

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 15 JULI 2025

Voormiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 15 JUILLET 2025

Matin

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 02 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.02 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

01 Questions jointes de

- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La cigarette électronique" (56005525C)

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La cigarette électronique" (56006758C)

01 Samengevoegde vragen van

- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De e-sigaret" (56005525C)

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De elektronische sigaret" (56006758C)

01.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, l'interdiction récente des puffs jetables constitue un pas dans la bonne direction. Cependant, pour de nombreux professionnels de la santé, ce n'est qu'un début. Ils parlent aujourd'hui d'une alerte sanitaire silencieuse liée à la cigarette électronique, en particulier chez les jeunes.

On nous a longtemps présenté l'e-cigarette comme un outil de sevrage. Toutefois, la réalité est bien différente. Un quart des jeunes en Belgique vapotent, et les premières consultations pour des troubles respiratoires liés à cette pratique se multiplient: asthme, essoufflement, mais aussi atteintes pulmonaires graves.

Parmi elles, une maladie grave émerge lentement dans les discussions médicales: la bronchiolite oblitérante, appelée aussi "poumon pop-corn". Elle est provoquée par l'inhalation de certaines substances aromatiques, comme le diacétyle, utilisées dans les e-liquides. Si cette maladie reste rare, ses conséquences sont sévères: lésions irréversibles des bronchioles pouvant mener à une insuffisance respiratoire chronique voire à une greffe pulmonaire.

Des substances pourtant interdites en Europe circulent toujours via des canaux en ligne, parfois promues sur les réseaux sociaux, en dehors de tout contrôle. Cela pose une question de santé publique majeure, mais aussi de responsabilité.

Monsieur le ministre, votre administration dispose-t-elle de données récentes sur les effets du vapotage chez les jeunes, en particulier sur l'apparition de troubles respiratoires graves? Des cas de bronchiolite oblitérante ont-ils été signalés dans notre pays en lien avec le vapotage? Quelles actions comptez-vous entreprendre pour mieux encadrer les composants des e-liquides et lutter contre la vente de produits illégaux? Enfin, même si la prévention n'est pas une compétence fédérale, avez-vous débuté des concertations avec les entités fédérées pour sensibiliser nos jeunes aux dangers du vapotage?

01.02 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, het gebruik van vapes door jongeren neemt toe. Dat

wisten we al, maar de *Pano*-reportage heeft dat nog eens op scherp gesteld. Een gevaar, waar mevrouw Dedonder al naar verwees, is de zogenaamde popcornlong, ook wel bronchiolitis obliterans genoemd. Dat is een onomkeerbare ziekte die littekenweefsel en ontstekingen veroorzaakt in de longen. Ze wordt veroorzaakt door de inhalatie van bepaalde giftige chemicaliën, die ook in vapes aangetroffen worden.

Zoals u zeker weet, vraag ik al langer om het aantal smaakstoffen te beperken, zoals ook in het regeerakkoord voorzien is. Ook deze legislatuur werden daarover al adviezen gevraagd en die waren allemaal positief. We wachten echter nog altijd op het advies van de Hoge Gezondheidsraad, dat verplicht is bij dit soort wijzigingen van wet of koninklijk besluit. Hopelijk mogen we dat spoedig verwachten. Mijn wetsvoorstel ligt inderdaad al lang voor in de commissie.

Mijnheer de minister, beschikt u over gegevens rond het voorkomen van de zogenaamde popcornlong als gevolg van vapes in ons land?

Welke bijkomende maatregelen zult u nemen om de aanwezigheid van gevaarlijke substanties in vapes tegen te gaan?

01.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Les signalements de symptômes liés aux e-cigarettes et aux e-liquides figurent dans le rapport du Centre Antipoisons. Le rapport de toxicovigilance de l'année 2023 fait état de 124 signalements d'incidents impliquant des e-liquides, soit une augmentation de 62 % du nombre d'appels liés aux cigarettes électroniques par rapport à 2022. En 2023, dans 56 % des appels, la victime était un enfant, c'est-à-dire un mineur âgé de 14 ans maximum. Plus de la moitié des cas concernent une exposition orale, parfois suivie d'une inhalation. Dans 65 appels reçus par le Centre Antipoisons en 2023, aucun symptôme n'a été signalé au moment de l'appel. Les symptômes les plus fréquemment rapportés sont de nature gastro-intestinale.

La gravité des risques liés à l'exposition aux e-liquides a également été évaluée. Le groupe le plus important, soit 70 appels, concerne des symptômes légers. Des symptômes graves ont été constatés pour 14 appels. Pour deux de ces cas, les risques ont été classés comme très graves à potentiellement mortels; il s'agissait de tentatives de suicide.

Je ne peux pas vous fournir de chiffres précis sur le nombre de cas de bronchiolite oblitérante, car il n'existe pas d'enregistrement spécifique. La majorité des cas ont été signalés aux États-Unis. Le *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) américain a établi un lien entre le *vaping-associated lung injury* (VALI) et l'utilisation de produits contenant du tétrahydrocannabinol (THC).

Compte tenu de la détection récente de THC dans des cigarettes électroniques illégales, il est nécessaire d'être vigilant. Aux Pays-Bas, les médecins ont été invités à enregistrer les cas de VALI. Je veux étudier la possibilité de réaliser cela également dans notre pays à court terme.

Stoffen zoals diacetyl zijn niet verboden op Europees niveau. Ook legale e-sigaretten kunnen dus diacetyl bevatten. Ik ben het echter met u eens dat dergelijke stoffen niet thuishoren in producten die bedoeld zijn voor inhalatie. De samenstelling van e-sigaretten moet inderdaad strikter worden gereguleerd dan Europa momenteel doet.

Om die reden is dit jaar een onderzoek opgestart met Sciensano, dat een toxicologische evaluatie zal maken van de ingrediënten die geregistreerd zijn in e-sigaretten bestemd voor de Belgische markt. Sciensano zal advies geven over welke ingrediënten moeten worden verboden als bestanddeel van e-vloeistoffen.

U weet dat ik mij geëngageerd heb om ook het smaakaanbod van e-sigaretten in te perken. Ik doe dat om de aantrekkelijkheid voor jongeren te verminderen. Een e-sigaret is immers niet bestemd voor minderjarigen, noch voor wie niet rookt. Zolang we daar geen paal en perk aan stellen, zal de e-sigaret een negatieve impact blijven hebben op de volksgezondheid.

Met de inperking van deze smaken zullen ook een aantal smaakstoffen verdwijnen die mogelijk risico's inhouden voor de gezondheid van de gebruiker, zoals diacetyl. Op die manier verminderen we dus niet alleen de aantrekkingskracht, maar ook de mogelijke toxische risico's van deze producten.

De inspectie voert nu al controles uit op illegale producten, zowel in de winkels als op onlineverkoopkanalen. Ik wil daarop verder blijven inzetten en de effectiviteit en het aantal controles verder verhogen.

Le service Inspection effectue déjà des contrôles sur les produits illégaux, à la fois dans les magasins et dans les canaux de vente en ligne. Je souhaite continuer à me concentrer sur cette question et renforcer encore l'efficacité et le nombre de ces contrôles.

La prévention relève en effet de la compétence des Régions. Actuellement, aucune initiative n'est prise au niveau fédéral pour sensibiliser les jeunes au danger potentiel de la cigarette électronique. Une telle campagne devrait être bien pensée; après tout, nous voulons éviter d'éventuels effets indésirables, comme par exemple éveiller la curiosité de certains jeunes.

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

Les chiffres que vous donnez nous confortent dans l'idée d'être plus attentifs que jamais à cette consommation. Réaliser les contrôles comme vous l'indiquez me semble être une bonne chose, tout comme la recherche entreprise avec Sciensano.

Nous continuerons à suivre attentivement tout ce qui concerne l'utilisation de la cigarette électronique. S'agissant des campagnes de prévention, nous interpellons certainement nos parlementaires régionaux, pour qu'ils puissent amener à ce que de telles campagnes soient réalisées le plus rapidement possible.

01.05 **Els Van Hoof (cd&v):** We moeten inderdaad inzetten op een panoplie aan preventiecampagnes, onderzoek en controle. U hebt hierover al een aantal elementen aangehaald in uw antwoord. Aangezien er toxische risico's verbonden zijn aan het gebruik van e-sigaretten, is een striktere regelgeving vereist. Destijds heb ik opgezocht hoeveel stoffen verboden zijn. Dat resulteerde in een lijst van meer dan 300 pagina's met ingrediënten. Ik heb toen aangegeven dat dat gecontroleerd moest worden, maar het is geen gemakkelijke opdracht voor de inspectiediensten. Eigenlijk zouden we ons beter beperken tot een strikte regulering van wat wel toegelaten is.

Toen ik mijn wetsvoorstel opstelde in 2019, was er in de Verenigde Staten al sprake van een epidemie onder jongeren door het gebruik van de zogenaamde JUUL-sigaret, die uiteindelijk ook in Europa verboden werd. Men kon toen al vaststellen dat er zowel op korte als op lange termijn gezondheidsrisico's zijn, ook al konden die op dat moment in België nog niet worden gemeten. We moeten van dat uitgangspunt vertrekken en de kwestie zo snel mogelijk strikt reguleren. De e-sigaret houdt ernstige gezondheidsrisico's in, is verslavend en onder andere door de nieuwsgierigheid van jongeren is er sprake van een epidemie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lourdeur administrative au sein des hôpitaux" (56005580C)**

02 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De administratieve rompslomp in ziekenhuizen" (56005580C)**

02.01 **Ludivine Dedonder (PS):** Monsieur le ministre, suite à mes différentes visites de terrain, les hôpitaux m'ont fait part de difficultés croissantes avec le logiciel Health Data for Data Providers (HD4DP), outil obligatoire pour introduire les demandes de remboursement de médicaments onéreux, de prothèses ou d'autres dispositifs médicaux.

S'ils comprennent la nécessité d'un encadrement rigoureux, ils dénoncent la lourdeur administrative et surtout la rigidité extrême du système. Une simple erreur d'encodage ou une pièce manquante suffit à invalider l'ensemble de la procédure et il est actuellement impossible de modifier partiellement un document. Tout doit être supprimé et entièrement recommencé. Ce manque de souplesse engendre une perte de temps et d'énergie considérable pour les équipes hospitalières. Les directions

hospitalières comme les agents concernés formulent une demande claire: un outil plus souple, plus ergonomique et au service de la santé. Dans un contexte budgétaire tendu et avec des équipes sous pression, il est urgent que les moyens humains et financiers soient utilisés prioritairement au bénéfice du patient et non accaparés par des tâches administratives répétitives et inefficaces.

Monsieur le ministre, avez-vous connaissance de ces difficultés concrètes rencontrées par les hôpitaux avec ce logiciel? Envisagez-vous des améliorations techniques permettant plus de flexibilité dans l'encodage, la correction et la gestion des dossiers? De manière plus large, quelles actions entendez-vous mener pour réduire la charge administrative dans les hôpitaux afin que les ressources disponibles puissent réellement servir la mission première de ces institutions, à savoir soigner?

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je suis conscient des défis que représente HD4DP v2, un système utilisé depuis le 5 juillet 2022.

Dans la première version de l'architecture, HD4DP v1, il était possible d'introduire manuellement des corrections. Dans la deuxième version de l'architecture, HD4DP v2, l'approche adoptée était moins manuelle et davantage de système à système. Cette automatisation fournit des règles de validation qui doivent être respectées avant que les données puissent être soumises. Il n'est pas possible de soumettre des données sans soulever toutes les erreurs indiquées par les règles de validation automatique. Les erreurs sont en rouge. Si les erreurs sont détectées après l'envoi dans les champs qui ne sont pas couverts par les règles de validation, il existe effectivement un problème. Le problème est également soulevé sur les pages de documentation Health Data, qui explique la procédure à suivre. Health Data travaille sur une solution avec laquelle les enregistrements erronés peuvent être téléchargés et ensuite être corrigés et rechargés plus facilement.

Health Data propose aussi des sessions ICT le vendredi matin au cours desquelles ces obstacles peuvent être abordés. Il est également possible de soumettre un ticket.

La plateforme technique Health Data qui gère ce système sera bientôt hébergée par l'Agence des données de santé. Cette centralisation des services de données et des enregistrements s'accompagnera d'une toute nouvelle politique des registres, dont l'architecture sera plus souple et le processus d'enregistrement plus flexible. Ceci devrait alléger la charge administrative.

La vision sous-tendant l'architecture est la récupération plus automatisée des informations de sorte que les processus d'enregistrement semi-automatisés des données manuelles seront moins problématiques. En même temps, les hôpitaux doivent continuer à investir dans une infrastructure ICT adéquate permettant et facilitant les enregistrements structurés conformément aux normes d'improbabilité applicables, de sorte qu'aucune pression déraisonnable ne soit exercée sur le personnel et que les informations soient disponibles de manière optimale pour les échanges automatisés.

La charge administrative doit être considérée dans son ensemble avec une évaluation de tous les enregistrements existants de manière à ce que le principe *Only Once* soit effectivement appliqué.

S'agissant de votre troisième question, la nouvelle politique des registres s'accompagnera d'une architecture plus souple et de processus d'enregistrement plus flexibles et automatisés, ce qui devrait alléger la charge administrative. Le respect du principe du *Only Once*, y compris par les gouvernements, sera un élément essentiel de la nouvelle politique des registres et du fonctionnement plus large de l'Agence des données de santé.

Un responsable du principe *Only Once* a déjà été nommé et veillera à la réutilisation des données au maximum après l'enregistrement unique. Un livre blanc a été soumis par des cliniciens du *Ziekenhuis aan de Stroom* (ZAS) ainsi que par le directeur scientifique de Sciensano, avec des recommandations concrètes. En outre les enregistrements administratifs doivent être examinés dans leur ensemble: quels sont les enregistrements qui se chevauchent et ceux qui constituent une charge administrative inutile? Dans le cadre de l'espace européen des données de santé, nous sommes confrontés à un défi majeur: celui d'aborder ces réformes structurelles en profondeur.

02.03 **Ludivine Dedonder** (PS): Je suis satisfaite qu'il y ait une prise de conscience de la charge administrative et des difficultés au quotidien pour le personnel. J'entends que vous travaillez sur une solution, qu'il existe aussi des sessions avec des formations. Le problème relatif à la rigidité du système

est attesté dans plusieurs hôpitaux.

Vous venez ici d'évoquer une nouvelle politique des registres avec une architecture plus souple et plus flexible. J'espère que cela permettra d'alléger la charge administrative. Je vous remercie pour vos réponses.

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

03 **Vraag van Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De samenwerking van Sciensano met Israël" (56005608C)**

03 **Question de Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La coopération de Sciensano avec Israël" (56005608C)**

03.01 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de oorlogsdaden van Israël in Gaza worden met de dag erger. Ook de kolonisering van de Westelijke Jordaanoever breidt uit. Sinds de Oslo-akkoorden zijn er minstens 200 nieuwe illegale nederzettingen en *outposts* gebouwd. Het aantal kolonisten is verdrievoudigd. De Israëlische minister van Defensie heeft recent nog nieuwe nederzettingen aangekondigd, expliciet bedoeld om de oprichting van een Palestijnse Staat te bemoeilijken.

In Europa zien we een zekere evolutie: er lijkt meer nagedacht te worden over een verandering in het beleid, maar concrete acties blijven vaak uit. Lidstaten leveren nog altijd wapens en producten uit de bezette gebieden circuleren nog vrij op de Europese markt.

De reden van mijn vraag is een artikel van *Apache*, dat u ongetwijfeld kent, waarin wordt vermeld dat 23 Belgische wetenschappelijke instellingen via Horizon Europe betrokken zijn bij in totaal 46 projecten met Israëlische partners, waaronder Sciensano.

Ik wil graag nagaan of dat klopt. Heeft Sciensano daadwerkelijk een samenwerking met Israëlische instellingen? Zo ja, met hoeveel partners? Kunt u ons de details daarvan bezorgen? Indien die informatie te uitgebreid is, mag u die gerust ook schriftelijk bezorgen.

Voor internationale samenwerkingen ontbreekt vaak een duidelijk kader. De resolutie van uw regering met betrekking tot Gaza gaat niet dieper in op de vraag of federale agentschappen of andere instellingen kunnen blijven samenwerken met Israëlische partners die al dan niet betrokken zijn bij mensenrechtenschendingen.

Kunt u, binnen uw bevoegdheden, een dergelijk federaal kader mee uitwerken? Hoe zou dat eruitzien en volgens welke tijdlijn? Indien dat niet mogelijk is, waarom niet?

Het debat gaat vaak over de opschorting van samenwerkingsakkoorden met Israëlische partners zolang de oorlog in Gaza woedt. Hoe zit het echter met de nederzettingenpolitiek? Bent u bereid federale richtlijnen mee uit te vaardigen die samenwerking uitsluiten zolang Israël zich niet uit de bezette gebieden terugtrekt? Het Internationaal Gerechtshof heeft daarover een, weliswaar niet-bindend, advies uitgebracht in juli 2024.

Een volgende punt zijn de sancties die op tafel liggen. Welke sancties kunt u binnen uw bevoegdheden bepleiten om druk uit te oefenen binnen Europa?

Ten slotte weten we hoe we vandaag naar het associatieverdrag moeten kijken. Wat kunnen u en uw regering ondernemen om op dat vlak acties te ondernemen? Kunt u daarbij telkens de focus op uw eigen bevoegdheden houden?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de Sutter, de situatie die zich in Gaza heeft ontwikkeld, maar ook op de Westelijke Jordaanoever, is niet alleen dramatisch en uitermate verontrustend, maar ook volstrekt onaanvaardbaar.

Voor het algemene kader en het merendeel van uw vragen verwijs ik naar de minister van Buitenlandse Zaken, Maxime Prévot. Hij neemt op dit moment deel aan de Raad Buitenlandse Zaken, samen met

zijn collega's, en zal daarover een zeer duidelijk standpunt innemen.

Wat daar gebeurt, kan men niet zonder gevolg laten. U hebt ook verwezen naar het onderzoek gevoerde met betrekking tot artikel 2 van het associatieverdrag. De minister van Buitenlandse Zaken zal het onder meer daarover hebben en ook over de absolute noodzaak om maatregelen te treffen als de situatie niet verbetert. Het komt hem toe daarover te spreken. Hij zal dat onderwerp aansnijden in de belangrijke Raad Buitenlandse Zaken, die nu plaatsvindt. U hebt terecht gezegd dat er een algemeen kader nodig is. Uiteraard komen we dan meteen uit bij het associatieverdrag, want de projecten waarover we spreken passen daar ook allemaal in.

