable, transversale et concertée. Elle ne peut ignorer les autres soignants, qui sont indispensables à la qualité de la prise en charge. Avec la réforme, n'oubliez pas le personnel soignant hospitalier non lié à la nomenclature; je pense notamment aux infirmières et aux aides-soignantes.

Il faut s'assurer que cette réforme bénéficie à tous. Il faut absolument trouver un équilibre. Il ne faut pas oublier que tous les soignants à l'hôpital n'ont pas un numéro INAMI et ne bénéficieront donc pas directement d'une réforme sur leur salaire liée à la nomenclature. C'est pourquoi nous vous demandons, monsieur le ministre, d'organiser au plus vite de véritables assises de la santé, réunissant tous les professionnels du soin, pour garantir une réforme non seulement techniquement réussie, mais surtout acceptée, portée par le terrain et qui répond à leurs besoins.

01.11 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik ben redelijk ongerust na uw antwoord. U zegt eigenlijk dat u geen voorstander bent van het op termijn afschaffen van ereloonsupplementen, hoewel die ereloonsupplementen op zich de basis zijn van de geneeskunde met twee snelheden waarmee we vandaag te maken hebben. Waarom moet een heuoperatie bijvoorbeeld de ene keer zoveel euro kosten en een andere keer twee of drie keer zoveel? Dat is toch niet normaal? Dat is nu net het probleem.

U zegt nu echter dat er geen oplossing komt voor 2028 en dat er geen afschaffing van de ereloonsupplementen komt. Intussen heb ik nog steeds geen antwoord op de verontrustende berichten die de laatste tijd in de media verschenen zijn. Die berichten wijzen erop dat u openstaat voor een verhoging van de remgelden, enerzijds op medicatie en anderzijds zelfs op consultaties. Solidaris heeft daar zelfs een petitie tegen gestart, om ervoor te zorgen dat de patiënt in dit hele verhaal niet vergeten wordt. De vraag blijft immers wie dat zal betalen. Heel veel mensen staan open voor hervormingen, maar niet voor besparingen. Dat is nu net het probleem van de regering: dat u vasthoudt aan een besparingslogica.

Dat is ook de reden waarom er gisteren zoveel huisartsen hebben gestaakt. Dat ging niet alleen over de ereloonsupplementen, maar onder andere ook over de telefonische consultaties. Huisartsen staan onder enorme druk, maar wat is vandaag de investering die de regering in de huisartsen doet? Ze krijgen geen positief signaal. Ik denk dat dat duidelijk moet zijn: ja tegen hervormingen, nee tegen besparingen.

De komende jaren zullen opnieuw miljoenen en miljoenen euro's, zelfs honderden miljoenen euro's, gezocht moeten worden, en u zegt telkens opnieuw dat er besparingen op tafel moeten komen, want anders komt u er niet. Zo komen we er echt niet. Wat we moeten doen, is hervormen en investeren, zoals ook het personeel van het UZ Gent gisteren duidelijk heeft gemaakt.

01.12 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, si votre dernière version de la loi-cadre rencontrait totalement les préoccupations des prestataires de soins, sans doute n'y aurait-il pas eu de grève hier. Si la grève a été maintenue, c'est que manifestement nous ne sommes pas encore arrivés à une entente suffisante sur un certain nombre de points. Quand on fait des réformes qui sont certes nécessaires, mais qui concernent l'autonomie professionnelle et la liberté du patient, la concertation doit devenir une véritable co-construction. Il reste donc encore un certain progrès à faire dans le sens que vous donnez au mot concertation.

Si la grève s'est déroulée hier, c'est notamment parce qu'on touche à quatre points que je citerai brièvement. Il y a tout d'abord le déconventionnement partiel. Vous dites maintenant que vous le maintenez. Très bien, félicitations! Mais de quel déconventionnement partiel s'agit-il? Si c'est un déconventionnement partiel qui fixe des jours, cela n'a pas de sens. Cela va entraîner la suppression d'un certain nombre de consultations en ambulatoire, engorger les hôpitaux, provoquer un désinvestissement du corps académique, ce qui est assez regrettable par rapport à la qualité des soins, et aggraver les délais de consultation. Un déconventionnement partiel doit garder un minimum de flexibilité, sinon il ne rencontre pas son objectif.

Un deuxième élément, ce sont les 20 % de financement liés au conventionnement. J'entendais le Pr Gillet, qui n'est pourtant pas suspect aujourd'hui, expliquer que c'est un peu comme si on finançait les partis politiques en fonction du fait que l'opposition vote au moins 20 % des projets de la majorité. Non! En fait, ce n'est pas une question de pourcentage. C'est une question de principes, de droit syndical tout simplement, comme je vous l'ai déjà indiqué antérieurement. Il me semble que cette façon de procéder n'est pas compatible avec le respect d'un certain nombre de principes fondamentaux.

Ensuite, pour ce qui concerne la suspension du numéro INAMI, je constate qu'on progresse, mais il faut que cela se fasse toujours dans le cadre d'une procédure contradictoire avec le respect du droit de la défense.

Enfin, je conclus sur les suppléments d'honoraires. On est vraiment là dans l'irrationalité! Fixer dans la loi des suppléments d'honoraires sur la base de la nomenclature actuelle et du financement des hôpitaux actuel, en disant qu'on les appliquera en 2028, à un moment où normalement le financement des hôpitaux et la nomenclature ne seront plus ce qu'ils sont aujourd'hui, est complètement irrationnel. Fixer d'ores et déjà des pourcentages sur une base qui n'existera plus quand elle sera appliquée, cela n'a aucun sens!

Je pense donc qu'il faut garder l'idée de lier la fixation des suppléments d'honoraires – dont je suis un partisan – à l'effectivité d'une nouvelle nomenclature et d'un nouveau type de financement des hôpitaux, sinon on s'engage aujourd'hui sur une base qui n'existera plus en 2028.

Par ailleurs, je rappelle que les suppléments d'hôpitaux sont payés par les compagnies d'assurance et par les mutuelles, et pas par le patient. Ce sont ainsi plus de 90 % des suppléments d'honoraires qui, aujourd'hui, ne sont pas payés par le patient. Cela signifie que toute restriction des suppléments est à chaque fois un énorme cadeau consenti aux compagnies d'assurance et aux mutuelles. Je me permets quand même d'émettre une certaine réserve par rapport à cette méthode.

01.13 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, we zijn trots op de toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare gezondheidszorg in België. We zijn het er ook allemaal over eens dat om die gezondheidszorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te kunnen houden, we hervormingen en investeringen nodig hebben. Dat staat in het regeerakkoord. We moeten investeren en hervormen,

onder meer om de tariefzekerheid voor onze patiënten te bewaren, om te zorgen voor een zekere voorspelbaarheid van de gezondheidsfactuur voor wie zorg nodig heeft, zorg die we absoluut willen kunnen geven.

Daarvoor moeten we hervormen. Tot daar zijn we het allemaal eens. Die hervormingen moeten ook concreet gemaakt worden. Er zijn een aantal grote werven in de gezondheidszorgsector, net zoals in andere sectoren in onze samenleving. De oefening van de herijking van de nomenclatuur loopt al meer dan vijf jaar, samen met andere actoren, zoals onderzoekcentra, universitaire centra, beroepsorganisaties, artsen en specialisten. Laat ons die oefening afwerken.

Ook over de ziekenhuisfinanciering en de hervorming van het ziekenhuislandschap loopt de oefening. Elke keer is er discussie als het concreet gaat over zorg als het kan en gespecialiseerde zorg als het nodig is, maar laat ons die oefening maken. We moeten dat doen. Vandaag nog schrijft een CEO van een ziekenhuis dat we in België 20 ziekenhuizen te veel hebben. We moeten het daar zelfs niet mee eens zijn, maar het toont wel aan dat we een aantal zaken moeten hervormen in de ziekenhuissector. Op sommige afdelingen hebben we bedden te veel en op andere te weinig. Dat weten we. Laten we daar ingrijpen. Laten we ook naar andere zaken kijken, zoals de hervorming van de verpleegkundig beroep, de zorgladder zoals dat wordt genoemd. We zullen al die handen aan het bed nodig hebben, maar we moeten die hervormingen wel durven doorvoeren.

Mijnheer Bacquelaine, Vooruit wil inderdaad nu ook al een kader creëren voor de supplementen, want we kunnen niet gewoon beslissen om een herijking van de nomenclatuur te doen, wat betekent schuiven van het ene naar het andere, tenzij men beslist om dat naar boven te doen, wat de groeinorm niet toelaat. We moeten dus een kader creëren om te vermijden dat men twee keer langs de kassa passeert. Dat gaat niet, dus men heeft daar een kader voor nodig. Over de hoogte van dat kader kan men discussiëren, maar we hebben een kader nodig, ook voor de ambulante sector die onder meer actief is in de ziekenhuizen. We hebben dat nodig.

Moet dat in overleg afgesproken worden? Natuurlijk moet dat in overleg afgesproken worden. Wordt er overlegd met alle gezondheidszorgberoepen? Ja. Iedereen die in het Verzekeringscomité vertegenwoordigd is - en dat is ongeveer iedereen - is betrokken bij het overleg. Het Verzekeringscomité heeft zijn advies kunnen geven en zal dat ongetwijfeld opnieuw doen, op vraag van de minister en de regering of op eigen initiatief.

Overleggen moeten we doen. Laten we het overlegmodel echter ook eren en soigneren. Men mag overleggen, de akkoorden- en conventiecommissies kunnen hun taken blijven uitvoeren. Daar wordt niet aan geraakt. Laten we echter ook intellectueel eerlijk zijn. Ik hoor hier vragen of de conventie afgeschaft wordt. In welke tekst staat dat dan in godsnaam? Ik heb hier gelukkig niemand meer horen spreken over staatsgeneeskunde, die demagogie zijn we gelukkig al voorbij. Iedereen beseft dat het daar niet over gaat. Laten we effectief verder gaan er durven. We zullen hier en daar moeten hervormen.

Verandering roept weerstand op, dat geldt in elke sector. We moeten echter veranderen en hervormen, met het oog op het bewaren van ons goede systeem van gezondheidszorg. Dat is ons aller verantwoordelijkheid.

01.14 Kathleen Depoorter (N-VA): Collega's, in de zorg moet er inderdaad hervormd worden. Daar hebben we een afspraak over gemaakt. Die afspraak is het regeerakkoord. Ik bekijk het regeerakkoord echter niet met de ogen van Vooruit, maar met de ogen van Arizona. Dan kijk ik heel graag naar wat daar eigenlijk in staat en wat er niet in staat.

Mijnheer de minister, als u het hebt over de ereloonsupplementen en de excessen daarin, dan staat dat er inderdaad in. In de ziekenhuizen. Dat staat heel duidelijk op pagina 107 van het regeerakkoord. Als u het hebt over maximumtarieven, die staan er ook in, bij geconventioneerde artsen. Dat staat op pagina 110 van het regeerakkoord.

Als we het dus hebben over intellectueel eerlijk zijn, moeten we het hebben over de afspraken die we gemaakt hebben. Dan kunnen we niet beginnen te discussiëren over zaken waar we in de onderhandelingen over het regeerakkoord acht maanden lang over gediscussieerd hebben en die wel op tafel hebben gelegen, maar in het regeerakkoord niet weerhouden zijn. Daar moeten we toch

intellectueel eerlijk over zijn, mijnheer de minister?

Een vraag waar ik ook heel weinig antwoord op krijg, betreft die 600 miljoen van de verzekeringen. Dat zijn privémiddelen, middelen van de mutualiteiten, middelen van de verzekeraars. Wie zal die betalen? Waar gaat u met die middelen naartoe? Zijn het de mutualiteiten die we hier het rijk aan maken zijn of hoe gaat u daarmee om? U geeft daar geen antwoord op.

U hebt het zelf gezegd, mijnheer de minister, de ziekenhuisfinanciering, de hervorming van de nomenclatuur en het aanpakken van de ereloonsupplementen zijn inderdaad zaken die met elkaar samenhangen. Als we intellectueel eerlijk willen zijn, moeten we die discussies ook samen voeren. Er zijn in deze kaderwet alvast stappen gezet, maar we zijn er nog niet. Er is nog overleg nodig.

01.15 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil nog kort tussenkomen over een feitelijk punt. Daarna heeft mevrouw Depoorter uiteraard nog haar wederwoord. Er bestaat een enorm misverstand over die 600 miljoen, of welk bedrag het ook precies is. Dat cijfer is het resultaat van een bevraging over ereloonsupplementen in ziekenhuizen. Het huidige gemiddelde ligt onder het plafond dat ik voorstel.

Men moet mij dan uitleggen waarom er per definitie minder dan 600 miljoen zou worden opgehaald als het gemiddelde onder het voorgestelde plafond ligt. Het kan zijn dat ik mij vergis en dat er iets bijzonders aan de hand is waardoor men, zelfs met een plafond boven het gemiddelde, plots veel minder opbrengst heeft. Het kan zijn dat ik mij vergis.

De idee dat er zomaar 600 miljoen verloren zou gaan, is dus vreemd. Ik heb de ziekenhuiskoepels gevraagd om dat uit te leggen, met cijfers en bewijzen op tafel. Als er een limiet wordt voorgesteld die hoger ligt dan het gemiddelde en dat gemiddelde komt overeen met 600 miljoen, waarom zou men dan minder ophalen? Nogmaals, het kan zijn dat ik mij vergis. Ik ben zeker bereid om dat te herbekijken, maar men moet dat dan wel uitleggen.

Stel nu – hypothetisch – dat die beperking er toch toe leidt dat men geen 600 miljoen meer kan ophalen, maar 550 miljoen of nog minder. Het is mogelijk dat ik me vergis om een of andere reden. Misschien klopt de eenvoudige algebra niet. Mijn engagement blijft echter hoe dan ook dat de ziekenhuizen hun financiering krijgen. Sterker nog, ik herhaal – en ik heb dat ook op papier gezet voor de ziekenhuiskoepels – dat wanneer de nieuwe financiering ingaat, zij voldoende basisfinanciering moeten hebben vanaf het begin, zodat er geen enkele afdracht gevraagd hoeft te worden, niet op het basishonorarium en ook niet op het supplement. Die twee zaken moeten toch wel in overweging worden genomen.

Omdat ik echt niet begrijp waarom men met 125 % plots die 600 miljoen zou verliezen, heb ik de ziekenhuiskoepels gevraagd om dat toe te lichten. Ik heb hen gevraagd om dat te documenteren. Er is wellicht een verklaring. Ik wil ook begrijpen waarom men in het ene ziekenhuis een maximum van 300% nodig acht, terwijl in een ander ziekenhuis helemaal niets nodig blijkt te zijn. Mogelijk ontgaan mij bepaalde zaken, maar dan moet men mij dat uitleggen.

Mevrouw Depoorter, tot slot wil ik zeggen – en dat zonder te willen polemiseren – dat het argument dat die 600 miljoen weg is volgens de eenvoudige algebra helemaal niet opgaat, wel integendeel. Ik kan me echter vergissen.

01.16 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het gaat om cijfers die berekend zijn. Dat bewijst toch enigszins dat u hier nattevingerwerk hebt geleverd.

01.17 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nee.

01.18 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U hebt zelf de cijfers niet.

01.19 Minister **Frank Vandenbroucke**: Jawel, we hebben die cijfers wel. Ik heb ze alleen niet per ziekenhuis.

01.20 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U komt hier met een voorstel, maar u beschikt niet over de nodige cijfers.

Ik heb nog een tweede punt, mijnheer de minister. De verzekeringen betalen ereloonsupplementen tot 200 % terug. Als we het dan hebben over 600 miljoen euro bij een limiet van 125 %, zoals u voorstelt, dan spreken we nog altijd over honderden miljoenen euro's.

Ten derde, u bent als socialist, zo zegt u toch, altijd zeer begaan met de factuur van de patiënt. Welnu, aan de factuur van de patiënt wordt hier eigenlijk niet geraakt. Het zijn de hospitalisatieverzekeringen die betalen. Zult u er dan ook voor zorgen dat de premies dalen? Zult u daarover met de mutualiteiten onderhandelen? U weet immers toch dat een hospitalisatieverzekering voor iemand op leeftijd heel duur wordt. Volgens u is dat niet meer nodig.

Ik vind dat u echt wel een loopje neemt met de verschillende facetten van deze discussie, mijnheer de minister. U weet zeer goed dat het gaat over 600 tot, volgens sommige berekeningen, zelfs 800 miljoen euro. U komt naar de Kamer met cijfers die u zelf niet hebt – cijfers die u nog moet opvragen bij de ziekenhuiskoepels – en dan beweert u dat alles correct is berekend.

01.21 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil dat even verduidelijken, als ik mag. Ik wil niet polemiseren, maar we weten perfect, op basis van enquêtes, wat de som is. Dat weten we. Die som kunnen we uitdrukken als een gemiddelde op de erelonen en dat gemiddelde is lager dan die 125 %. Dat weten we perfect.

Wat ik niet weet, is waarom men in sommige ziekenhuizen zegt dat men veel meer nodig heeft. Dat weet ik niet. Daarom heb ik de ziekenhuiskoepels gevraagd om dat uit te leggen. Misschien vergis ik mij, maar dat ze me dat dan uitleggen. Daarom heb ik expliciet aan de ziekenhuiskoepels gevraagd om per ziekenhuis toelichting te geven.

Hoeveel opdrachten hebt u op de supplementen? Wat betekent dat voor uw ziekenhuis? Hoeveel opdrachten hebt u op het basishonorarium? Ik kan mij immers voorstellen dat er ziekenhuizen zijn met veel opdrachten op veel supplementen en weinig op het basishonorarium. Daardoor wordt het natuurlijk veel interessanter om in zo'n ziekenhuis te werken dan in een ander. Is dat dan zo gezond? Dat weet ik niet. Die klaarheid ontbreekt dus volledig, vandaar de vraag die ik stel.

Die 600 miljoen euro is gemiddeld minder dan de limiet die ik voorstel. Ik kan mij vergissen, want ik beschik niet over de gegevens per ziekenhuis. Ik heb die opgevraagd. Men mag mij bewijzen dat dat onleefbaar is. Als dat zo is, dan is er geen enkel probleem.

01.22 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dat bewijst mijn stelling dat u nu aan nattevingerwerk doet. U moet eerst uitklaren hoeveel u precies nodig hebt voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Daarom kunnen die maximumpercentages vandaag nog niet vastgelegd worden. Dat begrijpt toch iedereen?

La **présidente**: Normalement, le débat est terminé.

01.23 **Irina De Knop** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, als er een discussie ontstaat tussen twee regeringspartijen, voel ik mij als oppositielid toch geroepen om daar nog een woordje aan toe te voegen.

We raken hier inderdaad aan de kern van de zaak. De essentie van uw hele hervorming, uw focus op de ereloonsupplementen, houdt in dat er een voordeel voor de hospitalisatieverzekeringen en de mutualiteiten ontstaat. Dat moet uiteraard mee in rekening worden gebracht in het globale overleg en het globale debat. Dat aspect blijft vandaag volledig onderbelicht. Dat zorgt ervoor, mijnheer de minister, dat er nog meer bezorgdheid, ongerustheid en kwaadheid heerst bij die groep artsen die zich in uw hele budgettaire verhaal sterk geïnteresseerd voelt. U bent op zoek naar middelen, maar u kijkt slechts naar één specifieke partij om die te vinden, zonder dat er sprake is van een compensatie.

Ik hoor hier verschillende partijen uit uw regering zeggen dat er absoluut geen sprake kan zijn van uw kaderwet, met de ereloonsupplementen daarin vervat. Het is vandaag bijzonder moeilijk om oppositie te voeren, want de oppositie zit in uw eigen regering. Gelukkig maar zou ik zeggen, want dat zal er hopelijk voor zorgen dat u die wetgeving niet nog voor 21 juli door het Parlement probeert te jagen. Zoals ik het begrijp, is dat inmiddels quasi onmogelijk geworden.

Dat neemt echter niet weg dat u blijkbaar absoluut uw strijd met de ziekenhuizen wilt aangaan. U wilt

volledige transparantie. U wilt dat zij alle kaarten op tafel leggen. U gebruikt de kaderwet en de ereloonsupplementen als pasmunt. Dat is zeer duidelijk. U gebruikt daarvoor de beroepsgroep van de artsen. Eerlijk gezegd vind ik dat een minister onwaardig. Als minister van Volksgezondheid zou u toch een meer pragmatische aanpak kunnen voorstellen.

Tot slot herhaal ik mijn vraag om een uitgebreider debat over deze problematiek en de hervormingen te kunnen voeren. Ik zal met mijn collega's overleg plegen over de manier waarop wij dat op de kortst mogelijke termijn kunnen doen. Het is duidelijk dat de debatten hier in het Parlement moeten worden gevoerd en niet alleen in de media.

La **présidente**: L'invitation à poursuivre la discussion ici tout prochainement est donc lancée, monsieur le ministre.

01.24 **Frank Vandenbroucke**, ministre: (...)

La **présidente**: Vous pouvez constater l'intérêt de tous ici. Je pense que la transparence ici est préférable aux échos glanés çà et là ou, pire, au fait que les gens manifestent leur mécontentement dans la rue. Oui, ils manifestaient leur mécontentement dans la rue. Il y a, je crois, un peu trop de colère en ce moment.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Actualiteitsdebat over het spermadonorschandaal en toegevoegde vragen van

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het spermadonatieschandaal" (56005603C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het toezicht op de fertiliteitscentra door het FAGG" (56005743C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De rapportering door de Belgische fertiliteitscentra aan de ESB" (56005974C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het risico op genmutaties door cryopreservatie van donorsperma" (56005981C)
- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Spermadonatie" (56006004C)

02 Débat d'actualité sur le scandale des dons de sperme et questions jointes de

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le scandale des dons de sperme" (56005603C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La surveillance des centres de fertilité par l'AFMPS" (56005743C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les signalements effectués par les centres de fertilité belges auprès de la banque de sperme ESB" (56005974C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le risque de mutations génétiques dû à la cryopréservation de sperme issu de dons" (56005981C)
- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le don de sperme" (56006004C)

02.01 **Irina De Knop** (Open Vld): In de commissie voor Gezondheid schuiven we nogal gemakkelijk van het ene onderwerp naar een totaal ander onderwerp. Vanochtend hebben we ter zake al een heel interessante hoorzitting gehad met een vertegenwoordiger van een fertiliteitscentrum uit Leuven en met de voorzitter van de Belgian Foundation. Erg interessante mensen. Er heeft ons toen heel wat informatie bereikt, die de scope van het debat toch een beetje verruimt. Dat is erg interessant.

Nu, de vraag die ik had opgesteld, dateert van vlak na de eerdere hoorzitting die we hielden met het FAGG. Ik wil daar toch even dieper op ingaan met u, mijnheer de minister, en u vragen hoe u daar tegenaan kijkt. Ik zal een aantal vragen overslaan, omdat er via de hoorzittingen al antwoorden op gekomen zijn.

Mijnheer de minister, had het FAGG na kennisname van de vrijgave, vanuit het voorzorgsprincipe, niet moeten beslissen niet langer het zaad van deze donor te laten gebruiken door de fertiliteitscentra? Hebt u het FAGG daar al over bevraagd? Wat is het antwoord dat u hebt gekregen?

In mijn schriftelijke versie vroeg ik u ook naar het aantal landelijke overschrijdingen op basis van biovigilantiemeldingen over een aantal jaren. Graag krijg ik een overzicht van de jongste 5 jaren. Vanochtend vernamen we tijdens de hoorzitting dat er alleen al in het UZ Gent 20 tot 30 overschrijdingen zijn op jaarbasis. Dat wil toch zeggen dat er heel wat *rapid alerts* zijn op jaarbasis. In dat geval zouden er over deze specifieke donor toch al eerder alarmsignalen afgegaan moeten zijn?

Zijn er op basis van de biovigilantiemeldingen in de afgelopen jaren al donoren geblokkeerd op niveau van het FAGG? Zo ja, in hoeveel gevallen en in hoeveel centra?

We hebben vanochtend ook uitgebreid gesproken over de correcte toepassing van de zesvrouwenregel. We hebben begrepen dat elk fertiliteitscentrum dit op eigen manier toepaste. We willen graag van u vernemen of volgens u het FAGG correct heeft gereageerd op de toepassing van die zesvrouwenregel.

Verder willen we ook graag begrijpen en daarop kregen we geen helder antwoord van het FAGG tijdens de hoorzittingen, hoeveel inspecties het uitgevoerd heeft in de fertiliteitscentra tussen 30 oktober 2023 en vandaag. Wat waren de bevindingen van die inspecties? Welke aanbevelingen werden geformuleerd?

U verklaarde tijdens de commissievergadering ook dat het sperma van de donor toch nog zou kunnen worden gebruikt bij vrouwen die eerder al een kind hadden gekregen met het sperma van die specifieke donor. Acht u het überhaupt nog wenselijk om dit te doen, na alle informatie die we daarover hebben gekregen, wetende dat de zesvrouwenregel is overtreden en ook wetende wat de genetische afwijkingen van die donor zijn.

Tot daar een aantal vragen naar aanleiding van het donatieschandaal waarvan we onlangs kennis hebben genomen.

02.02 Frieda Gijbels (N-VA): Kort na de onthulling van het donorschandaal werd bekend dat nog twee bijkomende kinderen gelinkt konden worden aan de spermadonor met de erfelijke genmutatie. Dit brengt het aantal bevruchtingen met dat donorzaad op 55. Opvallend is dat de betrokken fertiliteitskliniek aanvankelijk aangaf dat slecht twee gezinnen via hen donorzaad hadden ontvangen, terwijl nu blijkt dat het om minstens vier gezinnen gaat in diezelfde instelling.

Die nieuwe informatie roept vragen op over de volledigheid van de eerdere communicatie en over de opvolging van het dossier, zowel door de kliniek als door het FAGG. Daarbij is belangrijk dat ouders correct, volledig en tijdig worden geïnformeerd, zeker in een gevoelig medisch dossier als dit.

Wanneer werden de betrokken personen, namelijk degenen van wie later bleek dat hun kinderen potentieel het kankergen hebben geërfd, geïnformeerd over het feit dat ook zij te maken hebben met deze donorzaak? Hoe is ontdekt dat het nog meer personen betrof? Zijn we zeker dat het de laatste zijn die boven water zullen worden gehaald?

Voert het FAGG audits uit bij de diensten die betrokken zijn bij het beheer van gegevens met betrekking tot biovigilantie in fertiliteitscentra? Zo ja, sinds wanneer is dat het geval?

Hoeveel interne audits zijn er sindsdien uitgevoerd binnen deze specifieke domeinen? Wat waren de belangrijkste conclusies of observaties van de laatste audit?

Indien er tekortkomingen worden vastgesteld, welke concrete verbeteringsmaatregelen zijn er dan geïmplementeerd en binnen welke termijn? Wie is verantwoordelijk voor de opvolging en validatie van deze maatregelen binnen het FAGG?

Hoe is de governance inzake biovigilantie en inspecties op dit moment georganiseerd binnen het FAGG? Wat is de hiërarchische structuur en hoe verloopt de interne communicatie tussen de

verschillende verantwoordelijkheidsniveau's.

Tijdens een symposium van het FAGG in 2024 werd aangegeven dat het leiding van de cel Biovigilantie momenteel ad interim wordt waargenomen door de directeur-generaal. Sinds wanneer is er geen voltijds departementshoofd meer? Acht u het wenselijk dat het strategisch en operationeel toezicht in deze context door dezelfde persoon wordt uitgeoefend, zeker sedert de recente feiten?

Zult u op basis van deze feiten de interne werking van het FAGG met betrekking tot biovigilantie en fertiliteitsspecifiek, opnieuw grondig laten evalueren en waar nodig versterken?

Verder had ik ook vragen met betrekking tot een nieuwsbericht waarin een medewerker van de European Sperm Bank (ESB) aan het woord werd gelaten over het recente donorschandaal en daarbij aangaf dat er een risico bestaat op een overschrijding van de zesvrouwenregel, onder meer door een gebrekkige communicatie tussen de fertiliteitscentra en de spermabanken.

Dat roept wel wat vragen op.

Stemt de informatie die de European Sperm Bank gaf overeen met de gegevens waarover uw kabinet beschikt?

Heeft men intussen kunnen nagaan wanneer een centrum de zesde zwangere wensouder bij de ESB heeft gemeld? Zo ja, wanneer gebeurde die melding?

Hebben in deze casus alle Belgische centra de zwangerschappen correct gerapporteerd aan de ESB en hebben ze de zwangerschappen tevens correct geregistreerd in hun eigen registratiesysteem? Zo niet, zal het FAGG daar gevolgen aan verbinden?

02.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik sluit aan bij het debat.

Mijn tussenkomst gaat eerder over de genmutatie en het feit dat wetenschappelijke studies aantonen dat het invries- en ontdooiproces van sperma aanleiding kan geven tot oxidatieve schade. Ik heb u daarover een vraag gesteld en daarbij ook twee belangrijke studies aangehaald. Die studies gaan enerzijds over oxidatieve stress en anderzijds over de toxische impact van de cryoprotectieve stoffen die worden gebruikt bij het invriezen van sperma. Die stoffen zouden aanleiding kunnen geven tot functionele schade aan het sperma.

We zien dat er strenge regelgeving bestaat inzake genetische screening van donoren voor donatie, maar dat er mogelijk tekortgeschoten wordt wanneer het gaat om controle na screening, dus na de cryopreservatie.

Vandaar mijn vragen die in het actualiteitsdebat zijn meegenomen.

Bent u op de hoogte van die studies? Werden bij donor X onderzoeksresultaten vergeleken van voor en na het invriesproces?

Zijn er bij het FAGG richtlijnen of kwaliteitsnormen die verplichten om te screenen na ontdooiing, om na te gaan of er sprake is van oxidatieve schade of van schade door de toxische impact van cryoprotectieve stoffen?

Wordt in Belgische fertiliteitscentra, zoals in het UZA, sperma ook na cryopreservatie standaard gescreend?

Is er eventueel noodzaak om de bestaande regelgeving en kwaliteitscontrole aan te passen?

02.04 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, ces dernières semaines, plusieurs révélations ont été faites dans la presse, et des enquêtes ont été menées par divers médias.

De graves manquements ont été mis en lumière dans la gestion des dons de sperme en Belgique. Ces dysfonctionnements ont été aggravés par l'absence de réaction politique rapide. Ils ont permis à certains donneurs de transmettre des maladies génétiques graves, dont un cancer potentiellement

héréditaire qui, d'après les chiffres, aurait touché jusqu'à 52 enfants.

Ces faits particulièrement préoccupants soulèvent de nombreuses questions éthiques, bien entendu médicales, mais aussi juridiques. Ils plongent les enfants nés de ces dons dans une grande vulnérabilité quant à leur santé et à leur avenir, ce qui génère évidemment une profonde angoisse pour eux, mais également pour leurs proches.

Cette situation met cruellement en lumière le manque de contrôle, de traçabilité et de suivi dans la pratique des dons de sperme en Belgique. Les dysfonctionnements dénoncés par la presse et les médias semblent avérés. Je suis très inquiète par le manque de dispositifs clairs et adaptés pour prévenir leur survenance, protéger les enfants concernés et informer les familles.

Monsieur le ministre, quelles mesures urgentes comptez-vous prendre pour garantir la traçabilité complète et la transparence des dons de sperme, tant pour le passé que pour l'avenir? Quelles dispositions envisagez-vous pour assurer un dépistage et un suivi médical rigoureux des enfants potentiellement concernés par la transmission de cette maladie génétique grave? Quelles actions concrètes prévoyez-vous pour accompagner psychologiquement et juridiquement les familles et les enfants victimes de ces graves négligences?

02.05 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, men heeft inderdaad naar aanleiding van het schandaal pas laat vernomen dat het in totaal om 55 zwangerschappen en 39 vrouwen gaat. Ondertussen heeft het parket ook een onderzoek geopend bij twee fertiliteitscentra.

Uit een gebrekkige reconstructie blijkt dat er iets schort bij de fertiliteitscentra op het vlak van registratie en gegevensbeheer. De vraag is hoe dat mogelijk is, hoe u dat zelf evalueert en of men voldoende zicht heeft op de wijze waarop sinds 2007 gegevens worden geregistreerd en wat er fout is gelopen bij het leggen van de puzzel.

Uit de interessante hoorzitting met vertegenwoordigers van de fertiliteitscentra vanmorgen, waaraan ik heb deelgenomen, heb ik geleerd dat er jaarlijks 20 à 30 *rapid alerts* zijn en dat zij verplicht zijn om het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) te informeren, wat neerkomt op ongeveer twee meldingen per maand, en de nodige gegevens te verstrekken. Door een simpele optelsom had het FAGG kunnen nagaan of de zesvrouwenregel werd overschreden. Heeft het die optelsom toen gemaakt?

Er werden ook corrigerende maatregelen voorgesteld. Over welk type maatregelen gaat het in het geval van de Deense donor?

We hebben het FAGG al meer dan een maand geleden gehoord, maar we ontvangen tot op heden geen extra gegevens van het secretariaat. Waarom duurt het zo lang? Ik herhaal daarom mijn vragen hier in commissie. Hoeveel inspecties heeft het FAGG sinds 2015 jaarlijks uitgevoerd in verhouding tot het totaal aantal fertiliteitsklinieken?

02.06 Minister Frank Vandenbroucke: Geachte leden, ik zal misschien een en ander herhalen wat vanochtend al in de hoorzitting werd gezegd en anderzijds vooruitlopen op wat u morgen als schriftelijk antwoord van het FAGG zoals beloofd op uw vragen zult krijgen. Gelet op de tijd zal ik daar niet in detail op ingaan.

Ten eerste, welk gevolg werd gegeven aan de rapid alerts van 2020 en 2023? Kort samengevat, in april 2020 werd de kwestieuze donor, waarover heel veel te doen is geweest, geblokkeerd tijdens het onderzoek dat werd uitgevoerd door de ESB. Op 29 april 2020, toen het onderzoek was afgerond en werd gesteld dat de donor niet kon worden gelinkt aan de vastgestelde gevallen van kanker, was er volgens de geldende procedures geen reden om de resultaten en de beslissing in twijfel te trekken. De donor kon dus opnieuw worden gebruikt. Op dat moment werd aangenomen dat er geen risico was. Dat is ook de gebruikelijke procedure. Dat is het principe van biovigilantie. Er wordt nagegaan of er een verband is en of er gezondheidsrisico's bestaan. Zoals ik zei, kon men in 2020, op basis van het onderzoek dat door de ESB was verricht, volgens het FAGG geen causaal verband vaststellen. Ik wil daarbij wel meteen preciseren dat in België het laatste kind van die donor in 2018 is verwekt.

Op 29 april kwam echter de volgende nieuwe informatie van de ESB. Ik citeer: "*We have previously*

sent a letter to you regarding donor 7069 (...) from European Sperm Bank describing a donor child with hypolipoid (...) in the child, a disease causing mutation has been identified in the TP53 gene. The sperm sample from the donor has been screened for the specific mutation with a normal result. This excludes that the cases related to donor (...) from donor 7069 (...) can be used freely again."

De definitieve blokkering door de leverende bank, de ESB, vond plaats in 2023. In een dergelijk geval moet elk fertiliteitscentrum de ontvangen informatie en de genomen beslissingen met betrekking tot corrigerende en preventieve maatregelen aan het FAGG bevestigen.

Het is de beheerder van het fertiliteitscentrum, die onder eigen verantwoordelijkheid beslist over de toekomst van de donor. Volgens het FAGG is het niet ongebruikelijk dat fertiliteitscentra een donor voorwaardelijk blokkeren, maar toch beperkt gebruiken voor het verwekken van broers of zussen van reeds verwerkte donorkinderen, mits bijvoorbeeld de toepassing van specifieke gebruiksvoorwaarden zoals pre-implantatiediagnostiek van embryo's.

Zoals tijdens de hoorzitting werd aangegeven, raadt het FAGG het verdere gebruik van materiaal behept met een genetisch defect af, zelfs indien het een recessief gen is, en wijst het FAGG daarbij op de verantwoordelijkheid van de beheerder van het fertiliteitscentrum.

Wat de informatie aan de ouders van de donorkinderen betreft, toen de donor in 2023 definitief werd geblokkeerd, gaven de verschillende betrokken fertiliteitscentra in hun corrigerende en preventieve maatregelen aan dat zij contact met de ouders zouden opnemen om hen te informeren. De meeste centra gaven aan dat genetische counseling zou worden aangeboden.