Ik kom tot de antwoorden op uw feitelijke vragen daarover. Ik kan u een tabel bezorgen die een overzicht geeft van de onderzoeksverbanden waarbinnen zowel Sciensano als Israëlische onderzoekspartners aanwezig zijn. Sciensano heeft geen directe bilaterale samenwerking met Israëlische instituten, maar neemt wel deel aan een aantal grote Europese onderzoeksprojecten waaraan ook Israëlische organisaties deelnemen, als lid van het consortium. Dat impliceert echter niet dat er op het terrein automatisch een nauwe samenwerking bestaat tussen Sciensano en de betrokken Israëlische organisaties.

Sciensano heeft beslist om voorlopig niet meer in te stappen in nieuwe projecten waarbij ook Israëlische instellingen betrokken zijn. Daarnaast evalueert Sciensano momenteel ook de mogelijkheden en de gevolgen van een eventuele uitstap op eigen initiatief uit de lopende projecten. Daarbij is natuurlijk de bredere vraag wat de Europese Unie met het associatieverdrag doet essentieel. Wat het bredere kader betreft, wil ik mijn collega niet voor de voeten lopen en verwijs ik naar de verklaringen die hij vandaag zal afleggen.

03.03 Petra De Sutter (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord en voor de tabel die u ons bezorgt.

Sciensano zit met dezelfde vragen als de andere wetenschappelijke instellingen in ons land, namelijk wat het kan stopzetten en in welke mate het uit de internationale samenwerkingen onder Horizon Europe kan stappen, wat dan weer gekoppeld is aan het associatieverdrag, gelet op de eventuele schadeclaims die zouden kunnen volgen uit het stopzetten van dit soort projecten. Daar ben ik mij heel goed van bewust.

Ik ben blij te horen dat daarover nagedacht wordt en dat Sciensano al stappen heeft gezet. Ik hoop dat er vandaag in de Raad dan toch misschien een meerderheid gevonden kan worden om een ander Europees standpunt in te nemen met betrekking tot dat associatieverdrag, wat dan effectief gevolgen zou kunnen hebben voor de projecten van Horizon Europe en de samenwerkingen waarover we het hebben.

We volgen dit van nabij op en ik hoop dat u dat ook doet.

03.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de voorzitter, zal die tabel aan de hele commissie bezorgd worden? (Ja)

Dank u.

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

04 **Samengevoegde vragen van**

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het risico op een ongeplande zwangerschap bij het gebruik van Ozempic, Mounjaro en Wegovy" (56005616C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Ozempicbaby's" (56005648C)

04 **Questions jointes de**

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le risque de grossesse non désirée lié à la consommation de l'Ozempic, du Mounjaro et du Wegovy" (56005616C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les bébés Ozempic" (56005648C)

04.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, de Britse geneesmiddelenwaakhond MHRA waarschuwt vrouwen die populaire afslankmiddelen als Ozempic, Wegovy of Mounjaro gebruiken, extra voorzichtig te zijn met anticonceptie. Meer dan veertig vrouwen zouden onverwacht zwanger geraakt zijn terwijl ze die medicijnen gebruikten. Die middelen werken in op de GLP-1-receptor in de darmen, wat het hongergevoel beïnvloedt en worden vooral gebruikt voor diabetes, maar ze worden nu ook als wonderafslankmiddel gebruikt.

Bij gebruik van Mounjaro is extra waakzaamheid nodig, omdat dit middel de werking van de anticonceptiepil kan verminderen, vooral bij mensen met overgewicht. In totaal zijn er in het Verenigd Koninkrijk 26 zwangerschapsmeldingen na het gebruik van Mounjaro, acht na het gebruik van Ozempic en Wegovy en negen na Saxenda. Experts denken dat gewichtsverlies de vruchtbaarheid kan verhogen, maar dat de medicatie ook de werking van de pil kan vertragen doordat de maaginhoud langzamer wordt opgenomen. De MHRA benadrukt dat deze afslankmiddelen alleen op medisch voorschrift gebruikt mogen worden, en niet voor cosmetisch gewichtsverlies.

Mijn vragen aan u zijn de volgende, mijnheer de minister.

Zijn er in België al gevallen gemeld van ongewenste zwangerschap door het gebruik van dergelijke medicijnen?

Welke richtlijnen zijn er voor het gebruik van dergelijke medicijnen voor diabetes?

Welke richtlijnen zijn er voor het gebruik van dergelijke medicijnen voor obesitas?

Wordt er ook aandacht besteed aan de eventuele bijwerking dat men dan ongewenst zwanger wordt?

04.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag werd al een tijd geleden ingediend, waardoor bepaalde zaken intussen achterhaald of reeds gepubliceerd zijn.

Wat de GLP-1-agonisten betreft, stellen we inderdaad vast dat een aantal vrouwen melden dat zij zwanger geworden zijn, ondanks het gebruik van anticonceptie. Zoals de collega daarnet heeft gezegd, is het zo dat er hormonale veranderingen optreden wanneer obese patiënten gewicht verliezen, waardoor de fertiliteit toeneemt. We kunnen ons ook vragen stellen over de neveneffecten. Men krijgt soms last van braken of diarree, waardoor de contraceptie kan falen.

De causaliteit tussen een verminderde werking van contraconceptie en het gebruik van GLP-1-agonisten is zeker nog niet bevestigd of wetenschappelijk bewezen. Ik denk dus dat we daarmee voorzichtig moeten omgaan. Wat wel belangrijk is, is dat we de patiënten goed informeren. Ik heb ondertussen vastgesteld dat zowel op de website van de Vlaamse overheid als op de website van het FAGG een melding staat over wat men ondertussen de Ozempicbaby's is gaan noemen, zodat patiënten en zorgprofessionals kunnen worden gewaarschuwd.

Mijnheer de minister, worden er nog bijkomende maatregelen genomen? Zult u bijvoorbeeld pleiten voor het versturen van een rondzendbrief naar de zorgverstrekkers, de apothekers en de artsen, die het middel voorschrijven, zeker nu ook Wegovy op de markt is? Ik denk dat we nog meer jonge patiënten zullen bereiken met de indicaties van Wegovy dan met de indicaties van Ozempic of in het kader van diabetes. Zult u ook pleiten voor een causaal onderzoek naar het verband tussen GLP-1-

agonisten en de werking of de opname van contraconceptie? Hebt u al contact gehad met het EMA of met uw Europese collega's om informatie te stroomlijnen en patiënten op die manier te waarschuwen?

04.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het FAGG is inderdaad op de hoogte van het advies van het Britse geneesmiddelenagentschap MHRA over het gebruik van GLP-agonisten. Daarbij wordt aanbevolen om aanvullende, dus niet alleen orale, contraceptiva te gebruiken. De Belgische bijsluiters van die geneesmiddelen, die in de hele EU dezelfde zijn, vermelden momenteel dat de interacties met orale contraceptiva als niet klinisch relevant worden beschouwd en dat geen dosisaanpassingen of andere maatregelen nodig zijn. De bijsluiter stelt ook dat die geneesmiddelen niet mogen worden gebruikt tijdens de zwangerschap, wanneer men zwanger wenst te worden of wanneer borstvoeding wordt gegeven.

Die geneesmiddelen zijn allemaal vergund volgens de centrale vergunningsprocedure. Het is dan ook het Europees Geneesmiddelenagentschap dat momenteel alle meldingen gerelateerd aan zwangerschappen evalueert en, wanneer nodig, actie zal ondernemen en daarover communiceren. Op dit moment kunnen echter nog geen nieuwe aanbevelingen worden gegeven rond de effectiviteit van orale contraceptiva bij het gebruik van die GLP-agonisten. Het FAGG zal daarover voorlopig communiceren op zijn website, waarnaar u al hebt verwezen, mevrouw Depoorter, en volgt uiteraard de verdere bevindingen van het EMA zeer goed op, want we moeten dat allemaal wel in EMA-verband bekijken.

Wat de meldingen betreft, het FAGG ontving geen expliciete meldingen van ongewenste zwangerschappen gekoppeld aan GLP-1-agonisten. Wel waren er negen meldingen van gebruik van Ozempic tijdens de zwangerschap, waarvan vier à vijf mogelijk betrekking hadden op ongeplande of onverwachte zwangerschappen. In geen van die meldingen is duidelijk of anticonceptie werd gebruikt.

Wat de richtlijnen voor diabetes en obesitas betreft, de meest adequate en erkende klinische richtlijnen voor GLP-1-agonisten zijn het consensusrapport van de European Association for the Study of Diabetes en de American Diabetes Association over de behandeling van hyperglycemie bij type 2-diabetes, de richtlijnen uit 2023 van de European Society of Cardiology voor de behandeling van cardiovasculaire aandoeningen bij patiënten met diabetes, de richtlijn voor de gefaseerde introductie van nieuwe medische behandelingen voor gewichtscontrole en het Joint Position Statement uit 2023 van de Society for Endocrinology en Obesity Management Collaborative UK. Dat zijn, met mijn excuses omdat ik alleen de titels geef, de relevante richtlijnen.

04.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, patiënten moeten goed worden geïnformeerd. Dat kan alleen als ook de eerstelijnszorgverleners goed zijn geïnformeerd.

Dat de informatie op de website van het FAGG beschikbaar is, is positief, maar er mag toch nog iets meer gebeuren. Een rechtstreekse communicatie met specialisten, artsen en diëtisten is zeker aangewezen.

U vermeldt voorts dat het geneesmiddel niet mag worden gebruikt wanneer een vrouw zwanger is, wanneer ze borstvoeding geeft of wanneer ze zwanger wil worden. Echter, in het aangehaalde geval wilden de betrokkenen expliciet niet zwanger worden en namen ze anticonceptie. Er is nog geen causaal verband bewezen tussen het gebruik van dergelijke medicijnen en ongewenste of ongeplande zwangerschap, maar het feit is dat sommige vrouwen die de middelen gebruiken, ongewenst of ongepland zwanger werden. Dat willen we vermijden, want ongewenste zwangerschappen leiden vaak ook tot abortussen. Laten wij dus zeker waakzaam zijn en zorgen voor een goede communicatie over de richtlijnen, zodat wij dergelijke situaties kunnen voorkomen.

04.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het gaat om vrij nieuwe medicijnen. Farmacovigilantie is in dat geval essentieel. Het is daarom heel belangrijk dat mijn collega-apothekers en artsen heel goed rapporteren wat patiënten bij hen komen melden.

Ook essentieel is de richtlijn aan de patiënten om anticonceptie heel nauwkeurig in te nemen en het gebruik bij de patiënten zelf nauwkeurig op te volgen. De informatie moet absoluut tot bij de patiënten komen die een GLP-1-agonist gebruiken, en er kan eventueel extra anticonceptie worden aangeraden. Het probleem kan inderdaad bij de informatiedoorstroming liggen, des te meer omdat bekend is dat het falen van de pil vaak te wijten is aan minder nauwkeurig gebruik of minder regelmatige inname.

De melding van het FAGG is in dat verband essentieel. Het vermelden van de risico's in de communicatie met de zorgverleners lijkt mij heel belangrijk.

U hebt correct geargumenteed dat er nog geen klinische relevantie is vastgesteld en geen causaliteit is aangetoond, maar er is ook weinig onderzoek gedaan naar de effecten van GLP-1-agonisten tijdens de zwangerschap, wat logisch is. Misschien kan er op Europees niveau meer toezicht komen, zodat het effect van het gebruik van de medicijnen nauwkeurig opgevolgd kan worden.

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

05 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De clinical decision tool" (56005617C)

05 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'outil d'aide à la décision clinique" (56005617C)

05.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, in een webinar van artsensyndicaat Het Kartel werd een aantal voorstellen besproken om tegemoet te komen aan de besparings- en optimalisatievraag van de regering voor de medische sector. Tegelijk werden ook enkele frustraties zichtbaar over het feit dat de overheid zelf maar niet opschiet met de invoering van nuttige remmingsmechanismen waarop artsen al langer aandringen.

Een van die frustraties is de nog steeds niet-geïmplementeerde *clinical decision tool*. Sinds 2015 trekken de radiologen immers aan de kar voor de implementatie van beslissingsondersteuning. Die tool, die blijkbaar klaar is voor gebruik, maar om onduidelijke redenen nog niet is ingevoerd, zou artsen moeten begeleiden naar de meest adequate beeldvorming, aangepast aan de pathologie van de patiënt.

Mijnheer de minister, waarom is die tool na tien jaar nog steeds niet geïmplementeerd? Zult u daarvan werk maken in deze legislatuur?

Hoeveel zou door het gebruik van een dergelijke tool jaarlijks bespaard kunnen worden?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Snelpe, in 2015 werd inderdaad op internationale congressen iGuide aangekondigd, de tool die nu werd geselecteerd voor PSSR, Prescription Search Support voor Radiologie.

Hoewel België in 2015 een van de eerste landen was die zich verdiepten in beslissingsondersteuning, ontbrak het in de beginjaren aan voldoende literatuur en internationale ervaring om een grondige analyse te kunnen maken. De eerste jaren waren dan ook vooral verkennend.

In 2018 werd met een protocolakkoord afgesproken om beslissingsondersteuning voor radiologie in te voeren in ons land. In eerste instantie hebben mijn administraties geprobeerd om via een tender kwalitatieve evidencebased aanbevelingen uit het buitenland te kopen, met het oog op het gebruik van die aanbevelingen in een tool voor beslissingsondersteuning die in ons land zou worden ontwikkeld. Op basis van die eerste tender konden echter geen geschikte aanbevelingen worden aangekocht.

Een tweede tender liet toe om te werken met aanbevelingen die onder licentie staan en aangeboden worden in de vorm van een beslissingsondersteunende softwareoplossing. Die tender heeft geresulteerd in de gunning van QSI, Quality and Safety in Imaging, een filiaal van ESR, in oktober 2023.

QSI is de aanbieder van ESR iGuide, de *imaging guide* van de European Society of Radiology, gebaseerd op criteria van het American College of Radiology Appropriateness. Sinds de gunning is het project in een stroomversnelling geraakt.

Belangrijk om op te merken is dat we in België gekozen hebben voor een nationale implementatie in plaats van een lokale integratie per ziekenhuis. Onze aanpak vereist meer voorbereiding, maar voorkomt verschillen tussen ziekenhuizen. Onze aanpak is bovendien meer toekomstgericht en biedt belangrijke opportuniteiten voor beleidsondersteunende analyse. De implementatie van PSSR is nauw

verbonden met de uitrol van het digitaal verwijfsvoorschrift. Beide projecten worden parallel ontwikkeld.

De pilootprojecten starten begin 2026, met een landelijke uitrol vanaf september 2026. Mijn administraties werken daartoe actief aan de verschillende werven van die projecten, zowel inhoudelijk als technisch en juridisch. Ze staan in nauw overleg met vertegenwoordigers uit de sector in BELMIP, het Belgian Medical Imaging Platform.

Hoeveel kunnen we daarmee nu besparen? Internationale studies geven een indicatie. Volgens de EU Just-CT-studie is 76,5 % van de Belgische CT-aanvragen volledig gerechtvaardigd. 7,6 % is niet gerechtvaardigd en 15,9 % mogelijk gerechtvaardigd.

Uit onder meer OESO-data blijkt dat België een relatief hoog aantal CT-onderzoeken per duizend inwoners heeft in vergelijking met andere Europese landen. Dat wijst op een potentieel voor rationalisatie. Natuurlijk houden niet alle vermeden CT-onderzoeken een rechtstreekse besparing in, omdat het soms gaat om een noodzakelijke verschuiving naar NMR, maar het leidt wel tot een correcter gebruik en meer zorgkwaliteit. Een goede analyse van het aantal ongerechtvaardigde onderzoeken vereist data. PSSR zal gegevens verzamelen over de mate waarin onderzoeken gerechtvaardigd zijn volgens de evidencebased *guidelines*.

We kunnen die data momenteel niet systematisch verzamelen. Via facturatiegegevens hebben we wel zicht op volumes, maar dat biedt geen volledig beeld. Dankzij de data uit PSSR zullen we sneller kunnen vaststellen met welk percentage bepaalde onderzoeken dalen. Andere onderzoeken zullen verschuiven naar meer aangewezen methoden, waar de afwijkingen zich precies bevinden. Vervolgens kunnen gerichte maatregelen worden genomen.

Het doel van de projecten PSSR en het digitaal verwijfsvoorschrift is niet besparing, maar een effectiever gebruik van radiologie en bestaande middelen, een betere kwaliteit van zorg en een betere opvolging van radiologisch onderzoek in ons land. Dat is broodnodig. We stellen vast dat er wachtlijsten zijn voor NMR-onderzoeken en dat het aantal radiologische onderzoeken blijft stijgen.

05.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Blijkbaar zou er in 2026 al een pilootproject worden opgestart en dat is hoopgevend. Daarom hoop ik dat die deadline wordt gehaald. Dat project moet uiteraard tot stand komen in overleg met alle actoren op het terrein. In eerste instantie is het niet de bedoeling om te besparen, maar efficiëntiewinsten zijn uiteraard ook een vorm van besparing, waarmee ik bedoel dat elke cent goed besteed moet worden. Als een dergelijke tool dat kan bewerkstelligen, dan zijn wij uiteraard zeer tevreden.

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

06 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ondervertegenwoordiging van vrouwen in klinische studies" (56005618C)

06 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sous-représentation des femmes dans les études cliniques" (56005618C)

06.01 Dominiek Snelpe (VB): Rebelle vzw heeft in een open brief gepleit voor meer financiering van onderzoek naar het vrouwenlichaam, met de nadruk op het aanpakken van genderbias in de gezondheidszorg. Tijdens het symposium 'Naar een gendersensitieve gezondheidszorg' erkende u dat er een inhaalbeweging nodig is en dat er stappen worden ondernomen, onder andere op het gebied van endometriose en menopauze.

Gelet op de aanhoudende ondervertegenwoordiging van vrouwen in medisch onderzoek en de structurele kennishiaten die leiden tot ernstige gevolgen – zoals het feit dat vrouwen 33 % meer risico lopen op ziekenhuisopname door medicatiebijwerkingen en twee keer zoveel kans hebben te overlijden aan een hartaanval in vergelijking met mannen – is het echter duidelijk dat de huidige inspanningen onvoldoende zijn. Vandaar de volgende vragen.