In 2025 heeft het FAGG, op verzoek van de minister, opnieuw contact met elk centrum opgenomen om hen te vragen om te bevestigen dat de patiënten waren geïnformeerd, zowel over de mutatie als over de quotumoverschrijding.

Alle centra hebben naar aanleiding van de rapid alert actie ondernomen tussen november 2023 en augustus 2024, om de op dat moment geïdentificeerde families over het genetisch defect te informeren. Het ging om 36 families met minstens één succesvolle zwangerschap. Daarnaast was er één familie zonder een succesvolle zwangerschap. Recent werden nog twee extra families door het centrum geïdentificeerd en aan het FAGG gemeld. Die families werden na identificatie door het centrum direct geïnformeerd over het genetisch defect en de overschrijding van het quotum.

Van de 38 betrokken families met een of meerdere succesvolle zwangerschappen hebben de centra getracht om alle betrokkenen te contacteren op basis van de laatst bekende contactgegevens in het centrum, met betrekking tot de genmutatie en de overschrijding van het quotum.

Tot op heden heeft het FAGG bevestiging ontvangen dat 33 families op de hoogte zijn gebracht van zowel de genmutatie als de overschrijding van het quotum. Eén familie is nog niet op de hoogte van de overschrijding van het quotum. Vier families hebben hierover nog niets bevestigd. Mogelijk zijn zij nog niet op de hoogte van de genmutatie en de overschrijding van het quotum. Het gaat om vijf families die niet in België wonen. In sommige gevallen blijken de laatst bekende contactgegevens van ex-patiënten niet meer accuraat te zijn.

Wat de twee extra families betreft, heeft het FAGG tijdens het intern onderzoek een discrepantie vastgesteld in de gegevens die het centrum heeft verstuurd in de biovigilantiemeldingen voor 2020 en 2023. Bovendien heeft het centrum, naar aanleiding van de door de minister gevraagde enquête bij de fertiliteitscentra, hoewel het de cijfers voor 2023 aanvankelijk bevestigde, zijn verklaringen later ingetrokken.

Als gevolg daarvan werd onmiddellijk een onderzoek met een inspectie ter plaatse opgestart. Alle informatie werd opgenomen in het persbericht van 7 juni 2025. In het dossier TP53 Genmutatie werden twee nieuwe kinderen gemeld volgens het persbericht van het FAGG.

Het FAGG dient zich te baseren op de gegevens die worden aangeleverd door de fertiliteitscentra. Die centra dienen over een kwaliteitssysteem te beschikken om de noodzakelijke wettelijk vereiste traceerbaarheid te garanderen. Als het FAGG de gegevens ontvangt, moet het ervan kunnen uitgaan dat ze correct zijn. Indien dat niet het geval is, betekent dat dat het traceerbaarheidssysteem niet

afdoende werd geïmplementeerd.

Het kan, anderzijds, nooit volledig worden uitgesloten dat door menselijke fouten of door incorrect handelen of functioneren van bepaalde systemen toch nog bijkomende personen laattijdig worden geïdentificeerd, zoals is gebeurd bij dat centrum.

Ten derde, heeft het FAGG al resultaten over het aantal landelijke overschrijdingen op basis van biovigilantiemeldingen van een aantal jaar? Daarop kan ik antwoorden dat het FAGG de gegevens vanaf 2022 heeft geconsolideerd voor donoren waarvoor het over de nodige informatie beschikt met betrekking tot het aantal vrouwen dat een behandeling onderging, met name de vrouwen die al minstens één kind hadden gekregen met het betrokken sperma.

In het verleden werden dergelijke gegevens niet systematisch door de melder verstrekt. Met de nieuwe biovigilantieformulieren die het FAGG heeft ontwikkeld, wordt alle informatie over een donor expliciet opgevraagd: het aantal vrouwen in behandeling, het aantal vrouwen met een kind of meerdere kinderen, het aantal lopende zwangerschappen, het aantal kinderen, enzovoort. Daarom beschikt het FAGG momenteel enkel over valabele gegevens sinds 2022.

Ik kan u daar nu al iets over zeggen, maar u ontvangt die informatie morgen meer in detail op papier. Op een totaal van 849 biovigilantiemeldingen sinds 2022 wezen er zes op een overschrijding binnen hetzelfde centrum. Dat is een heel beperkt percentage, maar op basis van die biovigilantiemeldingen kunnen geen conclusies worden getrokken over overschrijdingen op nationaal niveau.

Op een totaal van 97 *rapid alerts*, waarvan 55 donorgerelateerd, die per definitie afkomstig zijn van een bevoegde overheid uit het buitenland, wezen er 24 op een overschrijding op nationaal niveau in dezelfde periode.

Er is een interne analyse gepland om te beoordelen hoeveel tijd en middelen nodig zijn om alle informatie met betrekking tot het verleden te verzamelen. Geen enkele donor kan door het agentschap zelf worden geblokkeerd. Dat is de verantwoordelijkheid van de fertiliteitscentra. Dat neemt niet weg dat een donor voor wie het quotum is bereikt, wettelijk gezien niet meer mag worden gebruikt. Als dat wetens en willens toch gebeurt, zijn daarvoor sancties, ook strafrechtelijke sancties, vastgelegd.

Sinds de implementatie van Fertidata worden alle nieuwe donoren door het systeem beheerd, zodat de centra een landelijk overzicht hebben. Zodra een donor het quotum bereikt, wordt dat automatisch in het systeem aangegeven. Geen enkel fertiliteitscentrum mag in dat geval hem of haar nog gebruiken. Dat is een wettelijk vastgelegde garantie.

Je crois que Mme Ramlot a posé la question essentielle: que va-t-on faire maintenant pour réaliser la transparence, également de façon rétroactive? Je confirme bien que mes services préparent un avant-projet de loi qui assurera la suppression du principe des dons anonymes de gamètes et d'embryons. Dans ce cadre, mes services examinent comment on pourra utiliser les données sur le passé dont les centres de fertilité disposent. Donc, un exercice rétroactif est en train d'être réalisé et je crois que c'est absolument essentiel. Il faut autant que possible une transparence en ce qui concerne les infractions à ce que l'on appelle la règle des six femmes au maximum.

Je reviendrai évidemment sur ce sujet, madame Ramlot, quand les travaux seront plus développés et certainement quand un projet de loi sera prêt. Mon intention est d'avoir un cadre légal qui permette aussi la transparence sur le passé, au maximum, dans la mesure du possible. Il faut une transparence, d'abord sur le nombre d'enfants concernés, qui, je l'espère, pourra permettre un jour la levée de l'anonymat pour ceux qui le veulent.

Les procédures à créer pour encadrer ces données et les possibilités d'information doivent être bien réfléchies. On y réfléchit, et on y reviendra. Je crois que créer cette transparence sur le passé est absolument essentiel.

Mevrouw Gijbels, een medewerker van de Deense spermabank ESB verklaarde dat de Belgische centra hebben nagelaten om de spermabank te informeren. Het FAGG heeft mij bevestigd dat het over bewijs beschikt waaruit blijkt dat informatie, die impliceerde dat de limiet van de zesvrouwenregel was bereikt, al midden 2011 was doorgegeven aan ESB. Die bewijsvoering is gebaseerd op e-mailverkeer

tussen een fertiliteitscentrum en ESB. Het FAGG kon mij echter niet bevestigen dat alle fertiliteitscentra alle zwangerschappen tijdig hebben gerapporteerd, aangezien ESB sinds 2016 naar een ander informatiesysteem is overgeschakeld. De bewijsvoering op dat vlak is dus niet evident zonder bevestiging van ESB.

Mevrouw Gijbels, u vraagt vervolgens hoeveel inspecties er zijn geweest en welke aanbevelingen zijn geformuleerd. Sinds 30 oktober 2023 werden 30 inspecties uitgevoerd met betrekking tot fertiliteit, met name 9 in fertiliteitscentra erkend als zorgprogramma A, 15 in centra erkend als zorgprogramma B en 6 in intermediaire structuren die uitsluitend instaan voor de 'capacitatie' van mannelijke gameten. De laatste 4 inspecties werden recent uitgevoerd. Voor deze inspecties is het rapport nog in opmaak. Tijdens de overige 26 inspecties werden in totaal 338 tekortkomingen vastgesteld, waarvan 2 als kritiek en 75 als belangrijk werden geclassificeerd.

Er werden 2 rapporten met waarschuwing afgeleverd en in 1 geval werd een schorsing geadviseerd. De intentie tot schorsing werd niet uitgevoerd, aangezien het betrokken fertiliteitscentrum de ernst van de feiten inzag en onmiddellijk ingrijpende wijzigingen heeft doorgevoerd. Dit laatste geval heeft geleid tot een proces-verbaal dat werd overgemaakt aan het parket.

Sinds oktober 2023 zijn ook diverse onderzoeken gevoerd naar illegale praktijken met betrekking tot fertiliteit. Ze leidden tot enerzijds 5 waarschuwingen en anderzijds 4 processen-verbaal die aan het parket werden overgemaakt. Daarvan zijn alle dossiers nog in behandeling bij het parket. Wegens het geheim van het onderzoek kan de inspectiedienst van het FAGG daarover geen extra informatie verstrekken.

Na ontvangst van het inspectierapport moeten de fertiliteitscentra binnen 30 dagen een actieplan met de nodige correctieve en preventieve acties aan het FAGG bezorgen. Dat plan kan de inspecteur vervolgens aanvaarden of weigeren.

Mevrouw Gijbels, in antwoord op uw vraag over audits heb ik, zoals ik heb meegedeeld, de Federale Interne Audit (FIA) gevraagd een audit uit te voeren met betrekking tot de inspecties, de vigilantie en de externe communicatie over de fertiliteitscentra binnen het DG Inspectie en het DG POST van het FAGG. Die audit zal plaatsvinden in de periode van juni tot midden september 2025.

Er was een subvraag, namelijk of het FAGG dit uitvoert bij de diensten die betrokken zijn bij het beheer van gegevens inzake biovigilantie en fertiliteitscentra. De uitvoering van de interne audit valt wettelijk onder de bevoegdheid van het interne auditorgaan. Het FAGG voert weliswaar ook interne controles uit om de goede werking van zijn activiteiten te waarborgen. Deze controles worden uitgevoerd volgens de kwaliteitsnormen van een audit en vallen onder de verantwoordelijkheid van de afdeling Kwaliteit en Organisatiebeheersing.

Binnen het FAGG krijgen deze controles de naam 'kwaliteitsaudits'. Ze worden uitgevoerd door een pool van medewerkers van het FAGG en van Sciensano die specifiek opgeleid zijn in auditmethodieken. De kwaliteitsaudits hebben als doel de conformiteit, de regelmatigheid en de doeltreffendheid van de geauditeerde processen na te gaan en te evalueren. Net als alle andere activiteiten die in de procescatalogus van het FAGG zijn opgenomen, wordt het proces biovigilantie meegenomen bij het opstellen van het meerjarenplan voor kwaliteitsaudits. De methode voor de opmaak van dit plan is sinds 2014 gebaseerd op risicobeheer en bepaalt de frequentie waarmee elk proces geauditeerd wordt.

Hoeveel interne audits, vroeg mevrouw Gijbels. Wel, het proces biovigilantie werd opgenomen in het auditplan van de jaren 2015, 2018 en 2022. In het rapport van de audit die in 2022 werd uitgevoerd, werden 3 majeure en 5 mineure non-conformiteiten vastgesteld. Er werden geen kritieke non-conformiteiten gerapporteerd. In het rapport werd benadrukt dat het CAPA-plan van de twee vorige audits niet volledig werd uitgevoerd. De functie van verantwoordelijke voor de cel Biovigilantie, met als profiel arts-bioloog, was nog vacant. De algemene procedure voor het systeem van biovigilantiemeldingen was wellicht nog niet gevalideerd in het document 'Beheerssystemen Kwaliteit'.

In 2019 nam België op vrijwillige basis deel aan een audit van inspectieprocessen tussen lidstaten binnen het CESIP-programma (Common European SoHO Inspection Programme). Dit programma kwam tot stand binnen het door de EU gesponsorde VISTAR-project (Vigilance and Inspection for the Safety of Transfusion Assisted Reproduction and Transplantation). Dit liep van 2015 tot 2018. Het

project had als doel de kwaliteit en de uniformiteit van de nationale inspectiesystemen binnen de EU te evalueren en te versterken.

De conclusies stelden dat het inspectieteam beschikte over een goed ontwikkeld kwaliteitssysteem met duidelijke procedures en KBI-opvolging, alsook een gestructureerde opleiding voor nieuwe inspecteurs.

De belangrijkste observaties in de audit hadden betrekking op de personeelscapaciteit, waardoor de wettelijke verplichtingen inzake inspectiefrequentie niet konden worden nagekomen.

Er was nog een subvraag over tekortkomingen. De opvolging van de maatregelen die voortvloeien uit de kwaliteitsaudits, gebeurt door de afdeling Kwaliteit en Organisatiebeheersing, die regelmatig bij de teamverantwoordelijken informeert naar de stand van zaken, alsook door de auditeurs tijdens een opvolgaudit.

De audit, uitgevoerd in het kader van het CSIP-programma met betrekking tot inspectieactiviteiten, werd intern opgevolgd door zowel de inspecteurs als het management. Tijdens de jaarlijkse bespreking van de beschikbare middelen hebben volgens het FAGG het afdelingshoofd en de directeur-generaal herhaaldelijk aangegeven dat bijkomend personeel noodzakelijk is om aan de wettelijke vereisten te voldoen. Hoewel het aantal fte's in het team sinds 2020 is toegenomen, blijft de personeelsbezetting volgens het FAGG tot op heden onvoldoende om volledig te beantwoorden aan de wettelijke verplichtingen.

De zevende vraag ging over *governance* inzake biovigilantie. De medewerkers die verantwoordelijk zijn voor biovigilantie en inspecties, zijn verdeeld over twee afzonderlijke cellen die respectievelijk onder twee verschillende directoraten-generaal vallen. Er is, ten eerste, het DG Postvergunning. De cel hemo- en biovigilantie maakt deel uit van de eenheid Menselijk Lichaamsmateriaal, die bestaat uit een verantwoordelijke ad interim en vijf medewerkers. In afwachting van de aanstelling van een nieuwe verantwoordelijke rapporteren de medewerkers rechtstreeks aan de directeur-generaal. Er zijn wekelijkse overlegmomenten tussen de directeur-generaal en de stafmedewerker van de eenheid.

Er is, ten tweede, het DG Inspectie. De cel Menselijk Lichaamsmateriaal is ondergebracht binnen de afdeling Distributie van het DG Inspectie. Die cel is verantwoordelijk voor het toezicht op de centra die actief zijn op het vlak van menselijk lichaamsmateriaal. De cel staat onder leiding van een functionele chef, de inspecteur-expert, die rechtstreeks rapporteert aan het afdelingshoofd. Het team bestaat uit acht medewerkers, waaronder vijf inspecteurs-controleurs die instaan voor het toezicht op de 112 erkende instellingen voor menselijk lichaamsmateriaal en de 4 bloedinstellingen in België. De communicatie binnen die hiërarchische lijn is op diverse niveaus formeel georganiseerd via verschillende overlegmomenten.

Voor de vraag over de interimfunctie van het hoofd van de cel Biovigilantie, laat het FAGG mij weten dat de eenheid Menselijk Lichaamsmateriaal bij haar oprichting in 2019 werd geleid door een expert in de materie. Die expert stond behalve voor de coördinatie van de activiteiten inzake menselijk lichaamsmateriaal ook zelf in voor de evaluaties van de meldingen. Na het vertrek van die verantwoordelijke is de functie sinds 1 april 2021 helaas vacant. Pogingen om een vervanger met eenzelfde profiel te rekruteren waren niet succesvol.

Op de vraag van mevrouw Bury of mijn diensten en ikzelf op de hoogte zijn van mogelijke DNA-schade door cryopreservatie, kan ik antwoorden dat elke behandeling of manipulatie van cellen, weefsels of organen, vanaf de inzameling tot de toepassing, zekere risico's inhoudt. De gezondheidszorgbeoefenaars zijn bevoegd en in staat om een risicoanalyse uit te voeren indien nodig en afhankelijk van de situatie. Op basis van wetenschappelijke literatuur zijn de verschillende cryoconserveringstechnieken echter in de loop der tijd geoptimaliseerd. Bovendien helpt het gebruik van geschikte cryoprotectanten om de schade te minimaliseren.

Tot slot is volgens de literatuur de belangrijkste schade die wordt veroorzaakt door het cryopreservatieproces het afsterven van de spermatozoa, die dan niet langer in staat zijn om de eicel te bevruchten en daarom geen gezondheidsrisico vormen. Voor alle duidelijkheid en om elke twijfel weg te nemen, er is geen informatie die erop wijst dat de TP53-mutatie die bij de donor is vastgesteld het gevolg zou zijn van het cryopreservatieproces. In casu is er geen enkele aanwijzing dat er een verband bestaat met dat proces.

De gegevens waarover wij beschikken, geven aan dat het effect zich bij de donor zelf heeft voorgedaan in een embryonaal stadium. De toepasselijke wetgeving bevat geen bepalingen die een screening op DNA-schade of oxidatieve schade voor en na de ontdooiing expliciet en specifiek voorschrijven. Het is de beheerder die zich bij de vrijgave dient te vergewissen van de kwaliteit en de veiligheid van het materiaal. Daarvoor dienen de nodige procedures aanwezig te zijn, wat ook wordt gecontroleerd tijdens inspecties.

Het eventuele risico van cryopreservatie, vitrificatie in het bijzonder, is al vele jaren gekend. Professionals in de gezondheidszorg die rechtstreeks werken met menselijk lichaamsmateriaal hebben toegang tot de Guide to the Quality and Safety of Tissues and Cells for Human Application, opgesteld door het European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM), in samenwerking met talrijke experts uit de verschillende lidstaten. Het doel van deze gids is om praktische hulp te bieden aan professionals en om het succes en de veiligheid van de klinische toepassing van weefsels en cellen te verbeteren.

Het is aan te bevelen dat de beheerder bij de vrijgave uitgaat van de meest recente stand van de wetenschap, voor zover die niet in strijd is met de geldende wetgeving. Onder de SoHO-verordening krijgen dat soort gidsen van de EDQM een sterkere plaats. In plaats van specifieke testen op te nemen in de wetgeving zelf, wordt meer verwezen naar dergelijke gidsen om te verzekeren dat de wetgeving *future proof* is.