Kunt u ons de stand van zaken geven in verband met de vrouwenspecifieke thema's uit uw

beleidsverklaring, namelijk inzake endometriose en menopauze?

Welke bijkomende concrete en meetbare beleidsmaatregelen zult u op korte termijn nemen om de structurele onderfinanciering van onderzoek naar vrouwspecifieke gezondheidsproblemen aan te pakken?

Hoe zult u ervoor zorgen dat deze maatregelen niet slechts symbolisch zijn, maar daadwerkelijk leiden tot een gendersensitieve gezondheidszorg waarin vrouwen niet langer benadeeld worden?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De gebrekkige vertegenwoordiging van vrouwen in medisch onderzoek, zowel vrouwelijke onderzoeksters als proefpersonen, is een probleem dat ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid van vrouwen. Al te lang is de geneeskunde ontworpen naar mannelijk model, wat heeft geleid tot een gebrek aan kennis van specifieke kenmerken van de gezondheid van vrouwen, of het nu gaat om symptomen, diagnoses of om de effectiviteit van behandelingen.

We moeten het beter doen. Eigenlijk is de inzet gewoon meer precieze, meer menselijke, meer eerlijke medicatie en behandelingen voor iedereen.

Inzake endometriose heeft het RIZIV een werkgroep opgericht waarin specialisten op dit gebied verenigd zijn, om een betere zorg te ontwikkelen voor mensen die lijden aan deze ziekte, die nog te weinig bekend en erkend is. Die specialisten staan ook in contact met verschillende patiëntenverenigingen om hun expertise te verzamelen. Het proces loopt.

Inzake menopauze wordt de zorg op federale basis verleend. In december heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid ons voorstel aanvaard om een werkgroep inzake menopauze op te richten. De groep inventariseert nu de bestaande initiatieven in verband met menopauze op elk overheidsniveau. Zodra de inventaris voltooid is, zal de groep de realiteit op het terrein in België vergelijken met de bestaande aanbevelingen inzake menopauze en concrete voorstellen doen voor prioritaire maatregelen.

Het werk wordt geleid door het interadministratieve platform (IAP), dat onze ambtenaren uit de verschillende entiteiten samenbrengt. Ook dat proces loopt.

Wat betreft de onderfinanciering van onderzoek naar vrouwspecifieke gezondheidsproblemen, niet alles valt onder mijn bevoegdheid. Er zijn universitaire en commerciële studies. De behoefte situeert zich op andere niveaus. Bij de niet-commerciële studies die via het KCE Trials-programma worden gefinancierd, wordt bijzondere aandacht besteed aan vrouwspecifieke gezondheidskwesties, vanaf de selectie en beoordeling van alle studieprotocollen tot aan de publicatie van de resultaten. In 2024 lanceerde KCE Trials bovendien een thematische oproep voor projecten rond endometriose.

De maatregelen die ik neem op het vlak van de gezondheid van vrouwen zijn niet, of in elk geval niet uitsluitend, symbolisch. We beschikken over daadwerkelijke hefboomen om de gezondheid van vrouwen te verbeteren en we zetten die ook in. De ontwikkeling van een plan voor een correcte behandeling van endometriose is zeer concreet. Ik zal erop toezien dat ook de aanpak van de menopauze concreet wordt uitgewerkt.

Het feit dat we deze strategie samen met experts en vrouwen zelf ontwikkelen, stelt ons in staat om ons te richten op daadwerkelijke, uitvoerbare acties. Dat beschouw ik als mijn antwoord.

06.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Uw antwoord is enigszins tweeledig. Enerzijds stemt het mij hoopvol dat er daadwerkelijk iets zal gebeuren. Anderzijds verneem ik dat we deelnemen aan verscheidene werkgroepen. Hopelijk komt het gedurende de huidige legislatuur nog tot concrete beleidsinitiatieven, al heb ik een vaag vermoeden dat het vooral bij die werkgroepen zal blijven.

Mijnheer de minister, ik hoop dat in die werkgroepen ook daadwerkelijk vrouwen vertegenwoordigd zijn en dat het niet louter mannen zijn die over vrouwen beslissen. Misschien moeten we ook eens nagaan wie precies deelneemt aan die werkgroepen. We zullen het dossier uiteraard blijven opvolgen. Na het reces komen we hier zeker op terug. We hebben zelf een voorstel van resolutie ingediend over de

menopauze. Als blijkt dat het dossier geen vooruitgang boekt, zullen we dit voorstel uiteraard opnieuw agenderen.

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

07 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De studiedag van Zorgnet-Icuro" (56005624C)

07 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La journée d'étude de Zorgnet-Icuro" (56005624C)

07.01 Dominiek Sneppe (VB): Zorgnet-Icuro wil nauwer samenwerken met thuisverpleging en artsen buiten het ziekenhuis. Daarom organiseerde de koepel op vrijdag 6 juni een studiedag, samen met de organisaties Domus Medica, i-mens en het Wit-Gele Kruis. De studiedag werd ook bijgewoond door onder meer het RIZIV, het Departement Zorg en de FOD Volksgezondheid. Met die studiedag wil Zorgnet-Icuro inspelen op de trend waarbij de zorg voor de patiënt zich steeds meer buiten het ziekenhuis afspeelt. Volgens de koepel neemt het belang van dag- en thuishospitalisatie jaar na jaar toe. Daarom moet er een betere samenwerking komen tussen de verschillende zorgverleners. De koepel wil dat bereiken via lokale netwerken, gedeelde informatie en transmurale zorgpaden over instellingen heen.

Met welke opmerkingen, ideeën en inzichten uit die studiedag gaan het RIZIV en de FOD Volksgezondheid aan de slag? Bestaat een dergelijk initiatief ook aan de andere kant van de taalgrens? Zal de evolutie van klassiek ziekenhuisverblijf naar dag- en kortverblijf en ambulante zorg leiden tot efficiëntere, maar nog steeds kwaliteitsvolle zorg? Hoe worden die efficiëntiewinsten berekend?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: De studiedag was boeiend en leerzaam. Het belang van dag- en thuishospitalisatie werd natuurlijk benadrukt. De noodzaak van een betere samenwerking tussen de verschillende zorgverleners werd duidelijk geschetst. De evolutie van een klassiek ziekenhuisverblijf naar daghospitalisatie en ambulante zorg heeft het potentieel om efficiëntere zorg te bieden, zonder in te boeten aan kwaliteit. Die verschuiving kan leiden tot een betere benutting van middelen en een vermindering van verblijfsuren in ziekenhuizen, wat op zich de efficiëntie verhoogt.

De ontwikkeling en bevordering van het dagziekenhuis, met een zo groot mogelijke maar medisch verantwoorde substitutie van het beddenhuis, heeft, zoals u weet, al heel wat aandacht gekregen in mijn beleid, met een gewijzigde financiering en als gevolg daarvan toch een belangrijke verhoging van het chirurgisch dagziekenhuis. Natuurlijk moeten we de verkorting van de verblijfsduur en de verschuiving naar dag- en thuishospitalisatie zorgvuldig beheren. We moeten bekijken welke behandelingen veilig en kwalitatief in daghospitalisatie of thuis uitgevoerd kunnen worden.

Succes hangt sterk af van samenwerking tussen zorgverleners en de implementatie van effectieve zorgpaden en protocollen, zo ook in het kader van thuishospitalisatie, waar de nood aan verbeterde communicatie en uniformisering tussen de verschillende stakeholders duidelijk werd benadrukt. Tijdens de studiedag werd, bijvoorbeeld, de samenwerking voorgesteld tussen het Nederlandstalig Platform voor Thuisverpleegkundigen en de Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie enerzijds, en de Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers anderzijds. Zo'n samenwerking kan ideeën bieden om thuishospitalisatie verder te evalueren.

Ik heb vernomen dat soortgelijke samenwerkingen bestaan in het Franstalige landsdeel. Het RIZIV zal alle samenwerkingen in kaart brengen om tot een gemeenschappelijke, uniforme werkwijze te komen voor heel België.

Ik zou de studiedag dan ook veeleer kaderen in het gevolg en het verlengde van de evoluties die op het terrein worden waargenomen dan die zien als een vertrekpunt. Het is schitterend om vast te stellen dat de sector zelf meegaat in het verhaal en eigen initiatieven ontwikkelt om de zorg beter en efficiënter te maken.

07.03 Dominiek Sneppe (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Het is inderdaad schitterend dat er vanuit de sector zelf initiatief wordt genomen.

Mijn bezorgdheid gaat over het feit dat ziekenhuisopnames almaar korter worden. Ik ben het volledig met u eens dat dat tot efficiëntiewinsten kan leiden, maar we mogen zeker de kwaliteit van onze zorg niet uit het oog verliezen en uiteraard ook de toegankelijkheid voor onze patiënten niet.

Samenwerking tussen zorgverleners juichen we zeker toe. Alleen klinkt op het werkveld ook de kritiek dat er maar één specifieke artsorganisatie rond de tafel zit. Ook op dat vlak pleit ik ervoor om niet alleen het advies van één organisatie te volgen, maar de brede sector erbij te betrekken om meer stakingen of ongerustheid op het werkveld te vermijden.

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

08 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het overlegproces inzake de toekomst van de eerstelijnszorg" (56005649C)

08 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le processus de concertation concernant l'avenir des soins de première ligne" (56005649C)

08.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ook dit is een vraag die al enige tijd geleden werd ingediend, maar vandaag nog altijd erg relevant blijft.

Het overleg met de actoren van de eerstelijnszorg verloopt niet altijd optimaal. Dat blijkt uit de signalen die wij ontvangen van de huisartsen. Recent werd echter ook een open brief gepubliceerd door de zelfstandige thuisverpleegkundigen die aan u was gericht.

De aanleiding voor mijn vraag was een artikel in *De Specialist* waarin artsorganisaties hun bezorgdheid uiten over de voorgestelde verplichte samenwerking tussen eerstelijnszones en wijkgezondheidscentra.

Graag had ik van u het volgende vernomen.

Wat is op dit moment uw visie op de multidisciplinaire samenwerkingen? Is er nog plaats voor solopraktijken in de huidige plannen? Is daarover overleg gepleegd? Wat is de stand van zaken vandaag?

Ik wil ook graag de brug maken naar de teleconsultaties. Zoals u weet, is daar recent veel over te doen geweest, ook in de pers. Huisartsen geven aan dat teleconsultaties bijzonder patiëntvriendelijk zijn en in drukbezette huisartsenpraktijken erg nuttig zijn. Uiteraard moeten de nodige randvoorwaarden worden bekeken, maar ook hier hoor ik graag van u wat de stand van zaken is.

Hoe evalueert u bovendien het overlegproces met de artsorganisaties, maar ook bijvoorbeeld met de organisaties van verpleegkundigen? Zijn er nog overlegmomenten gepland, bijvoorbeeld in het kader van de begrotingsplannen voor 2026?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Depoorter, voor het inhoudelijke aspect van uw vraag verwijs ik graag naar het regeerakkoord. Daarin hebben wij voor de eerste lijn duidelijk gewezen op de belangrijke rol van de huisarts. Tegelijkertijd geven wij aan dat multidisciplinaire samenwerking de toekomst is. Geïntegreerde zorg is over de grenzen van disciplines en zelfs bevoegdheden heen werkelijk de toekomst.

Die visie sluit evenwel helemaal niet uit dat – ik weet niet of u deze uitdrukking gebruikte, maar ik gebruik ze even tussen aanhalingstekens, zonder pejoratieve bijklank – de klassieke 'solohuisarts' nog steeds een rol speelt. Ik kan in dat verband bijvoorbeeld verwijzen naar de New Deal, die expliciet openstaat voor solohuisartsen. Ook wat wij doen in het kader van de wachtposten toont aan dat de solohuisarts zeker niet wordt uitgesloten.

In die zin wil ik u geruststellen.

Die multidisciplinaire samenwerking is belangrijk, net als de geïntegreerde zorg. Daar wordt aan

gewerkt, net zoals we werken aan de versterking van de wachtposten. Ik heb maanden geleden aan de artsorganisaties gevraagd of ze een hervormd systeem van teleconsultatie konden voorstellen. Ze waren het daar onder elkaar oneens over en dat heeft hen in verschillende modaliteiten doen zeggen dat ik die teleconsultatie moest stopzetten. Ik moest daar eigenlijk zelfs niets voor doen, ze hebben dat gewoon gestopt in de medicomut. Dat was omdat men het niet eens was geraakt over een hervormd systeem. Ik ben mijn eigen vraag aan hen, om na te denken over een hervormd systeem, natuurlijk niet vergeten en indien ik in de mogelijkheid zou zijn om die teleconsultaties nieuw leven in te blazen op een zinvolle en goed gecontroleerde manier, zelfs al is dat op een bescheiden schaal, dan wil ik dat zeker doen.

Wat meer in het algemeen het overleg betreft, mijn medewerkers, mijn administratie en ikzelf overleggen heel intensief, bijna dagelijks, met talloze organisaties, waaronder de artsorganisaties, de thuisverpleging, de farmaceutische industrie en de ziekenfondsen over alle initiatieven in de gezondheidszorg. De tijd van mijn medewerkers gaat in heel belangrijke mate naar overleg met de actoren. Dat verloopt vertrouwelijk, informeel en grondig. Ik steek daar zelf ook tijd in. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de artsorganisaties, die ik sinds het begin van de regeringsvorming al zeker acht keer heb ontmoet en waarmee ik uitvoerig heb gesproken. De laatste keer was vorige vrijdag.

Dat zijn goede vergaderingen, maar die leiden niet altijd tot eensgezindheid. Ik heb bijvoorbeeld in het kader van de discussie over het conventiemodel heel belangrijke openingen en wijzigingen voorgesteld aan de ziekenfondsen en artsorganisaties. Ik zal niet herhalen wat er daarover publiek is gezegd door die actoren, want die zeggen daarover natuurlijk verschillende zaken, maar daaruit blijkt wel dat dat overleg loopt.

Wat de begroting 2026 betreft, het is interessant dat u dat thema aanraakt. In het regeerakkoord is, mede op vraag van uw partij en de collega's van de MR, in een procedure voorzien waarbij er ook een politieke insteek is in het begrotingsproces, maar zonder de mogelijkheden van de actoren om over die begroting te overleggen en te onderhandelen enigermate te verminderen.

Aan die politieke insteek wordt momenteel gewerkt. Dat is de zogenaamde opdrachtbrief. We willen zo'n opdrachtbrief laten vertrekken vanuit de regering, ook al is dat momenteel nog niet wettelijk voorzien. De hervormingswet, waar zoveel over te doen is, bevat onder meer een hoofdstukje waarin de rol van zo'n opdrachtbrief rond de begroting wettelijk wordt omschreven. Ondanks het feit dat de wettelijke basis nog ontbreekt, zijn we binnen de regering nu al aan het praten over zo'n opdrachtbrief.

Uiteraard komt de insteek daarvoor vanuit de regering. Daarna zal dat worden voorgelegd aan de actoren, die daarbij alle vrijheid behouden om alternatieven te bedenken. Het is dus geenszins een dictaat. Ik beschouw het echter wel als een belangrijk moment van dialoog tussen de politiek en de actoren, wanneer zo'n opdrachtbrief met aandachtspunten over de begroting, de gezondheidszorg, de prioriteiten en de beheersing van de uitgaven op tafel wordt gelegd. Ik hoop dat de regering erin slaagt de opdrachtbrief nog voor het reces, dus voor 21 juli, in de ministerraad goed te keuren.

08.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Het klopt inderdaad dat we in het regeerakkoord hebben opgenomen dat dialoog en overleg structureel verankerd moeten zijn en dat ze essentieel zijn om tot akkoorden te komen. Zoals u aangaf, vinden we in het regeerakkoord ook multidisciplinariteit en geïntegreerde zorg zeer belangrijk en hebben we ook een herevaluatie van de New Deal voorzien, met voldoende oog voor de opmerkingen vanuit de sector en voor de klassieke solopraktijken die vandaag nog bestaan en een aanzienlijke workload opvangen, evenals voor de prestatiegeneskunde, die nog steeds overeind blijft.

Wat de teleconsultaties betreft, mijnheer de minister, heb ik begrepen dat de artsensyndicaten het niet eens zijn met uw uitspraken dat de afschaffing op hun vraag is gebeurd.

08.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik kan u de brieven tonen. Ik herhaal nog eens dat ik in *Terzake* heb gezegd dat het voorstel afkomstig was van het Verzekeringscomité. Het kwam uit het overleg, niet van de artsorganisaties *as such*. Het kwam uit het overleg. Ik heb niet gezegd dat dat van hen kwam, maar omdat ze onderling geen akkoord bereikten, hebben ze me formeel gevraagd om de teleconsultaties stop te zetten. Dat is bijzonder duidelijk. Dat staat ook op papier.

08.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Misschien moeten we die brief ontvangen, want het is belangrijk

dat we in dergelijke gespannen situaties elkaar geen woorden in de mond leggen. Die teleconsultaties waren wel degelijk een handig instrument en bovendien zeer patiëntgericht. Als zulke modellen worden meegenomen in hervormingen, bijvoorbeeld in de wachtposten, lijkt het mij evident dat ze ook binnen de eerstelijnspraktijk een plaats kunnen behouden. Op die manier wordt zowel over de werklast voor de huisarts als over het comfort van de patiënt gewaakt. Het is en blijft essentieel dat de wetten en hervormingen die we met de arizonaregering voor ogen hebben in overleg en dialoog tot stand komen. Artsen zijn zelfstandige beroepsbeoefenaars. Laten we dat toch zeker blijven respecteren.

Mijnheer de minister, u bent niet ingegaan op de open brief van de zelfstandig thuisverpleegkundigen. Daarover heb ik toch ook enkele bezorgdheden. Om de hervormingen die we samen voor ogen hebben door te kunnen voeren, moeten we de mensen uit de zorgsector mee aan boord hebben. Zij zijn immers de actoren die de hervormingen zullen moeten uitvoeren. Dat overleg is dus essentieel.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56005709C de Mme Victoria Vandeberg est reportée.

09 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het toenemende gebruik van het Engels in de federale gezondheidsadviezen" (56005715C)

09 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le recours croissant à l'anglais dans les recommandations sanitaires fédérales" (56005715C)

09.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, sinds eind vorig jaar publiceert de Hoge Gezondheidsraad zijn adviezen blijkbaar uitsluitend in het Engels. Intussen zijn er zeven rapporten op de website verschenen, telkens met de expliciete vermelding dat de teksten alleen in het Engels beschikbaar zijn. Dat roept volgens mij toch vragen op over de toegankelijkheid van die adviezen en de wettelijkheid ervan. Volgens de wet van 18 juli 1966 betreffende het gebruik van talen in bestuurszaken moeten federale diensten hun externe communicatie immers in de officiële landstalen voeren, waarbij het Engels geen toegelaten bestuurstaal is.

Aangezien het hier gaat om algemene gezondheidsadviezen, die rechtstreeks het brede publiek aanbelangen, vallen die onder de gebodsbepaling dat ze beschikbaar moeten zijn in het Nederlands, Frans en Duits. Alleen op die manier kan elke burger toegang hebben tot essentiële gezondheidsinformatie in de eigen taal.

Mijnheer de minister, bent u ervan op de hoogte dat de betreffende adviezen alleen nog in het Engels beschikbaar zijn? Wat is daarvan de reden? Zijn er ook andere federale gezondheidsinstellingen die dat, wat mij betreft slechte, voorbeeld willen volgen? Acht u dat in overeenstemming met de taalwetgeving? Overweegt u maatregelen om te garanderen dat de adviezen in de landstalen beschikbaar zijn? Zo ja, aan welke maatregelen denkt u dan?

Het grote probleem is dat wie het Engels niet machtig is, geen toegang tot de informatie heeft. Deelt u die bezorgdheid?

09.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het klopt dat verschillende recente technische adviezen van de Hoge Gezondheidsraad alleen in het Engels op de website beschikbaar zijn. Het betreft echter niet alle recente adviezen. Het nieuwe advies over de voedingsaanbevelingen voor de Belgische bevolking werd bijvoorbeeld wel in het Nederlands en het Frans gepubliceerd.

Volgens de Hoge Gezondheidsraad is het op dit moment niet mogelijk om altijd de juiste taal te hanteren. Dat is het gevolg van een personeelstekort, de steeds urgentere deadlines opgelegd door de aanvragers, een gebrek aan werkingsbudget voor vertalingen, het feit dat de interne dienst van de FOD vertalingen voor de Hoge Gezondheidsraad geen prioriteit geeft en die interne dienst ook overbelast is en de afschaffing van de DeepL Prolicenties in 2025 wegens problemen van vertrouwelijkheid en cybersecurity.

Dat is een suboptimale situatie, gezien het grote belang van de adviezen van de Hoge

Gezondheidsraad voor de gezondheid van onze bevolking. Zoals de Vaste Commissie voor Taaltoezicht al heeft vastgesteld, in haar advies nr. 54.065 van 13 mei 2022, is het exclusieve gebruik van het Engels niet in overeenstemming met de taalwetten. De Hoge Gezondheidsraad is een centrale dienst in de zin van de samengevoegde wetten op het taalgebruik. Luidens artikel 40 van de SWT moeten de berichten en mededelingen die de centrale diensten rechtstreeks aan het publiek richten in het Nederlands en in het Frans worden opgesteld. Met de Duitstalige Gemeenschap werd overeengekomen dat, wanneer ze het belangrijk acht dat een advies in het Duits beschikbaar is, ze de Hoge Gezondheidsraad daarvan op de hoogte brengt. Die laatste zal dan zijn uiterste best doen om dat advies zo snel mogelijk in het Duits te vertalen.

Ik heb de Hoge Gezondheidsraad en de FOD met aandrang gevraagd om het probleem zo snel mogelijk op te lossen, zodat de taalwetten onverkort worden nageleefd. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg publiceert al zijn adviezen in het Nederlands en het Frans en is niet van plan dat te veranderen. Het wetenschappelijke rapport waarop de adviezen zijn gebaseerd en dat door buitenlandse wetenschappers wordt geconsulteerd en becommentarieerd, is doorgaans beschikbaar in het Engels.

09.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het zeer positief dat u de bezorgdheid deelt en dat u zult aandringen op het beschikbaar stellen van de adviezen, minstens in het Nederlands en het Frans en indien mogelijk ook in het Duits. Ik denk dat het bijzonder belangrijk is dat gezondheidsinformatie voor iedereen toegankelijk is. Uiteindelijk draagt iedereen daar immers financieel aan bij.

Ik dring erop aan dat dat ook gebeurt in goed begrijpelijk Nederlands en Frans. Zo kan iedereen maximaal gebruikmaken van die informatie, correct geïnformeerd worden en toegang krijgen tot wetenschappelijk onderbouwde gegevens, wat beter is dan te moeten voortgaan op informatie op sociale media, die, om het zacht uit te drukken, veel minder onderbouwd is.

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

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "BSE en bloeddonatie" (56005718C)

10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'ESB et le don de sang" (56005718C)

10.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag betreft de ziekte van Creutzfeldt-Jakob. Personen die tijdens de jaren 80 en 90 gedurende langere tijd in het Verenigd Koninkrijk verbleven, zijn tot heden uitgesloten van bloeddonatie. Deze maatregel werd destijds ingevoerd als voorzorg in het kader van de BSE-crisis, beter bekend als de gekkekoeienziekte, en het mogelijke risico op overdracht van de menselijke variant, de variant Creutzfeldt-Jakob, via bloedtransfusie.

Intussen zijn we meer dan 30 jaar verder. Uit wetenschappelijke evaluaties blijkt dat het risico op overdracht via bloedtransfusie tegenwoordig als uiterst laag tot verwaarloosbaar wordt ingeschat. Toch blijft ons land zeer strenge uitsluitingscriteria hanteren. In andere landen, zoals de Verenigde Staten, zijn recent versoepelingen doorgevoerd op basis van actueel wetenschappelijk advies. Tegelijkertijd zijn er wereldwijd ook stappen gezet in het onderzoek naar priondetectie en bloedzuiveringstechnieken, ook al zijn die methoden nog niet op grote schaal operationeel.

Wat is de actuele wetenschappelijke onderbouwing voor het aanhouden van de permanente uitsluiting van bloeddonatie voor personen die in de jaren 80 en 90 in het Verenigd Koninkrijk verbleven?

Hoe beoordeelt u de recente versoepelingen van deze uitsluitingscriteria in andere landen?

Kunt u toelichten waarom deze groep mensen in België nog altijd uitgesloten blijft?

Zijn er technologische of medische mogelijkheden die het risico van overdracht kunnen uitsluiten, zodat we deze personen toch kunnen includeren als bloeddonor?

Bent u bereid om dit verder te bekijken in het licht van recente ontwikkelingen?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, in 2024 heeft het Europees Geneesmiddelenagentschap in een reflectieverslag geconcludeerd dat het risico op overdracht van variant Creutzfeldt-Jakob via bloedtransfusie zeer laag is. Op basis daarvan heeft het agentschap de eerdere aanbeveling tot uitsluiting van bloeddonoren die in de jaren 80 en 90 in het Verenigd Koninkrijk verbleven, ingetrokken.

Het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) onderschrijft die conclusie, maar benadrukt dat elk land een eigen risico-batenanalyse moet uitvoeren.

Daarbij moet het risico op overdracht van variant Creutzfeldt-Jakob worden afgewogen tegen de nationale bloed- en plasmabehoefte.

Alhoewel andere landen, zoals de Verenigde Staten en Australië, de uitsluitingscriteria reeds versoepelden op basis van wiskundige modellen, blijft België voorzichtig. Er is immers nog steeds geen betrouwbare bloedtest beschikbaar om variant Creutzfeldt-Jakob op te sporen en de onzekerheid over de prevalentie van dragers blijft bestaan.

Momenteel begeleidt het ECDC vijf landen bij een modelleringsoefening om het risico op overdracht van deze ziekte beter te kwantificeren. De resultaten worden in 2025 verwacht. De volgende stap is de ontwikkeling van een specifiek model voor landen van de EU of de Europese Economische Ruimte. België wil op basis van dat toekomstige model het risico op overdracht via bloedtransfusie in kaart brengen en vervolgens een weloverwogen beslissing nemen over het al dan niet aanpassen van de huidige uitsluitingsregels.

10.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik deel de analyse dat we zo voorzichtig mogelijk moeten zijn en dat er voldoende duidelijkheid moet zijn over het lage risico. Ik hoor nu dat er een modelleringsoefening loopt. We zullen dus samen afwachten wat het resultaat daarvan is en of dat een impact kan hebben op onze bloeddonoren. Dank u wel.

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

11 **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ziekenvervoer voor kankerpatiënten" (56005728C)**

11 **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le transport de patients cancéreux" (56005728C)**

11.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, ik ontvang via verschillende kanalen zorgwekkende signalen over het ziekenvervoer voor kankerpatiënten. Het gaat om kankerpatiënten die zich met ziekenvervoer naar het ziekenhuis begeven voor een chemobehandeling, daar aankomen en helaas het nieuws krijgen dat hun bloedwaarden te laag zijn, waardoor ze niet met de chemotherapie kunnen starten. Die patiënten worden dan naar huis teruggestuurd. Wij kennen de regels ter zake.

Nu blijkt echter dat in zulke situaties het patiëntenvervoer niet wordt terugbetaald. Dat betekent niet alleen een mentale, maar vaak ook een financiële klap voor kwetsbare mensen, die zich op die situatie niet kunnen voorbereiden.

Tijdens de vorige legislatuur heb ik enkele vragen gesteld over *chemocare at home*. U hebt toen ook politiek aangekondigd dat daarvan werk zou worden gemaakt. In Limburg kennen wij een proefproject dat is opgestart met het Wit-Gele Kruis om bloedafnames effectief thuis te organiseren. Ik hoor daar heel wat positieve signalen over. De droom is natuurlijk om dat project op nationaal vlak uit te rollen. Ik had tijdens de vorige legislatuur van u begrepen dat u daar ook werk van zou willen maken.

Daarom heb ik enkele vragen ter opvolging voor u. Bent u bereid om de bestaande terugbetalingsregeling aan te passen voor mensen met negatieve bloedwaarden? Zij verplaatsen zich immers zonder vooraf die informatie te kennen. Het is dan een financiële domper om nadien te vernemen dat het gebruikte patiëntenvervoer in dat geval niet wordt vergoed.

Wat is de stand van zaken van het vandaag lopende proefproject rond thuisbloedafnames in Limburg?

Ontvangt u daar positieve signalen over? Wordt het project geëvalueerd? Kunt u daar resultaten van meedelen?

Ik heb al verwezen naar de politieke beslissing die u in het najaar van 2023 had genomen en aangekondigd om bloedafnames thuis te realiseren. Op dit moment wachten wij echter nog steeds op de nomenclatuurherijking. De prestatiecodes voor bloedafnames thuis in het kader van een chemobehandeling bestaan nog niet, waardoor thuisverpleegkundigen daarvan nog geen gebruik kunnen maken.

Er werd in 2023 ook een budget aangekondigd voor proefprojecten inzake thuisbloedafnames en antibioticatherapie.

Kunt u ons vertellen hoeveel van het budget daarvoor al is aangewend en hoeveel er nog rest van dat budget? Hoe wordt die post in de begroting voor de komende jaren opgenomen?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Sinds 1 april worden de verstrekkingen die in aanmerking worden genomen voor de automatische tegemoetkoming in reiskosten voor patiënten die een oncologische behandeling volgen, vastgesteld in de bijlage bij het ministerieel besluit van 30 mei 2024 houdende vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van rechthebbenden die een oncologische behandeling volgen.

De opgenomen codes omvatten de oncologische behandeling zelf en bepaalde specifieke raadplegingen na de behandeling. Voor de automatisering van deze tegemoetkoming was de interpretatie altijd dat enkel rekening werd gehouden met de verplaatsingen voor de eigenlijke behandeling en niet met de technische verstrekkingen die daarmee verband zouden houden. Tijdens de analyses voor de automatisering hebben we overwogen om dergelijke verstrekkingen mee in aanmerking te nemen, vermits ze noodzakelijk zijn voor de oncologische behandeling. De budgettaire impact daarvan bleek echter te groot. Momenteel wordt onderzocht in hoeverre bepaalde andere codes dan die op de huidige lijst staan, kunnen worden opgenomen, voor zover men die aan een behandeling kan koppelen, zodra dat ook budgettair en dus ook politiek, haalbaar is. De verplaatsingen voor bloedafnames die voorafgaan aan de behandeling maken deel uit van dit onderzoek.

Het proefproject in Limburg wordt niet gefinancierd door het RIZIV, waardoor ik niet beschik over precieze informatie in de vorm van resultaten of een evaluatie. Ik houd me uiteraard aanbevolen om die informatie te ontvangen. Het pilootproject Onco@home werd gerealiseerd dankzij een samenwerking tussen Kom Op Tegen Kanker en drie ziekenhuizen, namelijk het AZ Groeninge in Kortrijk, het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis in Waregem en de Sint-Jozefskliniek in Izegem, en drie thuiszorgorganisaties: i-mens, het Wit-Gele Kruis en ZorgConnect. Dit project is ontworpen om de oncologische zorg te optimaliseren door het mogelijk te maken dat patiënten hun bloedafname en symptoombevraging in hun vertrouwde thuisomgeving kunnen ondergaan. De bevindingen over Onco@home zijn echt positief wat betreft de tevredenheid bij zowel patiënten als zorgverleners, zowel in het ziekenhuis als in de thuiszorg, en ook wat betreft de efficiënte benutting van de capaciteit in het dagziekenhuis. Een goede opleiding en begeleiding zijn wel noodzakelijk om vertrouwen te creëren, zowel bij de patiënt als in het bijzonder ook bij de zorgverleners.

Er is een nog uitmuntendere samenwerking, waarbij open communicatie centraal staat tussen de eerste en de tweede lijn maar ook tussen de eerstelijnspartners onderling. Ten slotte worden de ziekenhuisbezoeken verminderd, wat meer comfort voor de patiënt betekent en een betere spreiding van de zorgtaken mogelijk maakt.

Dankzij de gezamenlijke inspanningen van de ziekenhuizen, de thuiszorgorganisaties en het RIZIV kan het zorgmodel A verder worden uitgerold, met als doel structurele en duurzame verbeteringen in de oncologische zorgverlening te realiseren.

In het ZIV-budget 2025 is een bedrag van 1,447 miljoen euro opgenomen om het project breder te implementeren en mogelijk structureel te verankeren. Het uiteindelijke doel is om oncologische behandelingen zo goed mogelijk te integreren in het normale sociale leven van de patiënt, zodat zijn welzijn wordt verhoogd en de zorgkwaliteit verbeterd.

Het model biedt aanzienlijke voordelen voor zowel patiënten als zorgverleners en ziekenhuizen en kan de efficiëntie van de zorg verbeteren. Dankzij de gezamenlijke inspanningen van de ziekenhuizen, de thuiszorgorganisaties en het RIZIV kan dit model verder worden uitgerold, met als doel om de oncologische zorg op een duurzame en structurele manier te verbeteren.

11.03 Nawal Farih (cd&v): Dank u wel, minister. Dat was heel wat informatie, waarvoor dank. Ik heb een punt niet goed begrepen. Ik zou graag willen dat u dat nog even toelicht. U zegt dat er voor alle behandelingen die thuis plaatsvinden, voor de chemobehandeling, niet voldoende draagvlak bestaat wegens de budgettaire impact. Gaat dat over die behandelingen zelf of over het vervoer?

11.04 Minister Frank Vandenbroucke: Neen, de vraag gaat over het vervoer.

11.05 Nawal Farih (cd&v): Dus het gaat enkel over het vervoer waarvoor er om budgettaire redenen niet genoeg draagvlak bestaat?

11.06 Minister Frank Vandenbroucke: De vraag is of het budgettair haalbaar is. Als het budgettair haalbaar is, kan men het ook politiek beslissen. Het gaat hier over de verplaatsingen voor bloedafnames voorafgaand aan de behandeling en dergelijke. Die vallen hieronder.

11.07 Nawal Farih (cd&v): Ja, want het is inderdaad al aangekondigd dat Onco@home voor alle patiënten zou worden terugbetaald, maar we wachten nu nog op de herijking van de nomenclatuur.

11.08 Minister Frank Vandenbroucke: Dat gaat over de behandelingen.

11.09 Nawal Farih (cd&v): Over de bloedafname thuis.

11.10 Minister Frank Vandenbroucke: Precies, ja.

11.11 Nawal Farih (cd&v): Ik vraag mij echter nog steeds iets af. Voor het patiëntenvervoer van patiënten met een negatieve bloedwaarde is er nog steeds geen plan om een tegemoetkoming te voorzien. Daarop heb ik nog niet direct een antwoord gekregen. Er zijn nochtans veel vragen op het terrein die ik daarover zou willen kunnen beantwoorden. Hebt u daar al een antwoord op, mijnheer de minister?

11.12 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, maar ik kan alleen maar herhalen wat ik al heb gezegd, namelijk dat we dat onderzoeken. We kunnen daarover geen beslissing nemen zolang we niet zeker zijn dat het budgettair haalbaar is. Dat hangt af van de begroting en van de begrotingsprioriteiten, maar het is iets wat we onderzoeken. Dat heb ik gezegd.

11.13 Nawal Farih (cd&v): Voor de behandelingen die plaatsvinden in het kader van chemotherapie komt er dus hopelijk binnenkort een oplossing, maar het patiëntenvervoer bij negatieve bloedwaarden wordt nog bekeken.

11.14 Minister Frank Vandenbroucke: Ja.

11.15 Nawal Farih (cd&v): Dank u wel. Ik hoop dat daar dan ook werk van gemaakt kan worden. Ik hoef het u niet te vertellen, maar oncologische patiënten leggen een zwaar traject af. Vol goede moed gaan ze naar het ziekenhuis om daar verder geholpen te worden. Als men daar dan te horen krijgt dat men negatieve bloedwaarden heeft en wordt teruggestuurd – met daarbovenop nog een factuur – is dat natuurlijk niet bevorderlijk voor het mentale traject dat zo'n patiënt doormaakt. Voor kwetsbare patiënten vormt dit bovendien vaak een aanzienlijke financiële last, die boven op al hun bestaande zorgen moeilijk te dragen is. Ik hoop dan ook oprecht dat we voor die groep de nodige inspanningen kunnen leveren. Ik reken daarvoor op uw daadkracht. Dank u wel.

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

12 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)" (56005730C)

12 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consultation multidisciplinaire oncologique (CMO)" (56005730C)

12.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) vormt een belangrijk onderdeel van onze kwalitatieve kankerzorg. Artsen uit verschillende disciplines overleggen samen over een diagnose en werken samen een behandelplan uit op maat van de patiënt.