Een Belgisch fertiliteitscentrum maakt gebruik van DNA-integriteitsmetingen naargelang van de beslissing van de beheerder van het fertiliteitscentrum, die bij de vrijgave de nodige stappen moet nemen om de kwaliteit en de veiligheid van het materiaal te garanderen. Derhalve dient de beheerder te evalueren in hoeverre in elk geval een dergelijke test aangewezen is. Zoals gezegd, is het wettelijk gezien niet expliciet vereist.

De SoHO-verordening treedt in werking op 7 augustus 2027. Daarbij worden op Europees niveau de kwaliteitsregels in belangrijke mate geënt op de meest recente stand van de wetenschap, door te verwijzen naar de meest recente richtsnoeren van onder andere EDQM. Als uit die gids blijkt dat de test noodzakelijk is, omdat de literatuur en de huidige stand van de wetenschap dat vereisen, zal dat algemeen worden opgenomen. Dat hangt af van de actuele wetenschappelijke consensus.

La **présidente**: (...)

02.07 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai presque fini, madame la présidente. Sinon, on n'est pas satisfait des réponses. C'est bien là tout le problème.

02.08 Katleen Bury (VB): Quand il s'agit de recevoir beaucoup d'informations, personne ne s'oppose.

La **présidente**: Il y a toutefois des règles. C'est deux minutes par question et cinq minutes pour les réponses dans un débat d'actualité. Je veux bien être flexible, ce que je fais à chaque fois. Mais, en l'occurrence, nous en sommes à 25 minutes.

02.09 Frank Vandenbroucke, ministre: Vous avez raison et je m'en excuse, madame la présidente. J'ai pratiquement fini.

Het FAGG heeft geen gegevens over medische afwijkingen bij kinderen die op natuurlijke wijze verwekt zijn. Dit zijn medische gegevens die alleen de medische instellingen en de artsen in hun bezit hebben. Het FAGG beschikt slechts over het gegeven dat er een kind geboren is uit donatie en alleen in gevallen waarin de beheerders van een fertiliteitscentrum of de hoofdartsen van het ziekenhuis het agentschap op de hoogte hebben gesteld, bijvoorbeeld naar aanleiding van een ernstig ongewenst voorval of een ernstige ongewenste bijwerking. Bovendien moet het onderzoek een duidelijk verband aangetoond hebben tussen de genetische aandoening en het gebruikt donormateriaal.

Wat gebeurt er bij een dergelijke vaststelling? Wordt ook het effect van cryoprotectieve stoffen onderzocht? Er wordt naar aanleiding van specifieke vaststellingen telkens door het FAGG gecontroleerd of de beheerder procedures heeft uitgewerkt om de kwaliteit en de veiligheid te garanderen en of deze voldoende worden toegepast. Er zijn bij het FAGG evenwel geen gevallen

bekend van genetische defecten die voortgevloeid zouden zijn uit problemen met de cryopreservatie. Voor alle duidelijkheid, het FAGG beschikt wel over meldingen inzake cryopreservatie enerzijds en meldingen over genetische defecten anderzijds, maar geen meldingen waarbij een causaal verband wordt vastgesteld tussen beide.

02.10 Irina De Knop (Open Vld): Bedankt voor uw antwoorden, mijnheer de minister.

Ik denk dat u geslaagd bent in uw opzet om de vis te verdrinken in heel veel informatie. Het blijft hoe dan ook een beetje wrang dat – en dat leid ik toch af uit de talrijke antwoorden en ook uit de hoorzittingen – het respecteren van de zesvrouwenregel niet meteen op de eerste plaats stond of niet als prioritair werd beschouwd. Dat blijkt duidelijk uit alle antwoorden die we krijgen.

In die zin vinden we het jammer dat het kind met het badwater wordt weggegooid door de discussie te verschuiven naar de opheffing van de anonieme donatie. Wat ons betreft is het respecteren van de bestaande regelgeving één zaak en het nemen van nieuwe maatregelen een andere.

Voorts zullen wij uw antwoord zeker verder analyseren en ook uitkijken naar de bijkomende antwoorden die we dan toch eindelijk zullen krijgen van het FAGG, om hiermee desgevallend opnieuw aan de slag te gaan in het Parlement.

Bedankt voor uw uitgebreide antwoorden.

02.11 Frieda Gijbels (N-VA): Bedankt, mijnheer de minister, het waren inderdaad uitgebreide antwoorden. Ik zal ze ook nog grondig bestuderen om er eventueel op terug te komen. We zullen hiermee immers nog wel een tijdje bezig zijn.

De audit van het FAGG kunnen we dus na de zomer verwachten. Ik hoop dat die ook zal worden toegelicht in het Parlement. Het zou immers interessant zijn dat we goed inzicht krijgen in wat daar al dan niet naar boven is gekomen.

Het feit dat de positie van verantwoordelijke voor menselijk lichaamsmateriaal al sinds vier jaar vacant is, is ook belangrijk. Daar moet zeker prioriteit aan worden gegeven, zeker als er wordt gesteld dat het er in het verleden duidelijk anders aan toeging. Dat is dus iets om zeker te onthouden.

We hebben daarnet ook een aantal vertegenwoordigers van fertiliteitscentra gehoord. Ik vond dat ze zich heel constructief opstelden om mee te denken over nieuwe wetgeving. Dat is positief. Zij waren er ook voorstander van om dat centraal register retroactief te maken. Ze zagen daar ook niet meteen grote problemen in. Ik hoop dus dat we daar binnenkort aan kunnen gaan werken.

02.12 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het heel gedetailleerde antwoord. U hebt op het einde nog heel veel informatie gegeven over het luik waar ik naar vroeg.

Wat ik heb gehoord, stelt mij echter absoluut niet gerust. Wat betreft donor X zegt u dat het geen gevolg daarvan is. Ik heb het even niet over donor X, maar gewoon over het algemeen. U zegt onder andere: de beheerder dient dit te checken, afhankelijk van de beslissing van de beheerder, door de beheerder, zij zijn bevoegd, zij zijn in staat, afhankelijk van de situatie checken zij dit en de wetgeving schrijft dit niet voor. Op het einde zegt u dat het FAGG meldingen kan krijgen over genafwijking en cryopreservatie, maar dat er geen meldingen bestaan over een causaal verband tussen die twee.

U hebt gezegd dat er eventueel richtsnoeren zouden dienen te worden gevolgd van een bepaalde Engelse afkorting – het ging heel snel. Bij de inspecties kan dan worden nagegaan of de nodige procedures werden gevolgd. Hoe dan? Als er geen wetgevend kader is, hoe kan dan op die cryopreservatie gecontroleerd worden als het allemaal afhangt van wat de beheerder ermee doet? Ik denk dat er werk van moet worden gemaakt om dat beter te laten controleren door het FAGG en om verder onderzoek te doen naar een eventueel causaal verband bij die cryopreservatie.

02.13 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour vos réponses détaillées. Le droit à l'anonymat pour les donneurs est une valeur essentielle qu'il convient de préserver, par respect pour la personne mais aussi pour la viabilité du système en place.

Ce droit ne peut cependant pas s'exercer au détriment de la vie et de la santé des enfants issus de ce type de fécondation. La vie, la santé des enfants doivent être bien entendu prioritaires et il faut agir en conséquence. On ne peut revenir sur le passé, mais pour les enfants potentiellement atteints, il faut des mesures urgentes et efficaces de dépistage mais également de suivi.

Pour l'avenir, il faut le courage de prendre des mesures audacieuses pour concilier anonymat, prévention et dépistage. Je compte sur vous pour mener à bien ce jeu d'équilibriste, même si nous sommes bien d'accord qu'il ne s'agit pas d'un jeu.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Débat d'actualité sur les cigarettes contrefaites et questions jointes de

- Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact sanitaire de la consommation de cigarettes contrefaites" (56005961C)

- Meyrem Almaci à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cigarettes illégales" (56006547C)

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cigarettes illégales" (56006742C)

03 Actualiteitsdebat over illegale sigaretten en toegevoegde vragen van

- Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevolgen voor de gezondheid van het roken van namaaksigaretten" (56005961C)

- Meyrem Almaci aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Illegale sigaretten" (56006547C)

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Illegale sigaretten" (56006742C)

03.01 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in juni 2025 heeft KPMG een rapport gepubliceerd over de consumptie van illegale sigaretten. Ik kom net uit de commissie voor Financiën, waar er ook een vraag werd gesteld over dat thema. De minister van Financiën heeft verwezen naar de Douane en had het vanuit zijn bevoegdheid over de verschillende checks-and-balances.

Hier gaat het echter over de effectiviteit van ons gezondheidsbeleid. Terwijl de legale verkoop daalt, stijgt de consumptie van illegale sigaretten, die natuurlijk goedkoper worden verkocht en wellicht – ik wik mijn woorden – nog ongezonder zijn dan de sigaretten die legaal verkrijgbaar zijn. KPMG heeft een schatting gemaakt: een half miljard euro aan belastinginkomsten gaat verloren. Dat is echter niet de belangrijkste kwestie.

De vraag is welk gezondheidsverhaal daarachter schuilgaat. KPMG schat dat een op drie gerookte sigaretten vandaag ofwel illegaal ofwel via buitenlandse kanalen ons land binnenkomt. Kortom, als we de voordeur sluiten, is het niet de bedoeling dat de achterdeur open blijft staan en er nog ongezonere producten binnenkomen. Een goed gezondheidsbeleid moet ervoor zorgen dat we de tabaksvrije toekomst ook daadwerkelijk kunnen vormgeven.

Gezien de situatie met de opkomst van vapes en gezien de situatie in Nederland en Frankrijk, die tot de slechtste leerlingen behoren en onze directe buurlanden zijn, lijkt actie aangewezen.

Kent u het rapport? Dat rapport heeft natuurlijk ook een specifieke opdrachtgever; dat zal u ongetwijfeld bekend zijn. Welke conclusies trekt u echter uit het rapport? Komt het rapport overeen met de gegevens waarover u zelf beschikt?

Welke acties plant u om de handel in illegale sigaretten aan te pakken, parallel met het uitdoofbeleid via legale weg?

Is er overleg met de buurlanden?

Op welke manier wilt u met andere instanties, zoals de Douane, samenwerken om de achterdeur te

sluiten en de verschuiving naar illegale sigaretten tegen te gaan, zodat wij de gezondheidsdoelstellingen die wij nastreven, ook daadwerkelijk kunnen bereiken?

03.02 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, selon les résultats d'une étude KPMG, près d'un tiers des cigarettes consommées en Belgique en 2024 proviendraient de circuits non domestiques et illégaux: contrebande, contrefaçon ou achats transfrontaliers. Ces chiffres inquiétants soulignent une perte d'efficacité potentielle des politiques de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme.

L'augmentation des taxes combinée aux restrictions sur les produits légaux vise à dissuader la consommation de tabac, mais elle semble aussi inciter certains consommateurs à se tourner vers des produits issus de l'étranger et/ou non contrôlés, échappant à toute régulation sanitaire. Il est aussi pertinent de se demander comment se porte le marché national des alternatives au tabac, comme les cigarettes électroniques, depuis la forte hausse des accises en 2024. Dès lors, le risque est alors double pour les consommateurs, car en plus de générer une perte de recettes fiscales pour l'État, ces derniers tendent vers des produits dont la qualité n'est pas contrôlée.

Monsieur le ministre, comment évaluez-vous aujourd'hui l'efficacité de la politique fédérale anti-tabac face à la montée de la contrebande des produits illégaux? Disposez-vous d'estimations concernant la proportion de cigarettes illégales consommées par des jeunes ou des publics à bas revenus et leur exposition accrue à des produits non réglementés? Travaillez-vous en coordination avec les ministres des Finances et de l'Intérieur pour garantir que la politique de lutte contre le tabagisme ne soit pas contournée par le marché noir? Enfin, quelles pistes envisagez-vous pour adapter la stratégie anti-tabac afin qu'elle reste efficace, crédible et socialement équitable face à ces nouvelles réalités? Des circuits de contrebande d'e-liquides existent-ils en Belgique? Avez-vous identifié des produits nocifs pour les e-liquides et les cigarettes contrefaites?

03.03 Els Van Hoof (cd&v): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Het recent gepubliceerde KPMG-rapport stelt dat de illegale markt voor sigaretten in 2024 met 13 procent toegenomen is. Maar liefst 15.2% van alle sigaretten in België waren vorig jaar illegaal. De illegale handel in rookwaren breidt zich alsmaar uit, zowel in omvang als in aard, terwijl de legale handel net afneemt. Deze toename heeft nefaste effecten op de volksgezondheid en verzwakt het tabaksbeleid. Het is duidelijk dat de strijd tegen illegale sigaretten moeten worden opgevoerd. Tijdens de bespreking van uw beleidsnota gaf u alvast aan te willen inzetten op extra handhaving.

Daarom stel ik de volgende vragen aan u:

- Welke concrete maatregelen zal u nemen als reactie op dit rapport, onder meer in samenwerking met de minister van Financiën en Binnenlandse Zaken? Hoe zal u de handhaving concreet versterken?

- Kunt u verduidelijken of er toezicht gehouden wordt op de mogelijke veranderende samenstelling van illegale rookwaren? Op welke wijze wordt dit in kaart gebracht en welke concrete maatregelen worden genomen als ernstige risico's voor de volksgezondheid worden vastgesteld?

- Zijn er duidelijke afspraken met buitenlandse toezichthouders of Europese instanties om relevante informatie over deze illegale rookwaren snel uit te kunnen wisselen?

03.04 Frank Vandenbroucke, ministre: L'objectif des mesures anti-tabac est de conduire à une diminution du nombre de fumeurs et, par conséquent, à une diminution des maladies évitables et des décès prématurés dus au tabagisme. Comparativement à la taille du marché illicite, les tendances en matière d'utilisation des produits du tabac et la prévalence des maladies liées au tabac constituent donc un bien meilleur moyen de mesurer la politique menée. J'attends donc avec impatience les chiffres de la dernière enquête de santé de Sciensano.

Bien entendu, ces données ne pourront pas encore refléter l'impact des mesures récentes prises dans le cadre de la stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac. En outre, il est déconseillé d'évaluer la politique sur la base des données de l'industrie, car c'est bien de cela qu'il s'agit. Ces discussions autour du commerce illicite reviennent chaque année avec la publication de ce rapport, avec notamment des messages d'alerte sur les taxes manquées, la proportion croissante de

cigarettes illégales et l'échec de la politique.

Je sais très bien que l'industrie n'est que trop heureuse d'utiliser ces rapports, qu'elle sponsorise elle-même et pour lesquels elle fournit des données, pour jouer sur l'opinion publique politique et créer plus d'opposition aux mesures antitabac. Après tout, KPMG elle-même écrit en guise d'avertissement à propos de ces recherches, je cite: *"This report is not suitable to be relied on by any party other than the beneficiary wishing to acquire rights or assert any claims against KPMG LLP for any purpose or in any context. As such, any person or entity other than the beneficiary who reads this report and chooses to rely on it or any part of it will do so at their own risk."*

De twijfelachtige financiering en methodologie ondermijnen de geloofwaardigheid ervan, en bijgevolg zal ons beleid nooit op een dergelijk rapport worden gebaseerd. Dat is overigens in overeenstemming met artikel 5.3 van het Kaderverdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie, dat de onafhankelijkheid van het volksgezondheidsbeleid ten opzichte van de tabaksindustrie garandeert.

Tot zover mijn mening over het rapport.

Dat alles neemt niet weg dat illegale handel met prioriteit moet worden aangepakt. De inspectiediensten van de FOD Volksgezondheid en de Douane van de minister van Financiën voeren daartoe intensieve controles uit, zowel in fysieke winkels als online, op klassieke tabaksproducten en e-sigaretten. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat er illegale circuits van e-sigaretten bestaan, met producten die zelfs verboden psychoactieve stoffen bevatten. Sciensano werkt aan een snelle risicobeoordeling, onder meer op vraag van de algemene cel Drugsbeleid.

Ook het tabakstoerisme baart mij zorgen. Wanneer buurlanden verschillende accijnsniveaus hanteren, ondermijnt dat uiteraard het nationale beleid. Ik verschil van mening met u waar u stelt dat de situatie in Nederland en Frankrijk het slechtste zou zijn; ik beschouw die landen eerder als de goede leerlingen van de tabaksaccijnsklas. Ik juich dan ook toe dat mijn collega bevoegd voor Financiën samen met veertien andere lidstaten een brief heeft ondertekend, gericht aan de Europese Commissie, om aan te dringen op een herziening van de tabaksaccijnsrichtlijn. De vorige richtlijn is inmiddels al veertien jaar oud en in die tijd is het Europese accijnsbeleid een lappendeken geworden.

Harmonisatie van prijzen is essentieel om oneerlijke concurrentie te vermijden. Ondertussen blijven inspecties cruciaal, maar structurele gezondheidsdoelen bereikt men enkel via een breed gecoördineerd rookstopbeleid, met rookvrije omgevingen, neutrale verpakkingen, rookstopondersteuning en sterke regelgeving, zoals u die ook terugvindt in de interfederale strategie waarop wij ons baseren en in het regeerakkoord.

En outre, les collègues des Régions sont également impliqués pour veiller à ce qu'un plus grand nombre de fumeurs trouvent le chemin de l'aide au sevrage tabagique. Le retour du Champix en tant qu'aide au sevrage tabagique contribuera également à l'augmentation du nombre de fumeurs qui arrêtent de fumer.

03.05 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, merci pour tous les éléments que vous avez apportés. Vous attendez les chiffres de Sciensano, et je suis rassuré de voir que vous vous basez sur des études scientifiques. Je vous serai reconnaissant de nous transmettre ces chiffres dès qu'ils seront en votre possession.

Je suis également ravi d'entendre que la lutte contre le commerce illégal est une priorité pour vous. Nul doute que vous vous coordonnerez sur ce point avec vos collègues du gouvernement et des Régions.

03.06 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, voor Nederland en Frankrijk ging het over de aanwezigheid van illegale sigaretten en niet over de legale beslissingen die die landen hebben genomen – waar ik overigens een voorstander van ben.