Op het terrein zien we echter dat, hoewel de MOC's cruciaal zijn, de nomenclatuur slechts twee overlegmomenten terugbetaalt, zijnde een overleg na een nieuwe kankerdiagnose en een ter opvolging van een nieuw behandelingsplan. Er bereiken mij heel wat signalen van artsen dat dat onvoldoende is. Als we kwaliteitsvolle zorgtrajecten willen organiseren en faciliteren voor de patiënten, zijn er meerdere MOC's nodig, namelijk vóór en na operatie, na chemotherapie om na te gaan of er wijzigingen nodig zijn, of bij de overschakeling naar palliatieve zorg.

Die bijkomende overlegmomenten worden momenteel niet gefinancierd. Sommige gemotiveerde artsen buigen zich toch nog samen over patiëntendossiers; andere artsen concluderen dat daar geen vergoeding tegenover staat en er dus ook geen overleg nodig is. Dat gaat soms ten koste van het kankertraject van een patiënt, dat niet wordt bijgestuurd door het gebrek aan overlegmomenten.

Het RIZIV trok vorig jaar aan de alarmbel. Ook daar klinkt het dat de terugbetaling niet strookt met de realiteit op het terrein en dus vraagt het RIZIV om in het kader van de nomenclatuurreformering meer multidisciplinaire overlegmomenten voor terugbetaling in aanmerking te laten komen.

Mijnheer de minister, erkent u dat de financieringsstructuur voor MOC's onvoldoende aansluit bij de oncologische zorg op het terrein? Zullen er in het kader van de nomenclatuurreformering meer multidisciplinaire oncologische overlegmomenten in aanmerking komen voor terugbetaling? Bent u bereid om ook overlegmomenten over goedaardige tumoren, waarvoor evenzeer een multidisciplinair overleg aangewezen is, op te nemen in de nomenclatuur? Ook als een goedaardige tumor wordt gevonden, is het belangrijk dat er multidisciplinair overleg is over alle disciplines heen om de juiste beslissingen te kunnen nemen voor de betrokken patiënten.

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ten eerste, het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) is een belangrijk instrument om bij oncologische zorg de multidisciplinaire benadering van de behandeling te stimuleren. In 2024 werd voor ruim 92.400 patiënten een eerste MOC georganiseerd en bijna 65.000 opvolg-MOC's werden ingepland.

Ik ben overtuigd van het belang van kwalitatieve zorg, die onder meer gerealiseerd kan worden via multidisciplinair overleg bij complexe zorgsituaties. Ik ontvang inderdaad signalen vanuit het veld dat de financieringsstructuur van het MOC momenteel onvoldoende is aangepast aan het huidige zorgklimaat. Daarbij wordt aangegeven dat de vergoeding van een dergelijk MOC ook nuttig zou kunnen zijn bij bepaalde goedaardige aandoeningen.

Het huidige systeem van financiering kadert in een budgettaire evenwichtsoefening die continu onder druk staat, waarbij de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk worden ingezet. In die context kan momenteel dus niet elk multidisciplinair consult worden vergoed. Er zijn wel wijzigingen doorgevoerd. Zo is de mogelijkheid om het tijdens de covidpandemie tijdelijk toegestane tele-MOC uit te voeren, inmiddels definitief goedgekeurd. Op die manier proberen we de deelname van huisartsen aan MOC's te vergroten, aangezien hun betrokkenheid belangrijk is en vandaag nog te beperkt blijft. Bovendien kan, wanneer de klinische situatie dit rechtvaardigt, altijd een MOC-follow-up worden georganiseerd. Dat is niet beperkt tot twee MOC's per patiënt.

Ten tweede, de hervorming van de nomenclatuur wordt voorbereid, opgevolgd en besproken met vertegenwoordigers uit de medicomut, de ziekenhuissector en de stuurgroep die die hervorming begeleidt. Het inhoudelijke werk wordt uitgevoerd door wetenschappelijke teams, met directe betrokkenheid van de medische specialismen en pilootziekenhuizen.

Een van de doelstellingen is inderdaad de nomenclatuur nauwer te doen aansluiten bij een performant organisatiemodel voor zorgverlening, gebaseerd op multidisciplinariteit, continuïteit, transmuraliteit en kwaliteit. Daarbij wordt gewerkt aan een adequate honorering van onder meer het inter- en multidisciplinair overleg. Het MOC zal in dat kader specifieke aandacht krijgen en mede aangestuurd worden door vertegenwoordigers van de artsen.

In dat kader moet ook de huidige financiering van het MOC worden beschouwd, evenals de inkanteling ervan in een oncologisch zorgproject dat samen met alle betrokkenen wordt ontwikkeld. De uitbreiding van de indicaties zal eveneens in dat kader worden besproken.

Ten derde, de aangehaalde kwestie is voorgelegd aan de Technische Geneeskundige Raad, die bevoegd is om hierover voorstellen te formuleren. Dat maakt overigens deel uit van de hervorming van de nomenclatuur voor de verschillende vormen van inter- en multidisciplinair overleg en wordt besproken met de verschillende medische, mutualistische en sociale partners.

12.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, in 2024 werd voor ruim 92.400 patiënten een eerste MOC georganiseerd. Artsen op het terrein maken dus wel degelijk gebruik van het MOC en begrijpen ook de noodzaak ervan. Ik ontving signalen van op het terrein dat goedaardige tumoren zeker ook in de MOC-financiering moeten worden opgenomen. Daarnaast heeft men mij op het hart gedrukt hoe essentieel een MOC na een operatie is voor een goede informatiedoorstroming naar alle artsen van de patiënt en dringt men erop aan om ook een MOC bij de overschakeling naar palliatieve zorg te financieren. Ik breng die boodschap hier over in het Parlement en hopelijk zullen de werkgroepen aan de onderhandelingstafel rekening houden met die noden op het terrein, want het betreft kwetsbare patiënten. Hoe meer overleg tussen de artsen, hoe beter ze kunnen worden behandeld.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La protection du titre d'hypnothérapeute" (56005757C)

13 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bescherming van de titel van hypnotherapeut" (56005757C)

13.01 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, le rôle de l'hypnose dans de nombreux actes médicaux n'est plus à prouver. Cette pratique peut aider le patient et peut conduire à servir d'alternative à l'anesthésie dans certains cas. Elle permet une série d'applications diverses, selon le type d'hypnose (classique, ericksonienne, et j'en passe).

Cependant, qu'importe le type d'hypnose pratiquée, le terme d'hypnothérapeute n'est pas protégé. Or, l'utilisation du suffixe "-thérapeute" renvoie à une forme de soin et à une confiance y afférente. L'utilisation abusive de cette appellation peut dans certains cas être dangereuse, car elle pourrait tromper le patient.

Plusieurs corps de métier peuvent pratiquer l'hypnose, comme des psychologues, des psychiatres, des dentistes, des médecins ou différents coachs. De même, des formations existent en IFAPME, mais aussi des certificats post-universitaires.

L'offre peut donc varier en qualité, les apprenants peuvent avoir des parcours différents. Le risque de confondre un hypnothérapeute ayant un autre diplôme universitaire avec un coach formé en quelques jours est donc problématique.

Mes questions, monsieur le ministre, sont donc les suivantes. Comptez-vous protéger le titre d'hypnothérapeute? Faudrait-il un diplôme ou une formation reconnue pour obtenir le titre et exercer sous cette appellation? *Quid* des hypnotiseurs à vocation récréative? Auraient-ils aussi accès au titre sans diplôme paramédical?

L'hypnose est remboursée par certaines mutuelles lorsqu'elle est pratiquée dans le cadre d'une consultation psychologique ou psychothérapeutique par un praticien reconnu par la mutuelle. Comptez-vous restreindre les remboursements aux praticiens ayant une formation reconnue?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: L'hypnothérapie n'est effectivement pas reprise dans la législation relative à l'exercice des professions de santé, soit la loi de 2015. D'un point de vue légal, on ne peut invoquer que la loi sur l'hypnotisme, qui date du 30 mai 1892.

Dans l'état actuel de la législation, l'hypnose est une technique relationnelle qui peut être utilisée par un professionnel de santé reconnu, pour autant qu'il le fasse dans le cadre des compétences et des obligations qui lui sont dévolues par la loi sur l'exercice des professions de santé, et qu'il ait été démontré scientifiquement que cette technique présente un intérêt dans l'exercice de sa compétence professionnelle.

Les professionnels de santé concernés par cette technique en connaissent l'utilité et agissent dans le cadre légal qui leur est imposé, y compris des professionnels de soins de santé mentale.

Toutefois, de manière plus large, je souhaite qu'une analyse soit réalisée concernant les diverses démarches thérapeutiques existantes en soins de santé mentale, tout en assurant la sécurité et la qualité des soins prodigués aux patients.

Par conséquent, je vais demander au Conseil des professions des soins de santé mentale de me rendre un avis concernant les procédés psychologiques en soins de santé mentale qui sont suffisamment éprouvés et qui devraient être réglementés.

Du reste, concernant l'hypnose de spectacle, cette matière ne relève pas du cadre de mes compétences de ministre de la Santé.

13.03 Anthony Dufrane (MR): Madame la présidente, je remercie M. le ministre, notamment pour le suivi qu'il entend apporter en interrogeant le Conseil des professions de soins de santé mentale. Le fait que des personnes peuvent, en quelques heures et pour moins de 200 euros, se former, obtenir un diplôme, pour ensuite s'installer comme hypnothérapeute et lancer des consultations, présente, selon moi, un danger.

Je vous remercie d'avance pour le bon suivi que vous assurerez eu égard à cette problématique qui peut causer bien des torts.

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

14 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Intrafamiliaal geweld" (56005764C)

14 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La violence intrafamiliale" (56005764C)

14.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, intrafamiliaal geweld is een heel groot maatschappelijk probleem dat steeds vaker tot tragische gevolgen leidt. Recentelijk waren er weer een aantal gebeurtenissen. Zo werd in Oost-Vlaanderen een vrouw om het leven gebracht door haar ex-partner. In Haasrode bekende een zestienjarige jongen dat hij zijn moeder en zijn zesjarige zus had neergestoken en vervolgens brand had gesticht. In Geraardsbergen moest de politie dan weer ingrijpen bij een incident van intrafamiliaal geweld waarbij een man op agenten schoot.

Deze dramatische gebeurtenissen benadrukken de noodzaak van een versterkte aanpak van intrafamiliaal geweld, met daarin belangrijke preventieve maatregelen, betere ondersteuning voor slachtoffers en strengere interventies bij risicogeveallen. De maatschappelijke impact is uiteraard enorm. Gezinnen worden verwoest, kinderen verliezen ouders en hele gemeenschappen worden geconfronteerd met erg schokkende misdaden. Gelet op de ernst en frequentie van deze incidenten rijst dan ook de vraag welke bijkomende inspanningen nodig zijn. Vandaar mijn vragen voor u, mijnheer de minister. We stellen trouwens ook vragen over dit thema in andere commissies.

Welke initiatieven neemt u om dit probleem aan te pakken?

Komen er nog nieuwe zorgcentra na seksueel geweld, na die welke nu in de running zijn? Zo ja, wat is

de timing? Zo neen, waarom niet?

Kunnen slachtoffers van intrafamiliaal geweld daar dan ook terecht? Ik veronderstel van wel.

Kunt u ook een overzicht geven van waar de slachtoffers van intrafamiliaal geweld nu al terecht kunnen, meer bepaald maar niet uitsluitend wat uw bevoegdheidsdomein betreft?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat u aankaart, mevrouw De Knop, baart mij ook grote zorgen. Daarom financieren we sinds 2023 een uitgebreid programma, Operatie Alert, om de detectie, de begeleiding en de behandeling van slachtoffers van intrafamiliaal en seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking te verbeteren bij het zorgpersoneel en het ondersteunend personeel in ziekenhuizen. In het kader van dat programma worden e-learnings en verschillende hulpmiddelen ontwikkeld. De e-learnings zijn gratis beschikbaar op het platform van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Op 8 maart vorig jaar hebben we ook een persbericht verspreid over dat opleidingsprogramma en de onlinetools.

Om huisartsen te ondersteunen, hebben we bovendien richtlijnen opgesteld die beschikbaar zijn op de website van de FOD Volksgezondheid, evenals een e-learningscursus met specifieke focus op de zorg voor slachtoffers van intrafamiliaal geweld. Meer informatie over dit uitgebreide programma vindt u op de website operatiealert.be.

Er zijn momenteel 10 zorgcentra na seksueel geweld. Via de wet van 26 april 2024 betreffende deze zorgcentra werden de financiering en de overeenkomst onder de bevoegdheid van het RIZIV geplaatst. Tegen eind 2025 plannen we 13 RIZIV-overeenkomsten af te sluiten met het oog op een startdatum op 1 januari 2026. Er zal één zorgcentrum voor seksueel geweld geselecteerd worden in de volgende parketten van de procureurs des Konings: Antwerpen, Waals-Brabant, Brussel, Charleroi, West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Halle-Vilvoorde, Luik, Limburg, Leuven, Luxemburg, Bergen en Namen. Dat betekent dat er in drie parketten een zorgcentrum na seksueel geweld zal worden geopend waar er vandaag nog geen actief is.

Kunnen slachtoffers van intrafamiliaal geweld hier ook terecht? De opvang van slachtoffers van intrafamiliaal geweld is geen expliciete opdracht van de zorgcentra, zoals die is gedefinieerd in de wet van 26 april 2024. Het is echter natuurlijk goed mogelijk dat ook slachtoffers van intrafamiliaal geweld worden opgevangen in een zorgcentrum als er ook sprake is van seksueel geweld.

Als dat niet het geval is, kunnen ze voor de behandeling van hun lichamelijke verwondingen terecht op de spoeddiensten van ziekenhuizen. In het kader van Operatie Alert bieden we modules voor holistische zorg aan, met een adressenlijst per regio om slachtoffers adequaat te verwijzen naar hulpverlening in hun buurt. Voor de overige procedures inzake intrafamiliaal geweld verwijs ik graag naar de bevoegde ministers, met name de ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken.

14.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, het probleem is dat de aanpak van intrafamiliaal geweld bijzonder versnipperd is, zoals veel andere zaken in dit land. Er zijn federale bevoegdheden, Vlaamse bevoegdheden, bevoegdheden van politiezones en gemeenten en dat bevordert geenszins een volledig slachtoffergerichte en mensgerichte aanpak. Daarom lijkt het mij van groot belang dat de federale overheid via preventie en haar coördinerende rol kan bijdragen aan een geïntegreerde aanpak. Die dimensie mis ik een beetje in uw antwoord. Dat is deels toe te schrijven aan de bevoegdheidsverdeling, maar ik vrees dat dat slachtoffers van intrafamiliaal geweld daardoor vaak door de mazen van het net glippen, zoals we overigens ook frequent in de pers kunnen lezen.

We zullen deze problematiek dan ook nauwgezet blijven opvolgen en zoeken naar de gepastste oplossingen, voor zover er al oplossingen bestaan voor dergelijke situaties. Ik wil u dan ook oproepen om de acties die u onderneemt op het vlak van preventie verder te intensiveren.

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

15 Vraag van Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De klimaat- en milieu-impact van behandelingen in de zorgsector" (56005776C)

15 Question de Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact climatique et environnemental des traitements dans le secteur des soins" (56005776C)

15.01 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, voor de Nederlandse regering viel, startte die in mei een proefproject op waarin men met het oog op terugbetaling van zorg ook de inzet van schaarse personeelsmiddelen en de milieu-impact meeweegt. De zorgsector daar is hard bezig met duurzaamheid. Zo werden er specifieke rekenmethoden uitgewerkt om bijvoorbeeld de personeelsinzet en de milieu-impact van bepaalde behandelingen inzichtelijk te maken.

Dat gaat verder dan wat wij op dit moment in ons land doen. In uw beleidsnota schrijft u dat u vooral wilt onderzoeken hoe dat kan gebeuren aan de hand van welke indicatoren van het KCE voor het meten van milieuduurzaamheid en welke prioriteiten we moeten stellen, bijvoorbeeld in verband met de uitstoot van broeikasgassen. Natuurlijk ben ik tevreden over die passage, maar moeten we niet wat meer ambitie en daadkracht aan de dag leggen? Kunnen we bijvoorbeeld de Nederlandse aanpak enigszins navolgen?

Zult u daaraan prioriteit geven en een beleid ter zake met spoed uitwerken? Wanneer kunnen we dat verwachten, bijvoorbeeld via een pilootproject?

Zult u ook specifiek iets doen rond medicatierestanten in ons oppervlakte- en grondwater? Dat is een probleem, onder andere vanwege hormoonverstorende effecten. In uw beleidsdocumenten staat daar momenteel niets over.

U stelt ook dat u de Belgische concurrentiepositie op het vlak van geneesmiddelen wilt versterken. Dat is goed – we zijn sterk in de farmasector –, maar vormt dat ook een opportuniteit om duurzaamheidsmaatregelen in die acties te integreren?

Tot slot, bij de investeringen – dit raakt aan de begroting – merken we dat er steeds minder budgetten worden vrijgemaakt voor duurzame roerende goederen en diensten. Ook in de gezondheidszorg kan vergroening gerealiseerd worden via onder andere investeringen en aanbestedingen. Wat zijn uw ideeën daarover?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Sutter, op de Klimaatconferentie in Glasgow van 2021 is België de verbintenis aangegaan om te streven naar een nuluitstoot van ons gezondheidszorgsysteem tegen 2050.

Na die verbintenis werd in het kader van het Nationaal Actieplan Leefmilieu-Gezondheid (NEHAP) een werkgroep opgericht. In samenwerking met de gemeenschappen en de gewesten hebben we een gespecialiseerd onderzoeksbureau ingeschakeld om te berekenen wat de uitstoot is van onze gezondheidszorg en waar de grootste emissiebronnen in ons zorgsysteem zitten. Het rapport *Operation Zero* werd eind februari gepubliceerd. Het werd 100 % gefinancierd door de FOD Volksgezondheid en bevatte ook suggesties voor mogelijke maatregelen.

Op basis van dat rapport bereiden de verschillende Belgische administraties van Volksgezondheid en Leefmilieu momenteel een nota met voorstellen van maatregelen voor, die in september zal worden voorgelegd aan hun ministers in de gemengde IMC Leefmilieu en Volksgezondheid. Zo wordt de haalbaarheid van de elektrificatie van ambulances in België in kaart gebracht. Er zal dan worden bekeken welke middelen beschikbaar zijn voor welke acties en waar eventueel inkomsten uit de Europese emissiehandel kunnen worden gemobiliseerd.

De vergroening van de gezondheidszorg bevindt zich op het kruispunt van vele bevoegdheden en expertises. Het NEHAP biedt daarbij potentieel om een efficiënter middelengebruik over de administraties en beleidsdomeinen heen te realiseren. Intussen heeft de FOD Volksgezondheid in uitvoering van de federale klimaatwet een routekaart ingediend voor onder meer het vergroenen van het aankoopbeleid van de ziekenhuizen.

Een eerste stap is het maken van een analyse van het Belgische aankoopbeleid. Inspanningen rond het aankoopbeleid moeten duurzaamheid introduceren, met aandacht voor de financiële situatie van de ziekenhuizen en de beschikbare alternatieven op de markt. We zullen ook actie ondernemen voor de vergroening van de operatiekwartieren in ziekenhuizen. De hoeveelheid afval bij een standaard chirurgische ingreep komt overeen met de hoeveelheid afval die door een gezin van vier leden gedurende één week wordt geproduceerd.

We zullen inzetten op de sensibilisering van het personeel en een beter geneesmiddelen- en materiaalmanagement, net als op een efficiënter energiegebruik. Het beter sorteren van afval kan de hoeveelheid afval in het operatiekwartier op jaarbasis met 50 % verminderen. Daarnaast zal een betere triage leiden tot een kostenbesparing, omdat de hoeveelheid afval die als gevaarlijk medisch afval wordt beschouwd, ook aanzienlijk kan verminderen.

In 2024 startte de FOD Volksgezondheid een pilootproject rond de vermindering van de plasticafvalberg in ziekenhuizen. Voor het project, met een federaal budget van 600.000 euro, wordt in het najaar een projectoproep gelanceerd gericht aan ziekenhuizen die concreet actie willen ondernemen om hun gebruik van *single-use plastics* te verminderen. Het proefproject zou in 2026 in de ziekenhuizen van start gaan.

Wat specifieke acties met betrekking tot restanten van medicatie in oppervlakte- en grondwater betreft, de gewesten zijn bevoegd voor de omzetting, tegen 31 juli 2027, van de nieuwe Europese richtlijn inzake stedelijk afvalwater in interne wetgeving. Nieuw daarin is de verplichting om micropolluënten uit huishoudelijk afvalwater te verwijderen, met name in farmaceutica en persoonlijke verzorgingsproducten. Dat gebeurt via zuivering met behulp van specifieke behandelingstechnieken. Om die extra zuivering te financieren, legt de Europese richtlijn een uitgebreide verantwoordelijkheid op aan de producenten, in overeenstemming met het principe van de vervuiler betaalt.

Tijdens de interministeriële conferentie Leefmilieu van 30 januari hebben we beslist om een werkgroep op te richten voor de gecoördineerde omzetting van de artikelen 9 en 10 van de richtlijn stedelijk afvalwater. Dat traject loopt.

Ik heb aan de kar getrokken voor een *critical medicines act*. Op mijn voorstel zijn in het voorstel van de Commissie nu ook bepalingen opgenomen die de aanbesteders opleggen om in hun openbare aanbestedingen rekening te houden met MEAT-criteria (monitoring, evaluation, assessment, treatment), waarin onder meer milieucriteria geïntegreerd zijn. Op die manier helpen we de Europese producenten vooruit door milieuvriendelijke productie te belonen, aangezien ze vandaag al veel milieuvriendelijker produceren dan het geval is in China, India of zelfs de Verenigde Staten.

Ten slotte, minister Crucke stuurt binnenkort een uitnodiging naar onze collega-ministers van de gewesten en gemeenschappen voor de gemengde IMC Leefmilieu en Volksgezondheid. Nu we dankzij het rapport *Operation Zero* een beter zicht hebben op de koolstofvoetafdruk van de zorg in België, is het de bedoeling om op die conferentie mogelijke acties en de daaraan verbonden kosten voor de vermindering van de broeikasuitstoot af te spreken, waarbij rekening wordt gehouden met de bevoegdheidsverdeling en met de initiatieven die de gewesten al hebben genomen. Voor projecten die een gemeenschappelijke aanpak vereisen, overleggen de ambtenaren van de verschillende beleidsniveaus nu al regelmatig.

15.03 Petra De Sutter (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw uitvoerig antwoord, dat aangeeft dat er veel acties lopen en veel maatregelen in de pijplijn zitten.

Ik ben tevreden met die aandacht. Het is in ieder geval belangrijk dat er in het NEHAP, ondanks de besparingen, daaraan voldoende budgetten worden toebedeeld, opdat er op dat vlak inderdaad resultaten worden geboekt. We zullen het dossier uiteraard opvolgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'élaboration du dossier patient unique intégré" (56005796C)

16 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitwerking van één geïntegreerd patiëntendossier" (56005796C)

16.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, la plateforme eHealth devait constituer un outil central pour améliorer la qualité des soins, favoriser la coordination entre prestataires et fluidifier l'accès aux données médicales du patient. Pourtant, sur le terrain, de nombreuses critiques persistent, tant du côté des professionnels de la santé que des institutions hospitalières. À l'heure actuelle, notre pays ne dispose toujours pas d'un dossier patient unique intégré à l'échelle nationale. En pratique, cela complique fortement l'accès aux données médicales essentielles, notamment en cas d'urgence. Lorsqu'un hôpital entame l'anamnèse d'un patient, il doit parfois reconstituer son historique en contactant directement son pharmacien de quartier pour accéder à des informations élémentaires relatives à sa médication. Le plan de médication du patient n'est pas toujours publié, notamment sur le Réseau Santé Wallon, ce qui génère des lacunes importantes dans le suivi thérapeutique.

Par ailleurs, la plateforme actuelle ne permet pas de travail réellement interdisciplinaire. Il n'y a pas d'arborescence structurée permettant de retrouver rapidement les informations pertinentes selon les spécialités ou les épisodes de soins. Dans le cas de patients souffrant de pathologies lourdes ou chroniques, ce sont dès lors parfois plusieurs milliers de pages qui s'accumulent, rendant l'exploitation des données fastidieuse et peu efficace. Cette situation illustre l'urgence de simplifier l'architecture numérique de notre système de santé, tant pour libérer du temps médical que pour renforcer la qualité des soins.

Monsieur le ministre, quelles réformes envisagez-vous pour accélérer la mise en place d'un véritable dossier patient intégré et interopérable en Belgique? Comment comptez-vous améliorer l'accessibilité et l'organisation des données sur la plateforme eHealth? Des solutions concrètes sont-elles prévues à court terme pour renforcer l'interdisciplinarité et réduire la lourdeur administrative liée à l'exploitation des données du patient?

16.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Dedonder, de nombreuses actions sont en cours dans le domaine de l'e-santé, dans le but de parvenir à la mise à disposition d'un dossier patient intégré pour chaque citoyen belge. Nous parlons du Belgian Integrated Health Record (BIHR). Mme Gijbels ne m'en voudra sans doute pas. Je fais également référence à la séance d'information que la plateforme eSanté a donnée au Comité de santé publique au printemps 2024. Mais il ne s'agit pas de centraliser toute l'information, au niveau de la plateforme eHealth, de la réunion du printemps 2024. En effet, cette plateforme n'a pas vocation à stocker des informations de santé concernant les citoyens belges, mais bien de faciliter les échanges d'informations de façon sécurisée et authentifiée. À cette fin, la plateforme met à disposition des services de base utilisables dans les différents contextes de soins et soutient le processus d'enregistrement des logiciels qui doit permettre notamment d'évaluer la qualité de l'implémentation par les logiciels proposés aux professionnels de santé des services de base.

Les travaux en cours ne dépendent donc pas de la seule plateforme eHealth, mais impliquent de nombreux acteurs dont la collaboration est nécessaire pour aboutir à un dossier patient intégré: différentes autorités (fédérales et fédérées), les fournisseurs de logiciels, les professionnels de santé eux-mêmes, ainsi que les plateformes régionales de santé, que sont les hubs pour les institutions de soins de santé, et les coffres-forts sanitaires, ainsi que toute autre source authentique contenant des informations de santé. La standardisation des informations échangées, les CareSets basés sur le FHIR et SNOMED CT, est nécessaire pour assurer l'interopérabilité.

Il s'agit d'un travail de longue haleine, mais des avancées importantes ont déjà été réalisées qui facilitent le travail des professionnels. Citons, par exemple, les outils aujourd'hui disponibles dans le domaine de la prescription électronique et la gestion de l'information concernant la médication.

Pour soutenir le développement de notre système e-santé, au cours de la présente législature, nous avons rédigé un nouveau plan d'action a été conclu avec les entités fédérées et les *stakeholders*. Ce nouveau plan eHealth a été confirmé lors de la réunion de la Conférence interministérielle de la Santé de la semaine passée et constitue un jalon important. Il doit définir les priorités, mais aussi garantir une

synchronisation des initiatives et une meilleure utilisation des moyens disponibles, d'une part, et la conclusion d'un accord de coopération destiné à donner une assise juridique solide aux collaborations et aux échanges d'informations entre le fédéral et les Régions, d'autre part.

En coopération avec les parties prenantes, un groupe de travail doit fournir des conseils sur la manière de parvenir à une véritable simplification administrative et de faciliter autant que possible l'obligation d'enregistrement standardisé, qui est aussi un souhait et une question qui vivent fortement chez le personnel soignant, au niveau des syndicats du personnel, et plus largement des partenaires sociaux dans le secteur des soins de santé. J'ai proposé ce groupe de travail, qui se consacre à la simplification administrative et à la facilitation de l'obligation d'enregistrement, en lien avec le développement d'un agenda pour le personnel soignant.

16.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour toutes ces réponses et pour la volonté d'aboutir. J'entends bien que cela prend du temps et que de nombreux acteurs entrent en ligne de compte. J'entends aussi que vous entreprenez des actions. Laissons alors encore un peu de temps pour que tout cela se mette en place. Nous reviendrons pour faire une évaluation.

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

17 Vraag van Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stijging van het aantal personen die als invalide erkend zijn tot aan het pensioen" (56005941C)

17 Question de Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du nombre de personnes invalides jusqu'à la pension" (56005941C)

17.01 Petra De Sutter (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, mijn vraag is een vervolgvraag op een schriftelijke vraag die ik u eerder stelde over de stijging van het aandeel langdurig zieken dat arbeidsongeschikt erkend blijft tot aan het pensioen.

In het antwoord op die vraag stelde u dat het aandeel personen dat als invalide erkend is tot aan het pensioen tussen 2015 en 2022 ongeveer stabiel is gebleven, namelijk rond de 60 %. U vermeldt ook dat er sinds 2023 zelfs een daling is ingezet en dat die daling zich zal verderzetten als gevolg van de hervorming van de organisatie van het proces van beoordeling van arbeidsongeschiktheid door de verzekeringsinstellingen.

Een gedetailleerdere analyse van de tabellen per leeftijdscategorie toont voor 2020 toch een stijging bij bepaalde leeftijdsgroepen aan. Dat valt vooral op bij de groep 58- tot 62-jarigen, maar ook bij de groep 50- en 51-jarigen. In vergelijking met de twee voorafgaande jaren en de twee daaropvolgende jaren, de coronaperiode, lijkt dit toch een afwijkende evolutie. Bij de 58- en 59-jarigen lag het aandeel in 2019 rond de 80 % en in 2020 steeg dat tot ongeveer 90 %. Voor zover ik heb kunnen nagaan, is dat een significant verschil.

Wat is volgens u de verklaring voor deze evolutie in 2020, specifiek wat betreft de beslissingen om personen in de leeftijdscategorieën 50 tot 51 en 58 tot 62 jaar tot aan het pensioen als invalide te erkennen? Wat heeft die beslissingen eventueel beïnvloed? Hoe verklaart u dan dat in 2021 de cijfers terugkeren naar het niveau van 2018 en 2019? Waarom is dat belangrijk? Wel, 2020 was uiteraard een coronajaar en u bent in oktober 2020 minister geworden. Weet u of er toen bepaalde richtlijnen zijn aangepast? Werden er andere of nieuwe instructies gegeven om mensen als invalide tot aan het pensioen te erkennen? Werden er afspraken gemaakt met het RIZIV of met de mutualiteiten, bijvoorbeeld om mensen vanaf 58 jaar sneller dan voorheen als invalide tot aan het pensioen te erkennen? Was dit soms het gevolg van andere beslissingsprocessen die specifiek in 2020 werden genomen?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Sutter, de kwestie die u aankaart, is belangrijk. Ze houdt mij ook bezig. Op de achtergrond speelt uiteraard een tekort aan adviserend artsen, waarmee de ziekenfondsen al jaren kampen. Enerzijds is er een uitstroom naar het pensioen die onvoldoende gecompenseerd wordt door de instroom van nieuwe adviserend artsen, anderzijds is er een continu stijgende caseload van mensen in arbeidsongeschiktheid. De druk op adviserend artsen is bijgevolg al

geruime tijd bijzonder hoog.

In 2020 werd die druk nog versterkt door de COVID-19-pandemie. Fysieke consultaties werden stopgezet en vervangen door teleconsultaties. Wanneer een adviserend arts tijdens een teleconsultatie vermoedde dat er een einde moest worden gesteld aan de arbeidsongeschiktheid, moest de verzekerde prioritair worden opgeroepen voor een fysieke consultatie. Een beëindiging van de arbeidsongeschiktheid kan immers enkel tijdens een fysieke raadpleging door een adviserend arts worden vastgesteld. Bovendien was het door de hygiënemaatregelen tijdens fysieke consultaties niet mogelijk om evenveel verzekerden uit te nodigen als gebruikelijk.

Kortom, om de adviserend artsen ademruimte te geven en hen toe te laten te focussen op de meest prioritaire dossiers, besliste de Geneeskundige Raad voor invaliditeit van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV om in december 2020 een specifieke groep van langdurig arbeidsongeschikten te erkennen tot aan de pensioenleeftijd. Het ging om de volgende verzekerden: verzekerden die 10 jaar of langer arbeidsongeschikt erkend zijn, ongeacht hun leeftijd, verzekerden van 58 jaar en ouder die minder dan 10 jaar arbeidsongeschikt erkend zijn en verzekerden van 50 tot en met 57 jaar die tussen 5 en 10 jaar arbeidsongeschikt erkend zijn. Dat waren tijdelijke maatregelen die ondertussen niet meer van toepassing zijn. We hebben intussen wel verder geïnvesteerd in de ondersteuning van de adviserend artsen.

Een en ander heb ik nader onderzocht. Dat onderzoek heeft mij ertoe geïnspireerd om, nog in de vorige regering en samen met u, een belangrijke hervorming door te voeren van de organisatie van het hele proces van beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Die hervorming is van kracht sinds 1 januari vorig jaar. Dat heb ik, denk ik, al gezegd.

Parallel daarmee herzien de ziekenfondsen, volgens hun mogelijkheden en prioriteiten, een selectie van dossiers van verzekerden die voor de laatste hervorming erkend waren tot de pensioenleeftijd met het oog op een herevaluatie. Daarbij houden ze rekening met de evolutie van de gezondheidstoestand en de principes van de hervorming.

Ik blijf dat verder opvolgen en bekijken wat we kunnen doen om maximaal verandering te brengen in wat in het verleden fout is gelopen. Er is immers een grote groep mensen die aan de kant is geschoven en niet meer werd opgevolgd.

In mijn ogen is invaliditeit in principe nooit definitief. Er zijn inderdaad mensen die jammer genoeg voor de rest van hun leven tot arbeidsongeschiktheid veroordeeld zijn, maar dat is lang niet voor iedereen het geval of toch niet voor honderd procent.

17.03 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Dank u wel, mijnheer de minister. Er is dus wel degelijk een verklaring. Bedankt om dat toe te lichten.

Ik heb daar twee reflecties bij. Ten eerste, het is goed dat men toch gaat kijken naar de beslissingen die in 2020 genomen zijn en nagaat of men daarop kan terugkomen voor een aantal mensen in het kader van de hervormingen die we hebben doorgevoerd en de nieuwe visie op re-integratie die we delen.

Ten tweede, het probleem van het tekort aan adviserende artsen. Dat is natuurlijk de onderliggende problematiek waarmee u begonnen bent. Daar bent u niet op ingegaan. Misschien is dat ook nu niet de bedoeling. Ik zou toch willen vragen of u specifieke maatregelen kunt of wilt nemen om de beroepsgroep van de medische adviseurs te versterken, zodat zij hun werk correct kunnen doen. Het is immers jammer dat er, mede door corona, beslissingen zijn genomen waarop we nu moeten terugkomen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56005973C de Mme Frieda Gijbels est transformée en question écrite.

18 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Drugs op festivals" (56005978C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het drugsgebruik op festivals" (56006743C)

18 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation de drogue dans les festivals" (56005978C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation de drogue lors des festivals" (56006743C)

18.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, volgens cijfers van de politiezone CARMA werden er tijdens het festival Extrema Outdoor in Limburg 336 personen betrapt op het bezit van illegale drugs. Dat is een verdubbeling ten opzichte van vorig jaar. Voorts vernemen we via een communicatie van het parket van Oost-Vlaanderen gisteren dat een vrouw uit Oost-Vlaanderen op een festival overleden zou zijn door het gebruik van een cocktail van drugs. Dat onderzoek loopt nog. Ook Sciensano bevestigt de zorgwekkende trend dat drugs steeds vaker worden gemengd, waardoor gebruikers niet weten welke stoffen ze binnenkrijgen, en dat de doseringen van synthetische drugs zoals MDMA hoger zijn dan vroeger. Ook het Europese Drugsagentschap (EUDA) bevestigt die trend en uit afvalwateranalyses blijkt dat Brussel en Antwerpen tot de Europese top behoren wat de aanwezigheid betreft van cocaïne, MDMA en ketamine, vooral tijdens de weekends en op festivals.

Hoe evalueert u de huidige aanpak van drugspreventie op festivals? Sluit die voldoende aan bij de realiteit van toenemend en riskant gebruik, zoals beschreven in het voorstel van resolutie dat collega Gijbels en ikzelf hebben ingediend? De politie meldt dat er een efficiëntere backoffice-aanpak is, dat er meer procesmatig werd gewerkt en er daardoor ook meer processen-verbaal werden opgemaakt. Ziet u mogelijkheden om die methode uit te breiden naar andere festivals? De nationale drugscommissaris waarschuwt voor de dalende drempel bij eerste gebruikers. Dat is heel zorgwekkend. Welke initiatieven neemt u om dat tegen te gaan, bijvoorbeeld via bewustmakingscampagnes of samenwerking met festivals?