De harmonisatie van de prijzen en de Europees tabaksaccijnsrichtlijn lijken me een bijzonder belangrijk spoor. Ik ga ervan uit dat u dit ook op tafel zult leggen in de contacten met uw Europese collega's, zodat we er ten minste binnen de Europese Economische Ruimte voor zorgen dat die verschuivingen zo veel mogelijk worden beperkt. Via het vliegtuig – dat betreft natuurlijk gebieden buiten Europa – of via de trein naar Engeland wordt het immers al een stuk moeilijker om aan dat soort grensaankopen te doen.

In die zin denk ik dat daar nog een grote winst te boeken valt. Op die manier kunnen we die achterdeur toch beter sluiten.

Tegelijkertijd ben ik ook dankbaar dat u verwezen hebt naar e-sigaretten en naar alles wat daar al dan niet in zit. Ik denk dat een strenge controle, met inzet van de Douane en met regelmatige inspecties en leeftijdscontroles in verschillende winkels, de eerste jaren echt noodzakelijk blijft. Zo kunnen we dit systeem van illegale verkoop – God mag weten wat er in al die sigaretten zit – hopelijk uitroeien. Dat vormt op zich nog een bijkomend gezondheidsrisico.

03.07 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, het is een typisch argument wanneer men iets wil ondernemen tegen bepaalde machtige sectoren, of het nu gaat over gokken, tabak of zelfs spermadonatie: men waarschuwt altijd voor de illegale industrie en grensoverschrijdende aankopen, om op die manier te argumenteren dat het niet veel zin heeft om actie te ondernemen.

Ik zou u vooral willen aanmoedigen uw beleid inzake tabak verder te zetten. Ik laat mij ook niet overtuigen door rapporten die door de sector zelf betaald worden. Die wijzen immers steevast naar die illegale markt. Dat consumenten de grens oversteken, moeten we met de nodige omzichtigheid bekijken.

Handhaving vind ik wel erg belangrijk en dat staat gelukkig ook in uw beleidsnota. We kunnen zoveel maatregelen bedenken als we willen, zonder handhaving zullen deze overtreden worden. We moeten dus de wortel en de stok gebruiken. De stok moet zeker worden gehanteerd via inspecties. Daarvoor zijn bijkomende personeelsleden nodig. Ik weet dat dit ook werd opgenomen in de beleidsnota en de beleidsverklaring. Ik hoop dat daar binnen afzienbare tijd ook gevolg aan wordt gegeven.

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

04 Actualiteitsdebat over het geneesmiddelenbeleid en toegevoegde vragen van

- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het farmaceutische meerjarencader" (56006620C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het remgeld voor geneesmiddelen" (56006650C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het geneesmiddelenbeleid" (56006700C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het geneesmiddelenbudget en de impact op de portemonnee van de patiënt" (56006717C)

04 Débat d'actualité sur la politique des médicaments et questions jointes de

- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le cadre pharmaceutique pluriannuel" (56006620C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le ticket modérateur des médicaments" (56006650C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique en matière de médicaments" (56006700C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le budget des médicaments et l'impact sur le portefeuille des patients" (56006717C)

04.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, een zeer grote uitdaging voor de begroting van de ziekteverzekering de komende jaren ligt bij de uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen; dat is geen verrassing. Bij ongewijzigd beleid, wat niet onze wens is en volgens mij ook onhoudbaar, spreken we over ramingen die uitgaan van een jaarlijkse groei van meer dan 7 of 8 %. Dat ligt dus fors boven de reële groeinorm. Het farmabudget slorpt op die manier een steeds groter aandeel van het RIZIV-budget op, als we dat laten gebeuren. Dat betekent dat er een kleiner deel van de taart voor bijvoorbeeld andere zorgverstrekkers overblijft.

Daarnaast en tegelijk is de nood hoog bij patiënten met specifieke zorgbehoeften. Zij wachten ongeduldig op een snellere toegang tot innovatieve behandelingen. Andere patiënten vrezen dan weer dat het risico van onbeschikbaarheid voor sommige noodzakelijke geneesmiddelen groter wordt of zich

daadwerkelijk zal voordoen.

Om die redenen hebben we in het regeerakkoord afgesproken dat er tijdens deze legislatuur een farmaceutisch meerjarenkader zou worden uitgewerkt. Het is een soort van kompas om ons geneesmiddelenbeleid financieel houdbaar te houden, dat tegelijk beantwoordt aan terechte maatschappelijke noden, bijvoorbeeld inzake de beschikbaarheid van geneesmiddelen.

Mijnheer de minister, hoever staat u met de uitwerking van dat meerjarenkader en het overleg met de farmaceutische sector?

Hoe is dat overleg verlopen of hoe verloopt het momenteel, niet alleen met de farmaceutische sector, maar ook met alle andere actoren die een invloed op het geneesmiddelenbudget hebben? Ik denk aan de industrie, artsen, voorschrijvers, verzekeringsinstellingen, apothekers, parallelimporteurs enzovoort.

Is er al overeenstemming bereikt om in een apart budget te voorzien voor nieuwe noodzakelijke maatregelen inzake *fast and early access*?

04.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het geneesmiddelenbeleid is zeer belangrijk. Innovatieve geneesmiddelen nemen ongeveer 17 % van het geneesmiddelenbudget in. We hebben afgesproken dat er een meerjarenplan gemaakt zou worden, een duidelijk plan, vastgelegd na dialoog en waarbij hervormingen horen.

U hebt al een aantal plannen in de pers toegelicht, waaronder een aanpassing van het remgeld en de terugbetalingsregeling voor bepaalde medicatie. Naar ik aanneem, was dat maar een heel klein deeltje van uw plannen. Die maatregelen worden uiteraard ingegeven door de noodzaak om het gezondheidsbudget toekomstbestendig te maken, maar ook om op lange termijn kwaliteitsvolle zorg en innovatie te kunnen blijven garanderen voor onze burgers.

Mijnheer de minister, kunt u duiding geven bij de precieze doelstellingen van de hervormingen, bijvoorbeeld de aanpassingen van het remgeld voor bepaalde geneesmiddelen?

In welke mate zal uw hervorming of uw hervormingsplan patiënten helpen om toegang te houden tot betaalbare zorg en innovatie? Zult u ervoor zorgen dat we een betere score halen voor de WAIT-indicator dan in de voorbije jaren?

Plant u evaluatiemomenten om het effect van die maatregelen op zowel de budgettaire doelstellingen als de toegankelijkheid van zorg op te volgen?

Eigenlijk zijn er momenteel twee discussies aan de gang, een discussie over het meerjarenplan en een discussie over de hervorming van de *management entry agreements*, de contracten. Worden die discussies op een of andere manier gekoppeld? Verlopen de gesprekken goed?

Ik heb ook nog een vraag over de wet houdende diverse bepalingen die op komst is, maar waarvan ik de tekst nog niet heb kunnen doornemen. Staan in die wet voorafnames inzake tijdelijke contracten? Wat is de planning ter zake?

04.03 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je lis dans la presse que vous avez présenté une note au gouvernement le 3 juillet dernier pour limiter les dépenses liées aux médicaments, qui ne cessent en effet d'augmenter au fil des années. L'objectif est de plafonner la part de ce budget à 17 % du budget des soins de santé, soit une économie de 432 millions d'euros en 2026.

Parmi les mesures envisagées, je lis que vous pensez sérieusement à faire payer directement le patient en augmentant le coût d'un certain nombre de médicaments, d'abord en relevant le ticket modérateur pour tous les médicaments d'un euro par boîte pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) et de deux euros pour les autres et, ensuite en diminuant le remboursement de certains médicaments spécifiques. Parmi ceux-ci, il y a les statines, comme le Zocor ou le Lipitor, qui traitent le cholestérol, mais qui visent aussi plus largement à prévenir les AVC. Sont également dans votre viseur les médicaments qui réduisent l'acidité gastrique, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), comme le Pantomed ou le Nexiam. Avec votre réforme, le prix pour le patient pour une boîte de 56 comprimés de Pantomed 40 mg passerait donc de 4,70 euros à 15,20 euros.

Monsieur le ministre, vous le savez pertinemment, les médicaments que vous visez doivent être prescrits par un médecin. Ce n'est donc pas le patient qui décide de son plan de traitement. Mais où allons-nous, alors? Vous allez donc faire payer les patients, alors qu'il faudrait – si on suit votre logique de la surprescription – prendre des mesures pour modifier les comportements de prescription des médecins.

Monsieur le ministre, quelles sont les mesures contenues dans ce plan visant la réduction du budget des médicaments? À quelle hauteur les mesures qui impacteront directement le portefeuille des patients s'élèveront-elles? Quels types de médicaments seront-ils concernés par une hausse de prix pour les patients? Des mesures sont-elles envisagées pour favoriser concrètement une prescription appropriée des médicaments dans le chef des médecins? À quelle hauteur l'industrie pharmaceutique contribuera-t-elle dans ce cadre?

04.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: We zullen op het vlak van geneesmiddelen inderdaad een zeer grote inspanning moeten leveren. Dat heeft te maken met het feit dat de uitgaven voor geneesmiddelen, als we niets ondernemen, jaarlijks met 7 tot 8 % stijgen. Dat is aanzienlijk meer dan de groeinorm van het algemeen gezondheidsbudget en de index die daarop wordt toegepast. Als we geen maatregelen nemen, zal het geneesmiddelenbudget volgend jaar meer dan de helft opslorpen van de marge die we door de groeinorm verkrijgen.

Die groeinorm is bedoeld voor gerichte investeringen in prioriteiten binnen de gezondheidszorg en om de vergrijzing op te vangen, niet om eender welke stijging in het uitgavenvolume, laat staan overconsumptie, te absorberen. Wat we uitgeven aan geneesmiddelen, kunnen we niet besteden aan andere zorg. Ik geef als voorbeeld enkele andere prioriteiten: de versterking van onze eerstelijns psychologische ondersteuning of de tand- en mondzorg.

Daarom zal de regering voorstellen om het nettogeneesmiddelenbudget vast te leggen op 17,3 % van het nettogezondheidszorgbudget. Zo zorgen we ervoor dat de uitgaven voor geneesmiddelen niet sneller stijgen dan de som van de groeinorm en de index. Het gaat dus om een vast percentage van het groeiend budget.

Die doelstelling vergt volgend jaar een inspanning van 466 miljoen euro binnen het geneesmiddelenbudget. Dat is een enorme opdracht. Aangezien het globaal budget voor geneesmiddelen volgend jaar 6,8 miljard euro bedraagt, gaat het dus om een inspanning van ongeveer 7 % van het vooropgesteld budget. Om een dergelijke correctie te realiseren, moet iedereen zijn deel doen.

Gezien de omvang van de inspanning heeft de regering besloten om niet te wachten tot het laatste moment om maatregelen uit te werken. We doen nu al proactief een voorstel aan het Verzekeringscomité. U weet dat de begroting van het RIZIV wordt beheerd via het overlegmodel. Daar dienen besparingsmaatregelen te worden beslist, dus het is mogelijk dat er nog wijzigingen komen aan wat ik nu uiteenzet, maar we vonden het toch belangrijk om een voorstel te formuleren.

Ik ben van mening dat ons voorstel evenwichtig is en een goede basis vormt voor de discussie binnen de overlegorganen. In ons voorstel staat de farmaceutische industrie garant voor 57 % van de totale inspanning. Dat is aanzienlijk. Dat komt doordat ze borg moet staan voor 80,3 miljoen euro aan maatregelen en daarbovenop nog een algemene budgettaire garantie moet bieden via wat wij de clawback noemen, een recuperatiemechanisme.

We denken dat dat fair is. De farmaceutische industrie heeft er belang bij dat het budget houdbaar blijft. Ze speelt uiteraard ook een rol in de promotie van geneesmiddelen en in de stijging van de uitgaven.

Het zou echter niet fair zijn te stellen dat enkel de farmaceutische industrie boter op het hoofd heeft, als ik mij die uitdrukking mag veroorloven. Dat is zeker niet helemaal juist. We weten dat we in het algemeen soms slordig omspringen met medicatie. Ik durf zeggen dat we er een beetje mee smossen. We hebben thuis allemaal uitpuilende kastjes vol medicatie die niet wordt gebruikt. Oudere mensen nemen vaak tien tot vijftien pillen per dag. Men kan zich afvragen of dat allemaal nodig is. We zien bovendien dat veel mensen de duurste en nieuwste geneesmiddelen voorgeschreven krijgen, terwijl goedkopere alternatieven voor de meeste mensen ook prima werken. Dat kost de ziekteverzekering

heel veel geld. Het gaat om belastinggeld dat we eigenlijk beter aan iets anders kunnen besteden.

Daarom voeren we een maatregel in waarbij apothekers vanaf volgend jaar enkel nog de exact benodigde hoeveelheid antibiotica meegeven voor de behandeling. Vandaag krijgen mensen vaak grote verpakkingen mee naar huis, waardoor heel wat van die antibiotica blijven liggen. Die belanden dan in het medicijnkastje, in de vuilnisbak of zelfs in het toilet, wat zoals bekend schadelijk is voor het milieu en de volksgezondheid. We vragen dus een praktische inspanning van de apothekers om te helpen verspilling tegen te gaan.

Mais les patients ont également leur part de responsabilité. Je prends l'exemple des médicaments contre le cholestérol. Ils jouent un rôle très important dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Mais, en même temps, il y a un problème que nous pouvons difficilement ignorer: un quart des Belges de plus de 40 ans prend des statines et environ 55 % d'entre eux ne les prennent pas correctement ou arrêtent prématurément le traitement, de sorte que les médicaments perdent leur efficacité. En effet, un médicament pour faire baisser le cholestérol n'a de sens que s'il est pris rigoureusement pendant des années, sinon il n'a aucun effet.

Les médicaments contre le cholestérol, comme ils sont utilisés aujourd'hui, représentent donc un gaspillage considérable. Actuellement, un patient, un citoyen, paie entre 0,4 et 1,90 euro pour un traitement d'un mois aux statines. Ces médicaments semblent donc très bon marché mais ils représentent une grosse dépense pour l'assurance maladie. Chaque année, plus de 250 millions d'euros sont consacrés aux hypocholestérolémiants, soit plus de 4 % du budget des médicaments.

Avec une augmentation du ticket modérateur, nous voulons sensibiliser davantage les patients, tout en maintenant l'accessibilité des statines. Dans la proposition que nous soumettons, un traitement d'un mois coûterait entre 3 et 6 euros à l'avenir. Ce montant n'est pas insurmontable, mais il montre aux citoyens que des médicaments bon marché ont quand même aussi un coût.

De plus, les statines restent couvertes par le maximum à facturer, qui sert de filet de protection pour les personnes qui ont déjà des frais de santé élevés. Je comprends qu'une telle mesure n'est pas évidente à prendre mais nous ne pouvons plus fermer les yeux sur le problème. Nos médicaments doivent être utilisés de manière correcte, même s'il s'agit de produits très bon marché.

Dat geldt ook voor maagzuurremmers. België is de vierde grootste gebruiker van maagzuurremmers in Europa. Dat is moeilijk uit te leggen, en het kost de sociale zekerheid jaarlijks 130 miljoen euro. Wat we betalen aan maagzuurremmers, kunnen we niet aan andere prioriteiten besteden. Een deel van de overconsumptie wordt gedreven doordat veel mensen de maagzuurremmers chronisch innemen, terwijl voor de meeste behandelingen een paar weken voldoende is. Als men echter stopt met een maagzuurremmer, krijgt men een reboundeffect, waardoor het zuur terugkeert. De mensen menen dan dat ze de maagzuurremmers voort moeten innemen. De patiënt zou die medicatie moeten afbouwen, maar door het reboundeffect blijven veel mensen de medicatie chronisch innemen, terwijl dat medisch gezien niet strikt noodzakelijk is. Ook daarom moeten we proberen de patiënten bewuster en verantwoordelijker te doen omgaan met medicatie. Maagzuurremmers zullen zeer toegankelijk blijven. Wie reeds geconfronteerd wordt met hoge kosten, blijft gedekt door de maximumfactuur.

Mevrouw Désir, ik wil even een misverstand uit de wereld helpen. We zullen het remgeld niet met één of twee euro per doosje verhogen. Dat is een misverstand. Wat we wel zullen doen, is een minimumprijs invoeren per doosje. Veel medicatie kost vandaag voor de patiënt maar 60 of 80 eurocent per verpakking. Die doosjes zullen in de toekomst minimaal 1 euro kosten voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming, althans volgens het voorstel dat we hebben geformuleerd, en 2 euro voor mensen zonder verhoogde tegemoetkoming. Kortom, in dat voorstel zal een doosje dat vandaag al 2,5 euro kost voor de patiënt niet verhoogd worden in prijs. We beogen echt wel de laagst bestaande remgelden.

De opbrengst van die maatregel wordt rechtstreeks geïnvesteerd in zorg voor de patiënten. Het is geen besparing. Met dat geld zullen we namelijk de maximumfactuur uitbreiden, waardoor geneesmiddelen die vandaag niet binnen de MAF zitten, zoals anti-allergiemedicatie, bepaalde anticonceptiepillen en medicatie voor mensen met prikkelbaredarmsyndroom in de toekomst wel gedekt worden door de maximumfactuur.

Daarnaast zullen we een nieuwe procedure lanceren waardoor mensen met een erge ziekte die

dringend wachten op een medicament dat nog niet is goedgekeurd door het Europees Geneesmiddelenagentschap of dat nog niet door het RIZIV wordt terugbetaald, het toch al kunnen krijgen.

We herorganiseren. We verbeteren. We versterken dus de solidariteit.

Naast de maatregelen bij de industrie en de apothekers, maar ook bij de burgers, vragen we inspanningen van de mutualiteiten, de artsen en de ziekenhuisapotheken.

Ik gaf daarnet al aan dat het steeds willen overschakelen naar het duurste medicament, terwijl het oude nog goed werkt, ook een vorm van verspilling is. De artsen staan in het voorstel garant voor 16 miljoen euro aan besparingen. Die afspraak werd vorig jaar al gemaakt, maar is nog niet ingevuld met concrete maatregelen. De regering zal aan de artsen vragen om die maatregelen te prioriteren, met de nadruk op goedkoop voorschrijven en het voorschrijven van biosimilars.