We hebben het in het verleden al gehad over initiatieven rond *harm reduction* op festivals. Dat werkt naar behoren op de festivals die eraan deelnemen, maar ik ben bezorgd over de kleinere festivals die in kleinere gemeenten worden georganiseerd en die niet op veel vrijwilligers kunnen rekenen. Hebt u daarvoor initiatieven? Hoe kijkt u naar de initiatieven rond het testen van drugs op festivals? Zijn er daar volgens u mogelijkheden, waardoor meer kwaad kan worden voorkomen?

18.02 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, collega Depoorter haalde al de cijfers aan en gisteren berichtte het VRT-journaal over een nieuwe drugsdode als gevolg van synthetische of zogenaamde designerdrugs. Dat Sciensano dankzij het testen van in beslag genomen drugs in een mobiel labo van het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie een waarschuwing kon verspreiden voor zogenaamde *pink powders*, een mengsel van verschillende stoffen waarvan de exacte samenstelling onbekend is, toont nogmaals het belang aan van snelle dataverzameling en van monitoring van drugs. In een wet van 2019, waarvan ik medeauteur ben, wordt bepaald dat er een drugsincidentennetwerk van peilstations moet worden opgericht, waarvoor onder andere EHBO-diensten op festivals en spoeddiensten kunnen worden ingezet. Tijdens de bespreking van de beleidsnota kondigde u aan dat Sciensano dit jaar daarvoor een haalbaarheidsstudie zou uitvoeren, na zes jaar.

Welke concrete maatregelen zult u nemen om het druggebruik op festivals terug te dringen?

Werd de haalbaarheidsstudie door Sciensano effectief opgestart of is er een startdatum? Wanneer verwacht u de resultaten ervan?

18.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Het maatschappelijk fenomeen druggebruik baart ook mij grote zorgen, niet alleen vanuit het perspectief van veiligheid en handhaving, maar vooral vanuit een gezondheidsperspectief en sociaal perspectief. Het gaat daarbij natuurlijk niet alleen om druggebruik op festivals, maar ook om druggebruik in het dagelijks leven.

In samenwerking met festivalorganisatoren zetten de bevoegde instanties voor volksgezondheid en veiligheid al een breed scala aan maatregelen in. Elk festival heeft uiteraard zijn eigenheid en

bovendien is het drugsfenomeen complex en snel evoluerend. Dat maakt het streven naar een geharmoniseerde aanpak en nationale richtlijnen rond het drugsbeleid op festivals niet eenvoudig.

Het aanpakken van druggebruik op festivals vereist een gecoördineerde, multidisciplinaire samenwerking tussen actoren van justitie, politie, security, preventie, schadebeperking en medische diensten. Dat wordt ook onderstreept door de interfederale drugsstrategie, die beklemtoont dat het vermijden van druggebruik slechts een van de doelstellingen is.

Op het festival Extrema Outdoor hebben politie en parket geprobeerd te vermijden dat drugs het terrein binnenkomen en gebruikt worden, met een sterke focus op personen die dealen. Tegelijkertijd is er een nauwe samenwerking en informatie-uitwisseling met medische hulp- en preventieorganisaties, die actief proberen te bewerkstelligen dat wie toch drugs gebruikt, dat op een zo veilig mogelijke manier kan doen, en met Sciensano, als drugsexpert, bekijkt op welke manier het best kan worden omgegaan met eventuele bevindingen. Dat alles wordt samengevat in het risicocommunicatieprotocol dat door Sciensano is uitgewerkt. De uiteindelijke focus op het terrein lag op de festivalervaring van alle bezoekers. Een te sterke focus op louter druggebruik kan het omgekeerde effect hebben en het idee wekken dat drugs bij een festivalbeleving horen, wat natuurlijk niet de bedoeling is.

In de thematische vergadering Drugs van de interministeriële conferentie Volksgezondheid werd daarom aan de algemene cel Drugs de opdracht gegeven om een nieuwe werkgroep op te richten, met als doel aanbevelingen daarover te formuleren. De werkgroep zal zich baseren op desgevallend wetenschappelijk onderbouwde goede praktijken en analyseert internationale initiatieven. Het uiteindelijke doel is om steden en actoren die evenementen organiseren een beleidslijn te bieden om het drugsfenomeen globaal en geïntegreerd aan te pakken, variërend van preventie tot repressie, inclusief maatregelen om risico's en schade te beperken. Het voorstel van plan van aanpak zal tegen maart 2026 ter goedkeuring worden voorgelegd in de thematische vergadering Drugs.

De lopende studie onderzoekt de haalbaarheid en het potentieel van het opzetten van een Belgisch netwerk voor de monitoring en de informatiedeling over druggerelateerde incidenten. Er is in de huidige fase nog geen sprake van implementatie. De focus ligt op het verkennen van de mogelijkheden en de noodzakelijke voorwaarden voor het opzetten van een dergelijk systeem.

Met de studie worden onder meer een overzicht van de wetenschappelijke literatuur opgesteld, gelijkaardige initiatieven in Europa en daarbuiten in kaart gebracht en een kwalitatieve analyse gemaakt op basis van expertinterviews met sleutelactoren op het terrein, met name spoeddiensten, ambulancediensten, artsen, eerstelijns hulpverleners en andere relevante betrokkenen. Het doel is om de mogelijkheden voor gegevensverzameling in kaart te brengen, bestaande lacunes te identificeren en eerste aanbevelingen te formuleren voor een mogelijke pilootstudie. De haalbaarheidsstudie ging van start in september 2024 en wordt naar verwachting afgerond tegen eind 2025. Dat is een verkennende stap gericht op haalbaarheid. Indien succesvol, kan die fase leiden tot de uitrol van het netwerk, al is er op dit moment nog geen concrete timing vastgelegd.

18.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, uiteraard is het gezondheidsperspectief van de festivalgangers, jonge mensen, het belangrijkste. We weten allemaal dat er een correlatie is tussen druggebruik, geestelijke gezondheidszorg en de sociale problematiek die u aanhaalt en die ermee gepaard gaat. Het is niet eenvoudig, maar het druggebruik legt ook een grote druk op de niet-planbare zorg in de omgeving van festivals en dat is echt wel iets wat we moeten aanpakken.

We moeten de EHBO-teams ondersteunen die op de festivalweides aan het werk zijn. Het testen van inbeslaggenomen drugs kan dan ook echt een hulp zijn voor die EHBO-teams, omdat men via Sciensano – zoals u aangeeft – waarschuwingen kan uitsturen.

We weten immers dat de middelen die op de illegale markt beschikbaar zijn, steeds sterker worden. Mensen weten niet wat ze kopen en innemen. Die middelen zijn illegaal en uiteraard kan het niet de bedoeling zijn om ze in te nemen. Als de dosissen evenwel drie, vier of vijf keer hoger zijn dan normaal, dan is het risico op gezondheidsproblemen en overlijden gewoon veel groter.

Er is nu een eerste slachtoffer gevallen tijdens de huidige festivalzomer en ik stel vast dat de maatregelen op zich laten wachten. U spreekt over maart 2026. Deze festivalzomer zullen we dus geen antwoord hebben. Mijn collega en ik hebben onze resolutie al enkele jaren geleden ingediend. Ik vraag

u dan ook uitdrukkelijk om daar effectief verder aan te werken.

Festivals moeten leuk zijn voor onze jonge mensen. We zijn wereldkampioen in het organiseren van festivals, maar we moeten er als overheid ook over waken dat die op een veilige manier plaatsvinden. De lokale besturen, die toch een heel grote verantwoordelijkheid dragen, moeten voldoende ondersteund worden. De risicoanalyse moet op een correcte manier gebeuren en er mogen geen slachtoffers meer vallen.

18.05 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, eigenlijk pleit mijn collega voor de uitvoering van de wet van 2019 en dus de organisatie van een soort drugsincidentnetwerk. Het fenomeen beperkt zich immers niet tot de festivals, maar we zien het ook in het uitgaansleven in grote steden. Jongeren worden een soort proefkonijnen van handige harry's of scheikundigen die drugs op de markt brengen die steeds krachtiger en gevaarlijker worden en waarvan de symptomen moeilijk te vatten zijn.

Wat we nodig hebben, is een lerend netwerk dat nieuwe evoluties op de voet volgt, waarschuwingen kan verspreiden en zo kan voorkomen dat er nieuwe doden vallen. Op die manier kunnen we ook zoveel mogelijk leed besparen. Het gaat om een preventieve maatregel. Ik vraag me af waarom het zo lang duurt, waarom er steeds weer werkgroepen, aanbevelingen, haalbaarheidsstudies en nieuwe studies nodig zijn. We hebben dat lerend netwerk dringend nodig.

De wet biedt de basis om bepaalde drugs – want dat kan niet zomaar bij inbeslagnames – naar labo's te transporteren, die te analyseren en de informatie vervolgens zo snel mogelijk te verspreiden. Ik ben ontgoocheld over uw antwoord. Ik heb de vraag al tientallen keren gesteld en ik vraag me dan opnieuw af hoeveel slachtoffers er nog moeten vallen vooraleer we eindelijk dergelijke lerende netwerken in het leven roepen.

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

19 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Wereld Continentie Week" (56005988C)

19 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La Semaine mondiale de la continence" (56005988C)

19.01 Katleen Bury (VB): Mevrouw de voorzitter, ik heb een vraag ingediend over de Incontinentieweek. In de titel is de 'in' weggelaten. Ik verwijs naar de ingediende vraag.

Op maandag 16 juni hield Manneken Pis een halfuur lang symbolisch zijn plas op. Een ludieke actie van vzw PlasPraat, maar wel met een bittere ondertoon. De aanleiding: de start van de Wereld Incontinentieweek.

Volgens de vzw wacht een gemiddelde patiënt 6,5 jaar alvorens hulp te zoeken. Nochtans gaat het om een aandoening die, volgens studies van Domus Medica en de KU Leuven, een op de drie (!) Belgen in meer of mindere mate treft. Door de vergrijzing zal het probleem alleen maar toenemen.

Ondanks deze prevalentie is er geen systematisch detectiebeleid, ontbreekt een aparte nomenclatuur voor gespecialiseerde revalidatiezorg, en zijn de psychologische en sociale gevolgen onderbelicht in uw beleidsnota. Ook binnen woonzorgcentra, postnatale zorg en revalidatiecentra wordt te weinig proactief gescreend. De drempels blijven hoog, omwille van schaamte, gebrekkige vergoeding voor artsen en kinesitherapeuten, en onvoldoende publiek bewustzijn.

Wordt de langdurige zorgmijding (gemiddeld 6,5 jaar) door uw administratie erkend als structureel probleem? Wordt dit fenomeen opgevolgd of gemonitord?

Welke concrete initiatieven werden sinds 2020 genomen om het taboe rond incontinentie structureel aan te pakken, los van sensibiliseringscampagnes?

Bestaat er momenteel een nationaal actieplan of formele richtlijn voor vroegdetectie van incontinentie bij risicogroepen (zoals postpartum vrouwen, ouderen, oncologische of neurologische patiënten)?

Overweegt u de ontwikkeling van een interdisciplinair zorgtraject incontinentie, met aangepaste terugbetaling voor gespecialiseerde kinesitherapie, psychologische begeleiding en incontinentiemateriaal?

Wordt overwogen om, naar Nederlands voorbeeld, een laagdrempelig zelftestinstrument voor vroegdetectie van incontinentie op te nemen in e-healthtoepassingen of op de website van het RIZIV?

Welke opleidingen en nascholingen bestaan er momenteel voor huisartsen, thuisverpleegkundigen en kinesitherapeuten inzake diagnose en behandeling van incontinentie? Heeft u contact opgenomen met de Gemeenschappen om te wijzen op het belang het opleidingsaanbod actief uit te breiden of te actualiseren?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, er zijn verschillende vormen van incontinentie, met uiteenlopende oorzaken. Incontinentie gaat vaak gepaard met schaamte, misverstanden over de behandelbaarheid en beperkte kennis van het zorgaanbod, waardoor er inderdaad een hoge drempel voor de hulpvraag kan bestaan.

De periode tot het moment waarop mensen overgaan tot een actieve hulpvraag wordt niet systematisch gemonitord. Er zijn evenmin exacte cijfers over de prevalentie van incontinentie in België, omdat de definitie om de ernst te beoordelen varieert en er geen algemeen aanvaarde drempel bestaat om significante incontinentie te definiëren.

In de gezondheidsenquête van Sciensano uit 2018 rapporteerde 5 % van de bevolking van 15 jaar en ouder urinaire incontinentie in de afgelopen 12 maanden. Na de leeftijd van 65 jaar neemt de prevalentie sterk toe. Van de mensen boven 75 jaar rapporteert 21 % een incontinentieprobleem. De overtuiging dat incontinentie bij het ouder worden hoort en dat er weinig behandelmogelijkheden zijn, kan eveneens leiden tot een verminderde hulpvraag.

Initiatieven zoals de World Continence Week kunnen helpen om de bevolking te sensibiliseren en drempelverlagend werken. De huisarts speelt hierin een belangrijke rol als eerste aanspreekpunt om de problematiek bespreekbaar te maken. Er is geen nationaal actieplan voor incontinentie, maar verschillende behandelingsmethoden worden terugbetaald door het RIZIV: bekkenbodembodemkinesitherapie, medicamenteuze behandelingen, botoxtherapie en heelkunde. Ook wordt incontinentiemateriaal onder bepaalde voorwaarden terugbetaald. De ontwikkeling van een interdisciplinair zorgpad specifiek voor incontinentie staat momenteel niet op de agenda.

Wat de perinatale zorg betreft, zal in het zorgtraject voor laagrisicozwangerschappen, dat momenteel bij het RIZIV in ontwikkeling is, voldoende aandacht worden besteed aan de preventie en behandeling van incontinentie tijdens en na de zwangerschap. Het gebruik van digitale zelftesten, zoals in Nederland, is inderdaad een interessante piste. Mijn administratie onderzoekt de mogelijkheid om via het platform www.mijngezondheid.belgie.be of het eGezondheidportaal toegang te bieden tot gevalideerde zelfevaluaties. Incontinentie wordt daarbij als mogelijk thema meegenomen in het bredere kader van preventieve gezondheidsmodules.

Wat betreft opleiding bestaan er bijscholingen georganiseerd door beroepsverenigingen zoals het NVKV, Domus Medica en Axxon en opleidingen voor verpleegkundigen in hogescholen.

19.03 **Katleen Bury** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik ben heel blij dat u het Nederlandse voorbeeld verder zult onderzoeken als laagdrempelig zelfinstrument. Dat lijkt me zeer nuttig. Het interdisciplinair zorgtraject staat niet op de agenda en u zult dat verder bekijken met de verschillende belangengroepen. U zegt dat het RIZIV een aantal zaken terugbetaalt. Daardoor blijven een aantal zaken echter onderbelicht. Ik bestudeer het dossier verder en kom er zeker op terug. Het is positief dat u het belang van de incontinentieproblematiek onderstreept, vaststelt dat er veel mensen mee leven en denken ermee te moeten leven, omdat het hoort bij ouder worden, en dat er dus werk aan winkel is.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Patrick Prévot transforme ses questions n° 56005990C et n° 56005991C en questions écrites.

20 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mauvaises habitudes alimentaires" (56005992C)

20 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Ongezonde voedingsgewoonten" (56005992C)

20.01 **Ludivine Dedonder** (PS): *Monsieur le ministre, le Conseil Supérieur de la Santé a publié récemment ses nouvelles recommandations alimentaires à destination de la population belge. Ces recommandations, fondées sur une littérature scientifique rigoureuse et sur les données épidémiologiques belges les plus récentes, visent à prévenir les maladies chroniques majeures : cancers, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, troubles hépatiques ou encore démences.*

En parallèle, Sciensano publie les résultats de l'enquête nationale de consommation alimentaire 2022-2023, qui révèle un gouffre persistant – et inquiétant – entre les recommandations et les pratiques alimentaires réelles: 99 % des Belges ne consomment pas assez de céréales complètes, 93 % mangent trop peu de légumes, 91 % consomment trop de viande transformée, et seuls 10 % suivent globalement les recommandations nutritionnelles du CSS.

Ce constat appelle une réponse structurelle, car il s'agit d'un enjeu de santé publique central. Le CSS formule d'ailleurs 17 recommandations concrètes, parmi lesquelles la limitation de la viande rouge, la limitation des boissons sucrées, la réduction des aliments ultra-transformés, ou encore la promotion active des légumineuses, des produits laitiers, du poisson, des fruits et légumes de saison.

Monsieur le ministre, partagez-vous l'analyse du CSS selon laquelle les campagnes actuelles de sensibilisation ne suffisent plus et qu'il faut revoir notre approche en profondeur? Quelles initiatives entendez-vous prendre ou soutenir à l'échelon fédéral pour traduire les recommandations du CSS en politiques publiques ambitieuses? Quelles mesures envisagez-vous pour améliorer l'environnement alimentaire, aujourd'hui décrit comme "défavorable à la santé"? Comment comptez-vous travailler avec les entités fédérées pour garantir une cohérence transversale entre prévention, éducation à la santé et action sociale, notamment pour les publics précarisés?

Je vous remercie.

20.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Concernant l'analyse du Conseil Supérieur de la Santé, je pense que la sensibilisation a certainement sa valeur, mais nous devons également être capables de penser au-delà de la simple sensibilisation. Bien sûr, il est essentiel d'élever le niveau des connaissances alimentaires et sanitaires de notre population, afin qu'elle sache mieux quoi manger, comment manger des aliments bons pour la santé, et pourquoi la nourriture impacte directement notre santé. Il faut éviter le développement de maladies liées à des habitudes alimentaires déséquilibrées.

D'un autre côté, il faut aussi assainir nos environnements alimentaires qui encouragent des comportements malsains. Cela passe par des mesures telles que la régulation du marketing alimentaire et une transparence accrue en matière d'étiquetage des aliments, notamment grâce à la généralisation de l'usage du Nutri-Score.

Pour répondre à votre question concernant les initiatives, je souhaite encourager l'adhésion la plus large possible au Nutri-Score par les fabricants alimentaires belges. Heureusement, la grande distribution belge s'est montrée très proactive dans cette démarche, et la plupart des produits sous marque distributeur affichent déjà le Nutri-Score sur leur emballage. Toutefois, il reste une marge d'amélioration pour les produits de marques nationales. Même si le logo n'est pas obligatoire, j'espère que les fabricants feront preuve de plus de transparence envers les consommateurs en adoptant le Nutri-Score et en reformulant leurs produits pour en améliorer la qualité nutritionnelle.