Daarnaast hebben we een concrete incentive uitgewerkt voor de ziekenhuizen om minder snel naar het duurste medicament over te schakelen door de nieuwste geneesmiddelen in het therapeutisch arsenaal bij de ziekenhuizen 10 % minder te vergoeden. Let wel, het is geen rechtstreekse besparing op de ziekenhuisapotheken, aangezien ze hun prijzen afzonderlijk met de industrie onderhandelen. Er moet echter beter worden nagedacht over de vraag wanneer een duur medicament echt nodig is of wanneer het origineel nog volstaat.

Ook de mutualiteiten zullen hun deel bijdragen. Ze moeten strenger toezien op de naleving van de vergoedingsvoorwaarden voor dure geneesmiddelen. Zij staan voor 10 miljoen euro borg.

Geachte Kamerleden, we kunnen het ons niet langer veroorloven om weg te kijken van de verspilling bij medicatie. Alles wat we uitgeven aan geneesmiddelen kunnen we niet meer besteden aan andere belangrijke zaken. Er ligt een gebalanceerd voorstel voor, waarin iedereen zijn deel moet doen om het geneesmiddelenbudget op het rechte en beoogde spoor te houden.

Als we de taart van 466 miljoen euro aan maatregelen op een slimme manier verdelen, dan ziet de verdeling er als volgt uit: drie vijfde aan inspanningen voor de industrie, een vijfde voor de patiënt en een vijfde voor artsen, mutualiteiten en apothekers. Voor elke euro die we vragen aan patiënten of andere sectoren, vragen we er drie aan de industrie. Dat is een eerlijke verdeling van de inspanning. Dat beleid is nog niet beslist, het is een voorstel van de regering. Het komt uiteindelijk toe aan het overlegmodel van het RIZIV, waarin de mutualiteiten, de werkgevers en de werknemers vertegenwoordigd zijn, om in oktober de knoop door te hakken over hoe de inspanning concreet wordt verdeeld.

Daarnaast willen we uiteraard ook al verder kijken dan 2026. Er blijven immers grote uitgaven die moeten worden aangepakt, bijvoorbeeld in de oncologie, waar het budget sinds 2018 is verdubbeld. Ook het geneesmiddelentekort moet worden aangepakt. In overleg met de ziekenfondsen, de industrie en andere stakeholders spreken we daarom een farmaceutisch meerjarig kader af. Dat moet niet alleen het budget voor de komende jaren vastleggen, maar ook de acties bepalen om dat budget opnieuw op het juiste spoor te krijgen. Ook die onderhandelingen zullen binnenkort op het niveau van de regering moeten landen.

04.05 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, in het verdere proces van de opmaak van de begroting 2026 wordt dus een heel uitgebreid voorstel voorgelegd aan de overlegorganen.

Voor Vooruit is het belangrijk dat het voorstel aan de overlegorganen van het RIZIV evenwichtig is en dat het resultaat na de overlegondes aldaar eveneens evenwichtig is. Daarom is het belangrijk dat alle actoren van het geneesmiddelenbeleid betrokken worden. Als ik het goed begrepen heb, plant u hervormingen voor de industrie, de parallelimporteurs, de artsen in het kader van het voorschrijfgedrag van goedkopere geneesmiddelen, de apothekers, met een incentive voor het afleveren van het juiste aantal antibiotica, de ziekenhuisapotheken, en ook de patiënten wat betreft de prijs per doosje.

Voor Vooruit is het daarbij van essentieel belang dat de gevraagde inspanningen effectief opnieuw worden geïnvesteerd. Ik heb begrepen dat er een uitbreiding komt van de maximumfactuur, zodat meer geneesmiddelen onder de MAF vallen. Dat is belangrijk, want voor sommige patiënten loopt de

geneesmiddelenfactuur hoog op en we moeten ervoor zorgen dat ook zij toegang blijven hebben tot geneesmiddelen en niet afgeblokt worden vanwege financiële redenen.

Ik heb begrepen dat er een apart budget komt voor innovatieve geneesmiddelen die nog niet erkend zijn door het EMA en/of nog niet terugbetaald worden, zodat die geneesmiddelen sneller beschikbaar zijn voor patiënten die daaraan nood hebben.

Die evenwichtige lijnen moeten het proces ingaan en hopelijk ook eruit komen, want dat evenwicht tussen alle actoren is nodig. Iedereen moet inspanningen leveren en iedereen moet investeren. Al die hervormingen samen moeten zorgen voor een duurzaam geneesmiddelenbeleid.

Tevens heb ik goed begrepen dat het geneesmiddelenbudget op 17,3 % wordt vastgelegd, wat betekent dat voor de farmasector zowel de groeinorm als de index gegarandeerd wordt. Dat is in het verleden wel anders geweest.

04.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is effectief belangrijk dat we het geneesmiddelenbeleid evenwichtig en in dialoog hervormen en dat we het budget op een duurzame manier invullen. U hebt terecht opgemerkt dat het gaat over volume, over de voorschrijvers, over de ziekenfondsen en over de farmasector.

Ik heb het enigszins moeilijk met het feit dat het geneesmiddelenbudget zo strikt wordt afgelijnd. We hebben altijd gezegd, ook tijdens de vorige legislatuur, dat we buiten de schotten moeten denken en dus ook farmaco-economische beschouwingen in overweging moeten nemen. Wanneer een bepaalde therapie andere ingrepen kan voorkomen, is het uiteraard verantwoord om innovatie terug te betalen. Dat mogen we vooral niet uit het oog verliezen.

U vermeldt een inspanning van 466 miljoen euro en stelt dat een deel daarvan wordt teruggegeven aan de meest behoevende patiënten. U wilt de maximumfactuur verruimen. Ik zou er ook voor willen pleiten om de gerealiseerde inspanningen en besparingen opnieuw te investeren in innovatie, want daarin schieten we op dit moment tekort.

In het voorstel dat aan het Verzekeringscomité is voorgelegd, is naar mijn weten de clawback opgetrokken. Dat had ik graag nog van u bevestigd gehoord. Nochtans is het doel van de clawback altijd geweest om het geneesmiddelenbudget goed te beheren. Die 4 % leek mij dan ook een aanvaardbaar percentage. We hebben dat samen nog goedgekeurd voor de vivaldiregering van start ging. Daarom vraag ik me af waarom we nu meer zouden willen inschrijven, aangezien dat eigenlijk aan het doel voorbijgaat, namelijk een goed beheer van het geneesmiddelenbudget.

Ik neem aan dat het inzake de genoemde 57 % als totale inspanning van de farmaceutische industrie om de innovatieve farma-industrie gaat. Daarover wil ik toch nog één opmerking maken. U hebt zelf aangegeven dat de kostprijs van kankermedicatie is verdubbeld. Het aantal patiënten is ook sterk toegenomen. De levensverwachting en dus de chroniciteit van de medicatie is gestegen. Ik denk dat we ons daarop niet mogen verkijken. Het is immers de bedoeling dat onze kankerpatiënten goed worden behandeld en zolang mogelijk correct kunnen functioneren.

Inzake de aanpassing van het remgeld is er nog één mogelijkheid die ik nog niet heb gehoord, met name inzake een beweging die al is ingezet bij de anti-allergica, waarbij men van een C naar een D is gegaan. Zo kan bijvoorbeeld cetirizine op voorschrift met terugbetaling worden afgehaald bij de apotheek of vrij worden aangekocht zonder terugbetaling. In het algemeen kan misschien worden bekeken welke geneesmiddelen van terugbetaling kunnen worden uitgesloten wanneer de patiënt daar zelf voor kiest.

04.07 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse détaillée.

Qu'il faille fournir des efforts pour contenir la croissance exponentielle de la part du budget consacrée aux médicaments est une chose, mais en faire peser la responsabilité individuellement sur les patients nous semble à la fois injuste et inefficace. Par exemple, pour le patient qui prend des statines parce qu'il souffre d'un excès de mauvais cholestérol, que les régimes n'y ont rien fait et que son médecin lui a prescrit ce médicament pour lui éviter des maladies cardiovasculaires graves, quelle est l'autre solution, hormis payer davantage demain pour continuer à se soigner et prévenir des maladies

cardiovasculaires?

De manière générale, mon groupe dénonce depuis plusieurs mois l'insuffisance du budget des soins de santé pour répondre aux besoins réels de la population. Votre réponse relative au prix des médicaments nous fait à nouveau craindre que ce soit bien le patient qui paie *in fine* la facture des économies importantes que le gouvernement a décidé de réaliser dans le budget des soins de santé. Or nous savons bien que l'accès aux soins est déjà problématique pour une part non négligeable de nos concitoyens.

04.08 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'ai un peu de mal à ne pas réagir, puisque c'est un secteur que je connais bien. Je vais donc vous donner mon avis.

Pour moi, la gratuité n'éduque personne. En effet, dans l'inconscient collectif, quelque chose de gratuit ne vaut rien. Comme vous le soulignez, même si l'on augmente légèrement le prix du médicament et que le patient doit alors puiser dans sa poche, il reste toujours le cliquet du maximum à facturer (MAF), qui est actionné de plus en plus tôt dans l'année. En mars-avril, nous savons que des gens se trouvent déjà en situation de MAF. C'est quand même un signe.

Je tiens à souligner un fait historique. Depuis de nombreuses années, le secteur pharmaceutique a toujours fourni énormément d'efforts pour jouer financièrement la carte de la solidarité afin que le système solidaire des soins de santé tienne encore la route et que tout le monde puisse y accéder. Cela me donne envie de faire un petit clin d'œil, afin de détendre quelque peu l'atmosphère, et sans chercher à établir de comparaison avec d'autres métiers des soins de santé. Malgré tous ces efforts budgétaires consentis quotidiennement par le secteur pharmaceutique et son attitude exemplaire, ce n'est pas pour autant qu'il vous menace ou se met en grève. J'espère que vous le retiendrez et je vous remercie de votre attention.

04.09 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je vais également dire un petit mot, puisque chacun parle de son expérience. Quelque chose m'a choquée dans ce que vous avez expliqué – par expérience personnelle certainement aussi. Vous dites que les gens abusent du médicament pour lutter contre le cholestérol, ou du Pantomed pour les douleurs d'estomac. Comme l'a très bien dit ma collègue, ces médicaments sont prescrits par un médecin.

On va donc augmenter le prix pour sensibiliser les patients. C'est cela qui me choque. Je prends du Pantomed depuis plus de 20 ans. C'est un exemple. On en avait déjà parlé lors d'un débat ici. Vous avez l'air de dire que ce n'est pas un bon médicament, mais qu'on est encore en train de chercher des alternatives. Aujourd'hui, vous dites que l'on va sensibiliser les patients pour qu'ils n'abusent pas de ces médicaments. On va donc les rendre plus cher. Tout de suite, ils vont aller mieux et ils vont moins en consommer. C'est cela que je n'aime pas dans l'approche qui est la vôtre. Les personnes qui prennent ces médicaments ne les prennent pas par plaisir. Tout le monde aimerait bien pouvoir vivre sans médicaments.

Vous preniez également l'exemple de personnes âgées qui ont 10 ou 12 médicaments. Ce sont très souvent les médecins qui les prescrivent.

Puisque tout le monde parle ici de son expérience, je pense que ce n'est pas nécessairement le patient qu'il faut sensibiliser, et certainement pas en augmentant le prix de médicaments comme ceux-là. Des alternatives doivent être recherchées par ailleurs. Voilà mon avis sur la question.

La **présidente**: Quelqu'un veut-il encore donner son avis?

04.10 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, ik ben zeker nog geen expert in deze materie, maar ik begrijp zeer goed dat dit natuurlijk een belangrijke factor is in de totale budgettering. Tegelijk mag het geen dogma zijn om de door u beoogde en misschien ook noodzakelijke besparingen volledig af te leiden naar mogelijkheden om de maximumfactuur uit te breiden. Dat vergt toch een grondigere analyse. De vraag is ook of we daarmee de gewenste effecten bereiken en of iedereen dan wel degelijk een goed begrip heeft van wat die medicatie waard is.

U verklaart dat bepaalde geneesmiddelen duurder zouden kunnen worden, omdat ze vandaag erg goedkoop zijn en het product niet naar waarde wordt geschat.

Overigens hoed ik me ervoor om de link te leggen met remgelden voor prestaties bij onder anderen huisartsen. Als we de intellectuele eerlijkheid hebben om dit hier te benoemen, mogen we dat ook doen voor prestaties door huisartsen. Mijn punt is dat het niet alleen nodig is om te bekijken hoe we de prijs of de terugbetaling kunnen verlagen, maar ook, zoals mevrouw Depoorter opmerkte, of we een evaluatie kunnen maken van welke geneesmiddelen eventueel niet langer terugbetaald kunnen worden. Het is namelijk zo dat bepaalde geneesmiddelen toegankelijk en betaalbaar zijn en dat het niet altijd nodig is dat die op kosten van de overheid worden voorgeschreven.

Een andere bekommernis die aan bod kwam en die ik zeker deel, is dat een deel van de middelen die u zult besparen op geneesmiddelen, moet worden geherinvesteerd in de farmasector, bijvoorbeeld in innovatie en *early access*. Dat is een werf die u zeker niet over het hoofd mag zien.

Mijnheer de minister, we hebben de farmasector ook hard nodig in ons land. Die heeft er al voor gezorgd dat heel wat mensen vroegtijdig toegang kregen tot innovatieve geneesmiddelen. Het zou dan ook bijzonder jammer zijn als we dat voordeel in de toekomst zouden verliezen door te desinvesteren in deze sector.

04.11 Frank Vandenbroucke, ministre: Je parle toujours trop longtemps, mais jamais assez. Pour être clair en ce qui concerne les médicaments contre l'acidité gastrique...

La **présidente**: Je vais venir vous consulter. Peut-être avez-vous la solution à mon problème pour lequel personne n'a trouvé de remède depuis 20 ans.

04.12 Frank Vandenbroucke, ministre: Personnellement, j'ai arrêté les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), sans problème. Le Pantomed m'avait été prescrit en combinaison avec d'autres médicaments nécessaires. Un jour, je me suis demandé pourquoi je devais le prendre et j'ai arrêté, sans en subir de conséquences.

S'agissant du remboursement des IPP et autres, tout dépend de l'indication médicale. Nous maintiendrons ces médicaments dans la catégorie A, avec un le remboursement presque complet, pour toute une série d'indications, et particulièrement pour les affections chroniques et les traitements de courte durée. Nous sommes toutefois presque les champions du monde de la prescription de médicaments que nous utilisons dans toute une série d'autres contextes que ceux où ils se révèlent être une nécessité médicale. Nous maintiendrons donc le remboursement maximal pour les nécessités médicales, mais si ce n'est pas le cas, le remboursement sera réduit. Le ticket modérateur augmentera en effet. Pas de façon dramatique, mais assez pour sensibiliser le patient afin qu'il en discute avec son médecin prescripteur.

La **présidente**: S'agit-il de sensibiliser le patient ou le médecin? Ce n'est pas le patient qui décide de son traitement.

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

05 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van de S2-centra" (56005079C)

05 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'agrément des centres S2" (56005079C)

05.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, elke dag krijgen ongeveer 60 mensen in ons land een beroerte. Sommigen overlijden eraan, zeer vaak houdt men er ernstige en blijvende schade aan over. In de meeste gevallen helpt een trombolysie, maar soms is ingrijpendere ingreep nodig, waarbij de bloedklonter via een katheter verwijderd wordt. Dat gebeurt in gespecialiseerde ziekenhuizen, de zogenaamde S2-centra. In Limburg zijn er twee S2-centra: het Jessa Ziekenhuis in Hasselt en het ZOL in Genk. Zij werken al jarenlang nauw samen om alle Limburgers toegankelijke en kwaliteitsvolle beroertezorg aan te bieden.

In het kader van het centralisatiebeleid van de vorige legislatuur, werd een afstandsnorm van 25 kilometer ingevoerd. Als gevolg daarvan dreigde een van beide Limburgse ziekenhuizen zijn

erkenning te verliezen. U hebt toen een tijdelijke regeling ingevoerd, waardoor op twee vestigingsplaatsen nog uitvoering mocht worden gegeven aan ook de meer ingrijpende ingrepen.

De Raad van State is op 2 december 2024 echter helder geweest over de eerdere beslissingen. Die zijn volgens de raad niet in verhouding met het doel om kwaliteitsvolle en nabije, toegankelijke zorg aan te bieden. Al stevige pleitbezorger voor nabije en toegankelijke zorg vraag ik mij af welke gevolgen aan die uitspraak van de Raad van State worden gegeven in het beleid rond de S2-centra. Ik denk dat het arrest de kas biedt om beroertezorg niet verder blind te centraliseren, maar om ze te organiseren volgens de realiteit op het terrein. Ik hoef u niet te vertellen hoe cruciaal het *golden hour* is voor beroertepatiënten.

Kunt u garanderen dat zowel het ZOL als het Jessa Ziekenhuis in Limburg hun belangrijke rol in de beroertezorg kan blijven vervullen? Bent u in gesprek met de deelstaten om tot een meer gedragen en werkbaar regeling te komen, die zowel de bereikbaarheid als de kwaliteit van de beroertezorg garandeert? Zult u ook in overleg gaan met de mensen op het terrein, met de gespecialiseerde ziekenhuizen zelf om tot een gedragen oplossing te komen? Vinden er vandaag al gesprekken plaats om tegemoet te komen aan de noden van elke patiënt?

Welke lessen trekken we hieruit, zodat we in de toekomst – er liggen immers weer plannen voor centralisatie op tafel – niet meer in een situatie terechtkomen waarin bepaalde beslissingen worden genomen, die vervolgens door de Raad van State onder voorbehoud worden gehouden of zelfs worden tegengesproken omwille van kwaliteitsvolle en nabije zorg?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Nawal, ik dank u voor uw vraag. Het betreft immers een belangrijk thema.

Ik beklemtoon, ten eerste, dat de Raad van State eigenlijk niets heeft opgemerkt over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De Raad van State doet geen uitspraken over de vraag hoe de zorg moet zijn georganiseerd op basis van de nood aan een goed aanbod voor de Belgische bevolking. Dat zou een opportuniteitsoordeel zijn, wat de Raad van State nooit doet. De Raad van State heeft bovendien niet over medische expertise.

Het koninklijk besluit van 20 september 2022 werd op louter formele gronden vernietigd. De Raad van State achtte het aanvaardbaar dat een afstandscriterium werd gehanteerd, maar vond de keuze voor een afstand in vogelvlucht versus een afstand gemeten in rijafstand onvoldoende gemotiveerd.

Een tweede nuance die ik wil aanbrengen, is de volgende. U stelt dat door het beleid van de vorige regering, waarin uw partij ook vertegenwoordigd was, minstens een van de twee Limburgse ziekenhuizen de erkenning dreigde te verliezen. Wij moeten echter vaststellen dat noch ZOL noch het Jessa Ziekenhuis vandaag een erkenning bezit voor een gespecialiseerd zorgprogramma acute beroertezorg met invasieve procedures, een zogenaamd S2-centrum. Wat men niet heeft, kan men ook niet verliezen.

Het zal trouwens uiteindelijk aan de Vlaamse Gemeenschap toekomen om te beslissen welke ziekenhuizen in Vlaanderen een erkenning zullen krijgen. De Vlaamse Gemeenschap zal ook bepalen welke rol elk van die ziekenhuizen in de beroertezorg zal spelen.

In uw voorbereiding had u het over "blind en abstract centraliseren". Ik ben het daar eigenlijk niet mee eens. Het gaat hier om wetenschappelijke evidentie over de impact van een voldoende aantal interventionele ingrepen per medische en verpleegkundige equipe. Het gaat dus niet alleen om het niveau van de individuele interventionele radioloog. De impact op de resultaten voor de patiënt is torenhoog. Omdat het aantal beroertes waarbij een interventionele ingreep noodzakelijk is, over de jaren heen niet exponentieel stijgt, is de enige manier om voldoende *exposure* per equipe te garanderen, de zorg te concentreren.

Dat was overigens al dertien jaar geleden de conclusie in een rapport van het KCE. Die conclusie geldt vandaag nog altijd. Behalve de concentratie van de complexere beroertezorg zal er hoe dan ook samenwerking moeten zijn rond de bredere beroertezorg. Dan spreek ik uiteraard over trombolysen, waarbij tijd nog veel belangrijker is.

Hoe de samenwerking op het terrein via het getrapt model eruit zou kunnen zien, is terug te vinden in de visienota Beroertezorg Vlaanderen, die onder andere op basis van gesprekken met het terrein onder Vlaams minister Vandeurzen bij tot stand kwam. Dat er nood blijft aan een samenwerking tussen de aangehaalde Limburgse ziekenhuizen staat buiten kijf, maar die samenwerking zal er gewoon anders uitzien dan wat die ziekenhuizen zelf hadden georganiseerd.

Ik denk dat we het gesprek met het terrein moeten aangaan, maar ik denk dat men beslissingen over hoe men zorg moet organiseren, niet zomaar aan de ziekenhuizen kan overlaten. Men voert een volksgezondheidsbeleid niet op het niveau van het individuele ziekenhuis. Men moet rekening houden met veel factoren om een zo goed mogelijk aanbod aan de bevolking te kunnen bieden.

Elk ziekenhuis is er uiteraard van overtuigd dat het kwaliteitsvolle zorg levert en dat is perfect begrijpelijk. Bovendien, het is niet omdat een ziekenhuis buiten de boot valt in een bepaald concentratiedossier, dat het daarom geen kwaliteitsvolle zorg zou organiseren. Als minister van Volksgezondheid is het niet mijn streven om de koek zodanig te verdelen, zodat elk ziekenhuis een deel krijgt. We moeten ervoor zorgen dat patiënt en samenleving voor die duurbetaalde koek de allerbeste zorg terugkrijgen.

In bepaalde gevallen is een rationalisering van het zorgaanbod voornamelijk een kwestie van de efficiënte inzet van middelen en dus van het garanderen dat we met beperkte middelen zoveel mogelijk gezondheidswinst boeken en zo weinig mogelijk medische noden onbeantwoord blijven. In het dossier over de beroertezorg en in andere gaat het erom dat we voldoende volume in bepaalde gevallen noodzakelijk weten om de best mogelijke expertise en zorg voor de patiënt te garanderen. Er is in casu dan ook maximaal rekening gehouden met de realiteit op het terrein, onder meer door in een ruime programmatieruimte en overgangsmaatregelen te voorzien.

Het gaat om een dossier met een lange voorgeschiedenis. Er is al veel overleg geweest, ook met mijn voorganger, mevrouw De Block, die hierover gesprekken voerde met Jo Vandeurzen. Dat overleg loopt nog altijd, getuige de meerdere protocolakkoorden die met de deelstaten werden gesloten. Ook met de sector is in het verleden intensief overlegd. De adviezen en opinies van de Belgian Stroke Council, die bestaat uit neurologen en andere medische experts, zijn heel interessante literatuur op het vlak van de absolute noodzaak aan concentratie binnen de interventionele beroertezorg.

Die beslissing over levensreddende zorg werd dus niet boven de hoofden genomen, maar met de hoofden van degenen die er dagelijks mee bezig zijn. Ook de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen herbevestigde in het advies van 12 mei 2022 dat een uitsplitsing van het zorgprogramma over meerdere vestigingsplaatsen belangrijke nadelen met zich meebrengt. Concentratie waar nodig blijft dan ook een pijler van ons beleid. In de voorbeelden die u aanhaalt, is de meerwaarde van concentratie volgens mij duidelijk. We blijven dat pad volgen.

Zo het staat ook in het regeerakkoord: nabijheid van zorg wordt gegarandeerd waar dat mogelijk is en hooggespecialiseerde zorg wordt geconcentreerd in expertisecentra, als dat noodzakelijk is voor de zorgkwaliteit. Ik denk dat we dat uitgangspunt moeten aanhouden.

05.03 Nawal Farih (cd&v): Dank u wel, mijnheer de minister, voor het antwoord. Allereerst argumenteert u dat de Raad van State niet heeft geoordeeld over de kwaliteit noch over de toegankelijkheid van zorg. De Raad van State heeft daarover misschien niet letterlijk geoordeeld, maar het feit dat vogelvlucht versus rijafstand in twijfel wordt getrokken, gaat natuurlijk ook over kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg.

Het *golden hour* is cruciaal voor patiënten met een beroerte en ik hoef u niet te vertellen dat Limburg een bijzonder uitgestrekt gebied is. Van het noorden van Limburg naar Genk of Hasselt rijden maakt een groot verschil. Dat gaat over een rijtijd van een uur en een kwartier voor patiënten die uit het noorden hulp zouden moeten zoeken in geval van een beroerte. Ik wil daarom nogmaals de aandacht vestigen op het dossier. Uiteraard moet zorg nabij zijn waar mogelijk en centralisatie waar nodig, maar iedere patiënt verdient kwaliteitsvolle zorg en de aanrijtijden moeten daarbij gerespecteerd worden om de kwaliteit te blijven garanderen.

Wij maakten inderdaad deel uit van de regering toen die een overgangsmaatregel nam, overgangsmaatregel waarvoor wij druk hadden uitgeoefend en die vandaag wel degelijk werkt voor die

twee ziekenhuizen.

Ik hoop oprecht dat het criterium van één vestigingsplaats per regio niet van toepassing wordt, want in een uitgestrekt gebied als Limburg zouden we dan gelet op de aanrijtijden met ernstige problemen op het vlak van de zorgkwaliteit af te rekenen krijgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "TIS-centra in België" (56005085C)

06 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Des centres d'information sur la tératologie en Belgique" (56005085C)

06.01 **Nawal Farih** (cd&v): Tijdens de vorige legislatuur heb ik een resolutie ingediend voor het TIS-centrum. België is het enige land in West-Europa dat nog geen TIS-centrum heeft, terwijl de nood groter is dan ooit.

Uit de cijfers blijkt dat 90 % van de zwangere vrouwen geneesmiddelen gebruikt. Bij 25 % van de zwangerschappen wordt zelfs potentieel risicovolle medicatie gebruikt. Dat wijst erop dat er op het terrein nog veel informatie ontbreekt, zowel voor zwangere vrouwen als voor zorgverstrekkers. Ik las recent in een rapport dat maar liefst 55 % van de vrouwen geen foliumzuur inneemt voor de zwangerschap, vaak omdat ze niet weten dat dit nodig is. In 7 % van de gevallen wordt medicatie voorgeschreven die mogelijk schadelijk is voor de foetus. Correcte en toegankelijke informatie over medicatie tijdens de zwangerschap of borstvoeding moet dus echt een prioriteit zijn, maar die informatie is voor die doelgroep moeilijk vindbaar.

Vrouwen gaan vaak te rade op sociale media of via dokter Google en ook zorgverleners hebben niet altijd de gepaste antwoorden op complexe vragen. In andere landen bestaat al jaren een oplossing: het zogenaamde TIS-centrum. In Nederland wordt dat zeer goed gebruikt. Zowel zorgverleners als zwangere vrouwen kunnen daar terecht voor wetenschappelijk onderbouwd advies. De website van het Nederlandse centrum werd vorig jaar trouwens meer dan 43.000 keer bezocht door Belgische IP-adressen. Dat toont aan dat er in België grote vraag is naar informatie over het gebruik van medicatie tijdens de zwangerschap, een zoektocht bij zowel zorgverstrekkers als zwangere vrouwen.

Ondanks die signalen en de aanbevelingen van het FAGG sinds 2016 is er tot vandaag nog geen actie ondernomen. Ik heb begrepen dat er jaarlijks 500.000 euro nodig is om een volwaardig TIS-centrum te faciliteren. Voor het opstarten van enkel het counselingluik gaat het om 250.000 euro. Als u mij vraagt of het dat bedrag waard is, een kind met een vermijdbare aangeboren aandoening of afwijking behandelen kan dat bedrag al overschrijden, om nog te zwijgen over de levenslange impact op een kind en een gezin wanneer een kind geboren wordt met een aandoening door mogelijk verkeerd medicatiegebruik.

Mijn resolutie ligt sinds 2022 klaar en ik hoop dat ze met deze meerderheid kan worden goedgekeurd.

Mijnheer de minister, ik heb hierover enkele vragen. Waarom heeft België als enig West-Europees land nog altijd geen TIS-centrum, ondanks de aanbevelingen van het FAGG en het herhaaldelijk aanknopen van gesprekken met het kabinet, ook vanuit de sector?

U had recent nog overleg met die vragende partijen. Kunt u ons meedelen wat er precies uit dat overleg is gekomen en wat u met dit dossier van plan bent? Bent u bereid om op korte termijn een concreet engagement aan te gaan en vrijwillig middelen vrij te maken voor de opstart van een pilootproject?

Hoe zult u ervoor zorgen dat België alsnog kan deelnemen aan de Europese netwerken zoals ENTIS of het project ConcePTION, die cruciaal zijn voor kennisdeling van onderzoek?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: We beschikken inderdaad niet over een TIS-centrum, zoals Lareb in Nederland, omdat de taken die zo'n centrum zou vervullen al grotendeels zijn opgenomen in het mandaat van bestaande instellingen zoals het FAGG, het RIZIV, Sciensano en het BCFI. Het FAGG

is verantwoordelijk voor de geneesmiddelenbewaking en houdt de bijsluiters actueel, inclusief informatie over het gebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding.

Het door het FAGG gefinancierde BCFI biedt zorgverleners uitgebreide, evidencebased informatie, inclusief specifieke rubrieken over zwangerschap en borstvoeding in zijn gecommenteerd geneesmiddelenrepertorium.

Daarnaast is er pharmainfo.be, dat begrijpelijke informatie aan burgers aanbiedt, met themapagina's over medicatie bij kinderwens, zwangerschap en borstvoeding.

Hoewel België momenteel geen formeel lid van netwerken zoals ENTIS kan zijn, omdat alleen TIS-centra lid kunnen worden, wordt de informatie uit dergelijke netwerken echter wel in het onderzoek van het FAGG meegenomen. Zo voert het FAGG onder meer farmaco-epidemiologische studies uit, bijvoorbeeld naar het gebruik van valproaat bij vrouwen van vruchtbare leeftijd.

Tot slot wil ik het belang van goed geïnformeerde zorgverleners onderstrepen, of het nu huisartsen, gynaecologen, vroedvrouwen of apothekers zijn. Zij vormen het eerste aanspreekpunt voor veilige medicatie-informatie bij zwangerschap en borstvoeding. We moeten daarop inzetten. Ik denk dat we bestaande structuren zoals het BCFI en pharmainfo.be in het FAGG moeten versterken, eerder dan een nieuw en mogelijk overlappend centrum op te richten.

06.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, voor mij is het eender waar de informatie beschikbaar wordt gesteld voor patiënten, zorgverstrekkers en zwangere vrouwen. Op dit moment is het echter duidelijk dat de bestaande locaties waar die informatie beschikbaar wordt gesteld niet volstaan.

Als we zien dat maar liefst 45.000 IP-adressen op zoek gaan naar informatie via Nederlandse websites – en dan hebben we het nog niet over het *dark number* van vrouwen die via sociale media of dokter Google op zoek gaan – dan moeten we hier veel meer aandacht aan besteden. We moeten ervoor zorgen dat iedereen goed geïnformeerd is.

In 2023 waren er maar liefst 2.500 vroeggeboortes met een aangeboren afwijking. We weten vandaag helaas niet of dat verband houdt met verkeerd medicatiegebruik, maar we moeten er alles aan doen om elk kind met een aangeboren afwijking zo goed mogelijk te vermijden.

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

07 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het tekort aan huisartswachtposten in Limburg" (56005116C)

07 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le manque de postes de garde de médecine générale dans le Limbourg" (56005116C)

07.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, we hebben dit debat al vaker gevoerd. Limburg is een heel uitgestrekte provincie in Vlaanderen, maar telt slechts 7 huisartswachtposten die nachtelijke zorg aanbieden. Dat is niet evident voor elke Limburger, want dat betekent soms een reistijd van 45 minuten, waarbij men al eens een ziekenhuis passeert en men dus sneller de afslag durft te nemen en naar een spoeddienst gaat.

Ik wil graag een stand van zaken krijgen. In het regeerakkoord hebben we afgesproken dat er een nieuwe tekening zou worden gemaakt voor de geografische spreiding van de huisartswachtposten.

Erkent u dat Limburg, in vergelijking met andere provincies, structureel onderbedeeld is op het vlak van nachtelijke huisartswachtposten? Welke objectieve criteria zult u hanteren om de geografische afstand voldoende mee in de weegschaal te leggen bij nieuwe beslissingen? Welke concrete beleidsmaatregelen voorziet u om de structurele scheeftrekking te corrigeren? Kunt u garanderen dat er tijdens deze legislatuur extra wachtpostcapaciteit voor nachtelijke zorg in Limburg zal worden voorzien?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Nawal, dit is een belangrijk thema. U weet dat dokter Roel Van Giel mij onder meer over dit thema adviseert. Hij bekijkt de versterking van de wachtposten, samen met een aantal andere problemen, zoals de verbetering van de 1733 en het verminderen van de druk op de spoeddiensten.

Wat Limburg betreft, denk ik niet dat men kan spreken van een onderbedeling. Als men naar het inwonersaantal kijkt, ziet men dat men in Limburg 1 wachtpost per 112.000 inwoners heeft, terwijl dat in Oost-Vlaanderen 1 per 132.600 inwoners is en in Antwerpen 1 per 146.000. U zult natuurlijk zeggen dat we ook naar de oppervlakte moeten kijken. Dat doen we ook, maar als men de oppervlakte als criterium neemt en Limburg vergelijkt met een ander landelijk gebied, zoals West-Vlaanderen, dan is het verschil ook niet zo belangrijk. In Limburg is er 1 wachtpost per 302 km², in West-Vlaanderen 1 per 286 km². Dat is dus redelijk evenwichtig.

Het probleem is dat als men zegt extra wachtposten, dan moeten ook extra huisartsen die wachtdienst doen. Per weekend zijn er 12 tot 15 artsen in een shift van minimum 12 uur voorzien om een wachtpost te bemannen.

Dat vormt een bijkomende belasting voor de huisartsen, die tijdens de week uiteraard ook al hard werken. Zij staan van 's morgens tot 's avonds klaar om patiënten te helpen in de reguliere zorg. De wachtbelasting moet dan ook haalbaar blijven. Huisartsen moeten zich in alle regio's blijven vestigen, het is belangrijk te vermijden dat bepaalde regio's worden gemeden. Een van de redenen daarvoor is dat de wachtbelasting er te zwaar is. Dat leidt uiteindelijk ook voor de burger tot een ongunstige situatie.

Wat betreft de objectieve criteria, uw tweede vraag, zijn het de huisartsenkringen die beslissen over het oprichten en installeren van een wachtpost. Zij dienen daarvoor een dossier tot financiering in bij het RIZIV, dat de criteria evalueert en in gesprek gaat met de initiatiefnemers. Een van de criteria is dat een wachtpost een gebied met minstens 100.000 inwoners moet bedienen. Er wordt ook rekening gehouden met de aanrijtijden tot de wachtpost.

Welke initiatieven nemen we? Zoals gezegd, is de heer Roel Van Giel daarmee aan de slag. Wij streven naar een betere wachtdienst met minder werklast voor de huisartsen en vooral ook naar een verbeterde triage.

07.03 **Nawal Farih** (cd&v): Dank u wel, minister, voor uw antwoord. U hebt inderdaad een vergelijking gemaakt met andere provincies, maar voor zover ik weet, wordt ook in West-Vlaanderen gewag gemaakt van een tekort binnen de provincie. Die vergelijking gaat dus volgens mij niet op.

Ik wil nogmaals beklemtonen dat het hier gaat om de geografische spreiding en niet enkel om het aantal inwoners. Limburg is op dit moment de meest vergrijzende provincie. Bovendien zijn er helaas ook veel minder mogelijkheden op het vlak van mobiliteit. Ik denk dat het toch de verantwoordelijkheid is van de minister van Volksgezondheid om ervoor te zorgen dat de toegankelijkheid van zorg voor iedereen een basisrecht blijft.

Ik zal het dossier blijven opvolgen en ik wacht op de nieuwe tekening voor de geografische spreiding, zoals genotuleerd in het regeerakkoord. Ik hoop dat de heer Van Giel spoedig met een nieuw plan komt.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56005162C van mevrouw Eggermont is omgezet in een schriftelijke vraag.

08 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La recrudescence des cas de cancers chez les jeunes adultes" (56005215C)**

08 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toename van het aantal kankergevallen bij jongvolwassenen" (56005215C)**

08.01 **Ludivine Dedonder** (PS): *Monsieur le ministre, les récentes disparitions médiatisées de*

personnalités comme Émilie Dequenne ont mis en lumière un phénomène qui suscite une inquiétude croissante dans la population: celui de cancers diagnostiqués chez des personnes jeunes, en apparence bonne santé, et sans facteur de risque classique évident.

Certes, les chiffres globaux restent faibles (environ 2,5 % des nouveaux diagnostics concernent les 16-35 ans), mais cette part augmente de manière constante depuis près de deux décennies, avec une progression annuelle moyenne de 0,8 %. Les cancers les plus fréquents dans cette tranche d'âge touchent notamment le sein, les testicules, le côlon, la peau et le col de l'utérus.

Les spécialistes rappellent que près de la moitié des cancers pourraient être évités via une meilleure hygiène de vie. Mais ce constat se double aujourd'hui d'un regain d'inquiétude face à des causes environnementales émergentes ou sous-estimées, comme les perturbateurs endocriniens, les PFAS, le radon, ou encore certains additifs et substances chimiques présentes dans notre alimentation, notre habitat ou notre environnement immédiat.

Monsieur le ministre, disposez-vous d'études récentes sur l'évolution des cancers chez les jeunes adultes, et sur les types de cancers qui progressent le plus dans cette tranche d'âge?

Le futur Plan Cancer du gouvernement prévoit-il une approche spécifique pour les adolescents et jeunes adultes (AJA)? Quelles mesures ciblées sont envisagées?

Une collaboration est-elle prévue avec les Régions et les autorités environnementales pour renforcer le suivi de l'exposition de la population aux agents cancérigènes environnementaux et encadrer l'utilisation de ceux-ci?

Enfin, face aux stratégies de "healthwashing" dénoncées par de nombreux acteurs de santé publique, envisagez-vous un durcissement de l'encadrement de la publicité et des actions des industries ayant un impact direct ou indirect sur la santé oncologique de la population, y compris des jeunes?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Entre 2004 et 2020, les taux d'incidence standardisés de tous les cancers confondus chez les adolescents et les jeunes adultes, donc chez les personnes de 15 à 39 ans, ont légèrement augmenté, avec une hausse moyenne de 0,2 % par an. Toutefois, cette progression concerne uniquement la période 2004-2015 et depuis 2015, les taux se stabilisent, en particulier chez les femmes. Chez les femmes de 15 à 29 ans, on observe même une légère baisse de l'incidence, estimée à -1 % par an. Durant la même période, l'incidence est restée stable chez les adultes de 40 à 49 ans ainsi que chez les enfants âgés de 5 à 14 ans.

L'analyse par types de cancers et par groupes d'âges montre de grandes variations. Trois principaux types de cancers ont une incidence qui augmente continuellement entre 2004 et 2020: les cancers du sein augmentent chez les 15 à 29 ans de 2 % par an, alors que leur incidence est stable chez les 30-39 ans, voire diminue légèrement dans la cohorte entre 40 et 49 ans. Les cancers du testicule augmentent en moyenne de 1 % par an, mais une stabilisation est observée à partir de 2015 chez les hommes de 30 à 39 ans, tandis qu'ils continuent de progresser de plus de 3 % par an chez les 40 à 49 ans. Les lymphomes de Hodgkin augmentent en moyenne de 1 % par an. Cette tendance est décrite dans le monde entier par l'OMS, avec une prédominance dans les pays à hauts revenus.

Parallèlement, l'incidence du cancer du col de l'utérus diminue continuellement de 1 % par an en moyenne. Cela pourrait refléter l'efficacité des programmes de *screening* à partir de 25 ans. Il est encore prématuré de considérer l'impact des programmes de vaccination qui ont démarré dans les écoles néerlandophones à partir de 2010 et du côté francophone à partir de 2011.

L'incidence de trois types de cancer s'est stabilisée pendant la période étudiée. Le mélanome cutané s'est stabilisé à partir de 2010 et est même en diminution chez les 15-29 ans. Cela pourrait refléter l'efficacité des campagnes de sensibilisation dès le plus jeune âge. Ceci dit, l'effort est à renforcer, notamment pour lutter contre l'impact négatif de certains influenceurs sur les réseaux sociaux, comme l'observe la Fondation contre le cancer chez les 16-24 ans.

Pour le cancer de la thyroïde, on observe une diminution à partir de 2012. Le cancer colorectal est également stabilisé depuis 2013. Aucune modification notable d'incidence n'est observée pour les autres types de cancers au cours des deux dernières décennies.

Notons que pendant la même période, la mortalité, tous cancers confondus, a diminué significativement de 1 % par an chez les adolescents et jeunes adultes en Belgique. Les données épidémiologiques des

cancers chez les 15 à 39 ans observés en Belgique sont très comparables avec celles des pays voisins – les Pays-Bas, la France et l'Allemagne –, notamment la tendance à la stabilisation de l'incidence à partir du milieu des années 2010. On peut même observer un taux de mortalité en Belgique généralement inférieur à celui des pays limitrophes.

Le futur plan cancer est en cours d'élaboration, et je vous confirme que l'axe adolescents et jeunes adultes fait partie du cadre qui entoure notre réflexion. Les actions ciblées ne sont pas encore décidées, car des ateliers seront organisés en septembre avec différentes parties prenantes, pour valider les besoins identifiés par mes administrations ainsi que les pistes de solutions proposées. Depuis décembre 2023, une convention établie entre l'INAMI et six hôpitaux académiques finance six équipes de référence Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) visant à soutenir des soins sur mesure pour les besoins spécifiques des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, tant sur le plan médical que psychosocial.

Les équipes de références AJA collaborent avec d'autres acteurs, notamment les experts du vécu AJA, des ONG, les registres du cancer, l'INAMI et Sciensano, au sein d'un groupe de projets chargé d'élaborer une politique belge harmonisée pour les soins destinés aux adolescents et jeunes adultes. Cette politique vise à sortir des centres de référence en intégrant également les soins de première ligne et d'autres hôpitaux.

L'amélioration de la détection précoce constitue un point d'attention particulier, notamment par la sensibilisation des professionnels de la première et de la deuxième lignes afin d'éviter les retards dans le processus diagnostique. Finalement, dans le cadre du projet européen Horizon Europe PARC, partenariat pour l'évaluation des risques liés aux substances chimiques, la Flandre et la Wallonie mènent des projets de biosurveillance humaine auprès des jeunes adultes. L'exposition à différentes substances chimiques et certains marqueurs de santé y sera mesurée et les résultats seront comparés à ceux d'autres pays européens.

Les participants répondront également à des enquêtes sur leur mode de vie afin d'identifier les facteurs pouvant influencer cette exposition. Les résultats seront disponibles en 2028, compte tenu du temps nécessaire à la mise en œuvre des projets. Ce projet européen PARC couvre aussi la recherche toxicologique et l'innovation en matière d'évaluation des risques.

Il est suivi au niveau national via le Plan Environnement-Santé (NEHAP), réunissant les autorités fédérales et fédérées. Parallèlement, il existe un hub national multidisciplinaire incluant des scientifiques de divers domaines ainsi que plusieurs initiatives ciblant les perturbateurs endocriniens et les substances PFAS reconnus pour leurs liens potentiels avec certains cancers. Le Plan d'action national sur les perturbateurs endocriniens (NAPED), issu d'une coopération entre niveaux de pouvoir, mène des actions de prévention, de régulation et de recherche.

Enfin, face aux stratégies de *health washing*, que faisons-nous? Pour l'instant, nous observons les pays qui viennent de se doter de ce type de réglementation, comme la Norvège ou le Royaume-Uni, et nous suivons cela de près pour voir si cela a un impact sur la santé publique.

En attendant, comme je l'ai proposé dans ma note de politique générale, je souhaiterais introduire l'affichage du Nutri-Score pour tous les produits faisant l'objet de publicité alimentaire, que ce soit à la télévision ou sur les supports d'affichage extérieurs, les abribus, les panneaux, etc.

Cette mesure est reconnue pour son effet positif sur les comportements d'achat. Les consommateurs ont tendance à se détourner des produits classés D et E et à privilégier ceux notés A et B. Or une alimentation plus riche en produits mieux notés contribue à la prévention des maladies liées à l'alimentation, y compris certains types de cancers.

08.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Je vous remercie pour l'ensemble de ces chiffres et la prise en charge que vous en faites. C'est primordial.

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

La **présidente**: Les questions n° 56005248C et n° 56005384C de M. François De Smet et

n° 56005253C et n° 56005409C de Mme Natalie Eggermont sont transformées en questions écrites.

09 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des traitements hormonaux pour la ménopause précoce" (56005396C)

09 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van hormoontherapie voor vrouwen in een vervroegde overgang" (56005396C)

09.01 **Ludivine Dedonder (PS):** Monsieur le ministre, de nombreuses femmes souffrant de ménopause précoce ou prématurée se voient aujourd'hui confrontées à des obstacles importants dans l'accès à un traitement hormonal substitutif adapté. Un exemple frappant est la situation des médicaments contenant du valérate d'estradiol. Des produits, tels que Laclimella ou son équivalent générique Velbienne, ne bénéficient aujourd'hui d'aucun remboursement et représentent une charge financière non négligeable pour les femmes concernées. Ces traitements sont pourtant parfois la seule solution pour répondre aux troubles invalidants liés à une ménopause survenue bien avant l'âge moyen, pour des raisons génétiques ou pour des raisons médicales graves.

Monsieur le ministre, comment justifiez-vous l'absence de remboursement pour des médicaments à base de valérate d'estradiol, comme le Laclimella ou le Velbienne, alors même qu'ils sont prescrits dans le cadre de situations médicales reconnues? Quelles mesures envisagez-vous pour garantir une prise en charge équitable et accessible des traitements hormonaux substitutifs pour les femmes touchées par une ménopause prématurée? Est-il prévu de revoir les critères de remboursement actuels, notamment en tenant compte de la réalité clinique de ces patientes et des recommandations de bonnes pratiques en matière de santé des femmes?

09.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame la présidente, en Belgique, la législation prévoit que ce sont les firmes, qui mettent les spécialités pharmaceutiques sur le marché, qui introduisent des dossiers de demande de remboursement en vue d'obtenir le remboursement.

En ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques Laclimella et Velbienne, aucune demande n'a été introduite à ce jour auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) de l'INAMI. Les firmes concernées peuvent dès lors introduire un dossier auprès de la CRM.

Le dossier fera l'objet d'une évaluation approfondie et la Commission sera amenée à formuler une proposition de remboursement sur laquelle je me baserai pour prendre une décision.

09.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Je vous remercie, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité financière des tigettes de contrôle glycémique pour les personnes diabétiques" (56005471C)

10 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De betaalbaarheid van de bloedsuikerteststrips voor diabetici" (56005471C)

10.01 **Ludivine Dedonder (PS):** Monsieur le ministre, les complications liées au diabète sont bien connues. Pour éviter ces conséquences graves et coûteuses, tant sur le plan humain que financier, le suivi rigoureux de la glycémie est essentiel.

Or, si de nombreux médicaments antidiabétiques sont remboursés ou proposés à un prix accessible, un élément clé de la gestion quotidienne de la maladie, à savoir les tigettes de contrôle glycémique, reste parfois à charge partielle ou totale du patient. C'est un coût qui avoisine 25 euros par boîte, ce qui peut constituer une barrière financière, notamment pour les personnes précarisées ou vivant avec un diabète de type 2, ne bénéficiant pas automatiquement d'une reconnaissance comme maladie chronique.

Monsieur le ministre, envisagez-vous des mesures pour améliorer l'accessibilité financière des tiges de contrôle glycémique, un élargissement de leur remboursement, notamment pour les publics vulnérables ou les patients non insulino-dépendants mais nécessitant un autocontrôle régulier?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, les patients atteints de diabète de type 1 ou d'autres formes complexes de diabète sont bien pris en charge dans le cadre de la convention conclue entre l'INAMI et les hôpitaux. Cette convention prévoit le remboursement du matériel d'autocontrôle du diabète, que ce soit via la méthode par capteur ou par piqûre au doigt.

Pour les patients atteints de diabète de type 2, la situation est un peu plus nuancée, car cette maladie évolue par stades. Selon leur profil, ces patients peuvent être suivis dans différents dispositifs: le trajet de démarrage, le programme éducation et autogestion, le trajet de soins ou encore la convention hospitalière.

Dans ces dispositifs, à l'exception du trajet de démarrage, le matériel d'autocontrôle (le glucomètre, les tiges, les lancettes) est remboursé. Dans certains cas, même les capteurs peuvent l'être, notamment pour les patients du groupe B, dans le cadre de la convention.

Ces dispositifs s'adressent prioritairement à des patients insulino-dépendants, ou à ceux qui ont un diabète insuffisamment contrôlé, malgré un traitement oral maximal, notamment ceux qui commencent un traitement par analogue du GLP1.

En revanche, le trajet de démarrage, lui, ne prévoit pas ce remboursement. Il offre cependant des avantages concrets: consultations gratuites chez le diététicien, le podologue, l'éducateur en diabète, ainsi qu'un bilan dentaire annuel gratuit. Ce trajet vise à intervenir dès le début de la maladie pour une meilleure prise en charge à long terme.

Nous sommes conscients que certains patients en trajet de démarrage utilisent tout de même du matériel d'autocontrôle et que cela peut représenter un coût non négligeable, en particulier pour les plus vulnérables. Dans ce cas, le médecin généraliste peut solliciter l'avis d'un diabétologue afin d'envisager si les conditions sont remplies pour un trajet de soins ou une convention.

À ce stade, un élargissement du remboursement du matériel pour les patients en trajet de démarrage n'est pas prévu. Les moyens budgétaires étant limités, nous devons faire des choix, en donnant la priorité aux mesures dont bénéficient le plus grand nombre de patients.

10.03 Ludivine Dedonder (PS): Merci pour votre réponse, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mission d'observation du modèle de soins intégrés aux Pays-Bas" (56005472C)

11 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De missie naar Nederland om er het geïntegreerde zorgmodel te bestuderen" (56005472C)

11.01 Ludivine Dedonder (PS): *Monsieur le ministre, une délégation de directeurs hospitaliers belges vient récemment d'effectuer une mission d'étude aux Pays-Bas afin d'y observer le modèle de soins intégrés mis en œuvre dans le cadre de l'Integraal Zorgakkoord (IZA). Cette initiative a été financée par un organisme bancaire privé, en l'occurrence ING, principal créancier du secteur hospitalier belge.*

La réforme menée aux Pays-Bas qui a été dotée d'un financement public conséquent (2,8 milliards d'euros) vise à répondre de manière structurelle aux défis bien connus : vieillissement de la population, maladies chroniques, santé mentale, pénurie de personnel, dépenses de santé exponentielles.

Les Pays-Bas ont engagé une transformation profonde de leur système de soins autour de principes de prévention, coordination, coconstruction territoriale et concentration de soins spécialisés. Ils se sont

également dotés d'une gouvernance centralisée (le Zorginstituut Nederland), à rebours du morcellement institutionnel belge, souvent dénoncé comme un frein à l'efficacité et à la lisibilité des politiques de santé.

Si nul ne prétend que le modèle néerlandais est parfait ou transposable, force est de constater qu'un investissement de départ clair et structurant a permis d'enclencher une réforme de fond. Ce contraste est interpellant au moment où, en Belgique, les appels à des réformes structurelles se succèdent mais que les financements dédiés sont absents tout comme les débouché concret.

Monsieur le ministre, partagez-vous le constat d'une urgence à réformer en profondeur notre système de santé, non pas via des coupes budgétaires, mais à travers une meilleure allocation des ressources, la prévention, la coopération et un pilotage clarifié?

Envisagez-vous de mobiliser un investissement public significatif, à l'image de nos voisins néerlandais, pour permettre cette transformation de manière pérenne et équitable et non au détriment des acteurs du secteur et des patients?

Comment expliquez-vous le financement de ce voyage par ING? Quelle est votre lecture du rôle grandissant joué par des acteurs financiers privés dans la structuration des politiques hospitalières, au détriment parfois de la vision publique de santé?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je suppose que c'est la dernière question que nous traiterons aujourd'hui.

En Belgique, nous sommes confrontés à des défis similaires à ceux des Pays-Bas. La demande en matière de soins et d'accompagnement augmente plus rapidement que l'offre, ce qui peut compromettre l'accessibilité aux soins et à un accompagnement de qualité. Les prestataires de soins sont sous pression et la collaboration entre les disciplines et les organisations de soins et d'accompagnement est souvent encore insuffisante.

Cela exige en effet des réformes de notre système de santé. En Belgique aussi, nous y travaillons depuis plusieurs années déjà. En 2024, l'INAMI a créé une commission des objectifs de santé dont la mission est de formuler et de suivre les objectifs de santé qui orientent la politique future et offrent un cadre clair.

En mai, la commission a rendu son premier avis sur les objectifs de santé prioritaires pour cette législature. Il existe actuellement deux objectifs transversaux en matière de soins de santé, à savoir l'amélioration de la collecte et de l'échange de données et l'augmentation de l'efficacité de nos soins. Il existe en outre six objectifs plus spécifiques tels que l'amélioration de l'organisation des soins de première ligne et la coordination des différentes filières de soins par la formation d'équipes de soins multidisciplinaires.

Il est également souhaitable de mettre davantage l'accent sur la sensibilisation, la prévention, le dépistage. Cependant, les compétences en matière de soins de santé et de promotion d'un mode de vie sain ou de prévention sont réparties entre les différentes autorités, ce qui rend la coopération interfédérale essentielle. Nous avons conclu à cette fin, en 2023, un protocole d'accord sur les soins intégrés avec toutes les entités fédérées dans le but d'obtenir un engagement commun du gouvernement fédéral et des entités fédérées.

Cet engagement est renforcé par l'élaboration d'un accord de coopération. En tant que décideurs politiques, notre tâche consiste à maintenir un bon équilibre entre les investissements privés et la garantie de l'accessibilité et de la qualité de nos soins de santé.

À cet égard, il est important d'assurer une plus grande transparence et un meilleur suivi du rôle des acteurs financiers privés.

11.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je ne pense pas que j'ai eu réponse à toutes mes questions, notamment sur le financement du voyage par ING et le modèle néerlandais. Je lirai votre réponse et j'y reviendrai si besoin.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Voilà qui clôt notre réunion.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 48.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.48 uur.