Concernant votre troisième question, je pense que nos environnements alimentaires doivent être améliorés pour que les efforts de promotion d'une alimentation saine et de prévention primaire ne soient pas parasités voire minés, notamment par le marketing de produits déséquilibrés. C'est pourquoi j'ai prévu dans ma note politique générale l'établissement d'un cadre légal prévoyant l'ajout systématique du Nutri-Score pour toute publicité alimentaire. En effet, sa présence dans le champ visuel des

publicités alimentaires permet d'influencer favorablement les comportements d'achat de la population.

Une étude de l'université d'Aix-Marseille l'a établi sur un échantillonnage de plus de 27 000 consommateurs. Les consommateurs exposés au Nutri-Score dans la publicité avaient tendance à acheter plus de produits A et B que de produits D et E.

Enfin, j'ai lancé fin mai dernier avec l'ensemble des entités fédérées un plan obésité infantile en vue d'avoir une approche intégrée en matière de prévention primaire du surpoids et de l'obésité infantiles et des prises en charge optimales. L'idée de ce plan obésité infantile est d'éviter que les enfants et les adolescents n'aient à souffrir de surpoids et d'obésité et vise donc à privilégier auprès de tous les niveaux de pouvoir impliqués des actions de promotion pour une alimentation saine et des actions de prévention primaire au niveau des familles, en particulier les plus précarisées.

Pour le fédéral, il s'agit principalement de généraliser l'usage du Nutri-Score sur les produits, de mieux encadrer le marketing alimentaire et de promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel qui réduit significativement l'incidence de l'obésité infantile chez l'enfant.

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 **Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins verts" (56005993C)**

21 **Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Groene zorg" (56005993C)**

21.01 **Caroline Désir (PS):** Monsieur le ministre, le burn-out et la dépression représentent aujourd'hui des enjeux majeurs de santé publique, tant par leur impact humain que par leurs coûts croissants pour notre système de sécurité sociale.

Dans ce contexte, une initiative fédérale, portée par le collectif réuni La Fondation Terre de Vie, propose une piste innovante, complémentaire aux approches thérapeutiques classiques: les soins verts. Ce dispositif consiste à prescrire, via un médecin, une période d'activité encadrée au sein d'une structure agricole ou sylvicole pour des patients en incapacité de travail en raison de burn-out ou de dépression. Cette démarche vise à favoriser le rétablissement par un contact régulier avec la nature et une activité significative, tout en s'intégrant, le cas échéant, dans un trajet de réintégration vers l'emploi.

Un dispositif expérimental est actuellement en cours, avec plus de 12 structures accompagnantes sur l'ensemble du pays, touchant plus de 1 350 fermes partenaires, en collaboration avec la KU Leuven, pour évaluer scientifiquement l'impact de ces soins sur la santé mentale des patients. Des exemples inspirants à l'étranger, notamment aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, montrent déjà l'efficacité de telles approches, avec un soutien des pouvoirs publics.

Monsieur le ministre, vous êtes bien sûr au courant de cette initiative et de l'étude menée par la KU Leuven, ainsi d'ailleurs que de projets pilotes envisagés avec deux coordinations du réseau 107 des psychologues de première ligne, l'une en Flandre et l'autre en Wallonie.

Quelle suite entendez-vous donner à cette initiative prometteuse, et en particulier à ces deux premiers projets pilotes dans le cadre de la convention des psychologues de première ligne? Envisagez-vous d'intégrer les soins verts dans le cadre législatif belge, notamment comme outil reconnu dans le trajet de réintégration prévu par la loi sur l'assurance maladie-invalidité?

21.02 **Frank Vandenbroucke, ministre:** Madame Désir, les deux projets pilotes dont vous parlez dans votre question ont pour objectif d'étudier si l'offre de soins psychologiques en première ligne peut s'intégrer dans un programme de soins verts en Brabant flamand et en Brabant wallon.

Ceci nécessite d'abord une réflexion sur le groupe cible dans le programme de soins vert, les personnes qui sont reconnues en incapacité de travail au moins trois mois après un burn-out ou une dépression liée au travail, d'une part, et le groupe cible de l'offre de soins psychologiques de première ligne, les

personnes souffrant de problèmes en santé mentale et de troubles psychologiques légers à modérés, d'autre part.

Ensuite, les projets pilotes examinent comment l'agriculteur peut être soutenu. L'agriculteur n'est pas un professionnel de la santé, mais il entre en contact étroit avec des personnes souffrant de problèmes psychologiques. Grâce à des activités de soutien, l'agriculteur peut obtenir des outils pour trouver sa voie dans les soins de santé mentale et comment il peut soutenir le groupe cible.

À ma connaissance, les deux réseaux de santé mentale (Brabant flamand et Brabant wallon) n'ont pas encore conclu une convention PPL (soins psychologiques de première ligne) avec les soins verts. L'étude d'impact est en cours et nous attendons les résultats de l'étude scientifique. Aucun positionnement officiel ni reconnaissance n'ont jusqu'à maintenant été pris pour cette raison.

21.03 Caroline Désir (PS): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre réponse. J'espère que l'on suivra cette initiative avec attention car elle nous semble en effet être une perspective innovante permettant de contribuer à la réintégration de ces malades souffrant d'un burn-out ou d'une dépression qui sont si nombreux et dont on devra s'occuper dans les prochaines années.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La gestion vaccinale lors de pandémies futures" (56006002C)

22 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het vaccinbeheer bij toekomstige pandemieën" (56006002C)

22.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'Union européenne a récemment adopté sa stratégie vaccinale post-covid, incluant des contrats d'achats anticipés et des mesures structurelles pour renforcer la résilience face aux pandémies futures. Ces initiatives visent notamment à garantir un accès rapide, mais aussi équitable, à des vaccins adaptés aux nouveaux variants.

J'aimerais vous adresser les questions suivantes à ce sujet. En tant que pharmacienne et députée fédérale, je souhaite connaître la position du gouvernement belge à ce sujet. Comment la Belgique entend-elle, pour sa part, mettre en œuvre cette stratégie européenne et s'assurer de la disponibilité des vaccins les plus récents pour notre population? Quels moyens financiers et logistiques seront-ils prévus pour soutenir ces efforts?

Pourriez-vous expliciter les mesures que le gouvernement compte prendre pour renforcer la concertation à ce sujet avec les professionnels de la santé, spécialement avec les pharmaciens, qui, vous le savez, jouent un rôle clé dans la vaccination et la prévention? Quels moyens concrets va-t-on déployer pour que leur expertise soit justement déployée de manière proactive et efficace dans cette stratégie post-covid?

22.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Ramlot, je dois vraiment m'excuser, mais à vrai dire, les questions que vous posez sur la vaccination et la prévention relèvent de la compétence des entités fédérées. Il est donc délicat pour moi de répondre, parce que les moyens et les politiques doivent être discutés au niveau des entités fédérées. Je m'en excuse.

22.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Je comprends. J'en avais pleinement conscience, mais justement, cela montre qu'il y a là un réel problème à régler. Je ne vous jette pas la pierre. Je pense que le problème doit vraiment être réglé au niveau national, avec la concertation des entités fédérées.

Imaginons qu'une pandémie redémarre maintenant! Vous ne pourriez quand même pas me répondre cela! Il faudrait vraiment trouver une solution!

Vous avez un rôle à jouer à ce sujet et j'espère que vous allez prendre cette problématique à bras-le-corps, parce que la population belge ne nous excusera pas. Elle sait que nous avons l'expérience d'une première pandémie. Il importe vraiment d'y être attentifs.

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

23 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le suivi postnatal à domicile par les sages-femmes et l'accès à l'information pour les jeunes mamans" (56006006C)

23 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De postnatale follow-up aan huis door vroedvrouwen en de toegang tot informatie voor jonge moeders" (56006006C)

23.01 **Anthony Dufrane** (MR): *Monsieur le Ministre, depuis la réduction progressive des durées de séjour à la maternité, le rôle des sages-femmes à domicile est devenu central pour accompagner les jeunes mères dans la période postnatale. Si un nombre de consultations est déjà prévu dans la nomenclature, des voix du terrain alertent aujourd'hui sur deux points. Premièrement, le caractère encore trop peu systématique de l'information donnée aux patientes. Deuxièmement, la nécessité de revaloriser ces consultations, tant en volume qu'en financement, pour permettre un accompagnement adapté à la réalité du post-partum.*

La couverture des besoins réels demande parfois à ce qu'un plus grand nombre de rendez-vous ait lieu avec la sage-femme, notamment en cas d'allaitement ou de situations plus complexes.

Il n'est pas ici question de rendre ce suivi obligatoire, mais plutôt de faire en sorte que chaque femme, sans distinction, soit pleinement informée de ses droits, de l'utilité de ce suivi et des ressources disponibles, dans le respect de son autonomie et de ses choix.

Mes questions, monsieur le ministre, sont:

Quelles actions envisagez-vous pour garantir une meilleure information systématique, accessible et proactive des patientes en matière de suivi postnatal à domicile, dès la phase prénatale?

Les consultations de sages-femmes à domicile pourraient-elles être davantage intégrées dans les parcours de soins, avec une coordination plus formalisée entre maternités, généralistes, gynécologues et sages-femmes libérales?

Une revalorisation du nombre de consultations remboursées dans la première année de vie est-elle envisageable, en particulier pour les situations médicalement justifiées (allaitement long, dépression post-partum, isolement social)?

Comptez-vous renforcer la présence des "spécialistes" en lien avec la maternité comme les Doulas? Des remboursements INAMI seront-ils prévus pour ces "nouveaux" métiers de la maternité?

23.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: *Monsieur Dufrane, actuellement, le suivi postnatal à domicile peut être conseillé par le gynécologue ou la sage-femme de la patiente, ou les sages-femmes de la maternité. Des informations officielles sont également disponibles sur le site internet de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), sur les différents canaux d'information des mutualités, par l'intermédiaire de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), etc.*

L'accord de gouvernement fédéral prévoit ceci: " En collaboration avec les gynécologues et les sages-femmes, nous mettons en place une approche intégrée et interdisciplinaire des soins périnataux. Nous renforçons le rôle des sages-femmes dans le suivi des grossesses à faible risque et veillons à créer un cadre attractif pour les sages-femmes en soins de première ligne." Dans ce cadre, un groupe de travail interdisciplinaire organisé par l'INAMI et réunissant les différentes parties prenantes – sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues, mutualités et hôpitaux ainsi que les organisations représentant les patients – se penche actuellement sur le développement d'un trajet périnatal pour les grossesses à bas risque, qui prend en compte les besoins des patientes en matière de préparation au suivi postnatal à domicile.

Par ailleurs, le programme de soins intégrés pour femmes vulnérables, déjà mis en place par l'INAMI l'an dernier, vise à offrir un suivi périnatal personnalisé et intégré pour les femmes enceintes, leurs

enfants et leur entourage, et ce, pendant les 1 000 premiers jours après la conception. Ce programme met l'accent sur la coordination et la continuité des soins et l'accompagnement des familles avant, pendant et après l'accouchement. Dans ce contexte, le suivi postnatal à domicile est également bien préparé.

Afin de créer des soins plus intégrés et centrés sur la personne, le programme pour les femmes vulnérables déjà mentionné vise à renforcer la connexion, la concertation et la coordination entre les différents acteurs dans le secteur des soins et dans celui de l'accompagnement. Ce programme se concentre actuellement sur les femmes présentant des vulnérabilités. L'objectif à long terme est d'élargir le groupe cible de ce programme intégré à toutes les femmes enceintes ou mères.

La réglementation actuelle permet le remboursement d'un nombre de consultations postnatales à domicile par une sage-femme, qui peut être adapté aux besoins des patientes. Une consultation à domicile par jour est possible du premier au cinquième jour après l'accouchement. À partir du sixième jour après l'accouchement, six consultations sont possibles, incluant des consultations de surveillance et de soins postnatals, et des consultations autour de l'allaitement maternel. Après cela, sur motivation de la sage-femme, trois consultations supplémentaires sont encore possibles.

En cas de complications et sur prescription médicale, c'est-à-dire dans les situations médicalement justifiées auxquelles vous faites référence, des consultations additionnelles, dont le nombre n'est pas limité, peuvent encore avoir lieu jusqu'à un an après l'accouchement. Comme je l'ai dit, à partir du sixième jour après l'accouchement, des consultations spécifiques autour de l'allaitement maternel sont également prévues au cas où des complications apparaissent.

L'amélioration de la qualité des soins, notamment en garantissant une prise en charge des patientes et de leurs bébés par des professionnels de santé qualifiés, est une de mes priorités. Cependant l'implication de doulas ou d'autres accompagnants périnataux, non reconnus par la loi coordonnée du 10 mai 2015, va à l'encontre de cet objectif. En effet, ces personnes ne disposent d'aucune formation légalement reconnue dans le domaine des soins de santé et ne sont titulaires d'aucun diplôme officiellement validé par l'État belge. N'ayant aucun regard sur les formations suivies par ces personnes, la qualité des soins ne peut être garantie.

Leur implication dans l'accompagnement périnatal résulte probablement d'un intérêt louable et d'une démarche bienveillante. Malheureusement, cette démarche n'a aucune base légale, ne garantit aucune compétence validée et peut même, dans certains cas, constituer une pratique illégale de la profession de sage-femme.

23.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je me réjouis des avancées mentionnées. Je ne doute pas que, conformément à l'accord de gouvernement, vous travaillez avec les gynécologues et les sages-femmes via le groupe interdisciplinaire. Ce que je note, c'est que les six consultations de base et les trois possibles sont une bonne solution et doivent être maintenues ou même popularisées.

Pour conclure, pourquoi ne pas envisager de reconnaître les doulas?

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56006017C de Mme Frieda Gijbels et la question n° 56006022C de Mme Julie Taton sont transformées en questions écrites.

24 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verschil in de gemiddelde administratiekost tussen de gewone verzekeringsinstellingen en HR Rail" (56006028C)

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De disproportionele administratiekosten per lid bij HR RailCare" (56006189C)

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De administratiekosten die aan verzekeringsinstellingen en HR RailCare toegekend worden" (56006557C)

24 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'écart entre les organismes assureurs ordinaires et HR Rail concernant le coût administratif moyen" (56006028C)

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le caractère disproportionnel des frais administratifs par membre chez HR RailCare" (56006189C)

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les frais d'administration alloués aux organismes assureurs et à HR RailCare" (56006557C)

De **voorzitter**: Mevrouw De Knop is momenteel niet aanwezig.

24.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, in het voorstel van ontwerp van het koninklijk besluit staat dat de bedragen voor de administratiekosten, die in 2025 aan de verzekeringsinstellingen en ziekenfondsen worden toegekend, voor de vijf landsbonden in totaal 1.375.165.000 euro bedragen. Voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR RailCare gaat het om 24.396.000 euro. Bij RailCare zijn de administratiekosten per lid dus tweemaal zo hoog als bij de andere verzekeringsinstellingen.

Mijnheer de minister, hoe verklaart u het grote verschil in de administratiekosten per lid? Wordt die afwijking structureel aanvaard of zijn er plannen om die financiering te harmoniseren met het sectorgemiddelde? Welke argumenten rechtvaardigen vandaag nog het bestaan van een aparte sociale kas voor het spoorwegpersoneel, los van de historische motieven?

Zijn er vergelijkende audits of benchmarks over de efficiëntie en de digitaliseringsgraad van RailCare tegenover de andere verzekeringsinstellingen? Gebeurt de toekenning van de bedragen voor de administratiekosten op basis van het aantal leden, het aantal boekjes of het aantal aansluitingen? Zijn die bedragen gelijk verdeeld over de vijf landsbonden of worden ze volgens een verdeelsleutel toegekend? Zo ja, welke verdeelsleutel wordt gebruikt?

U wilt de ziekenfondsen responsabiliseren door het toegekende bedrag aan administratiekosten te laten afhangen van de geleverde prestaties. Geldt dat ook voor HR RailCare en voor de Hulpkas voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering?

24.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen zijn opgenomen in artikel 195, § 1, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Die bedragen worden jaarlijks bij koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de ministerraad. Ze worden aangepast op basis van een parameterformule die rekening houdt met, ten eerste, de evolutie van het gemiddelde dagloon op basis van de gegevens van het Federaal Planbureau, vastgesteld in de sector van krediet en verzekeringen en van de overheid, over de laatste drie jaren voorafgaand aan het opstellen van de begrotingen, ten tweede, de helft van de evolutie van de reële groeinorm van de uitgaven voor geneeskundige verzorging en, ten derde, het aantal vergoede dagen in de sector van de uitkeringsverzekering, volgens een weging van twee derde en een derde, vastgesteld over dezelfde periode.

Het aantal aangesloten leden wordt niet in die parameterformule opgenomen en heeft bijgevolg geen impact op het bepalen van het verhogingspercentage van de administratiekosten die aan de vijf verzekeringsinstellingen en aan HR RailCare worden toegekend. De bedragen van de administratiekosten opgenomen in artikel 195 evolueren voor HR Rail op dezelfde manier als voor de

vijf andere verzekeringsinstellingen, maar de evoluties van de ledentallen zijn verschillend. Bij HR Rail dalen die bijna elk jaar, gemiddeld tussen 2005 en 2024 met min 0,82 % per jaar. Bij de andere verzekeringsinstellingen stijgen ze elk jaar, behalve in 2007, gemiddeld tussen 2005 en 2024 met 0,92 % per jaar. De administratiekosten per lid stijgen dus sterker bij HR Rail, omdat bij een vergelijkbare evolutie van de administratiekosten het aantal leden daalt.

De cijfers die u in uw vraag vermeldt, kan ik bevestigen. Ook kan ik u in een reeks tabellen meer gedetailleerde gegevens bezorgen, afgezet tegen het ledenaantal. Ik stel voor dat ik die nu meteen aan het commissiesecretariaat geef en laat toevoegen aan het verslag. Daarmee heb ik ook uitgelegd dat er in de wetgeving inderdaad een rechtvaardiging voor bestaat.

U vraagt vervolgens of het correct is dat die uitgaven binnen het RIZIV-budget worden geboekt en op welke begrotingspost dat gebeurt. In toepassing van artikel 195 ontvangt de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering jaarlijks de tegenwaarde van haar werkelijke administratiekosten, verminderd met de supplementen die haar worden toegekend, namelijk 20 % van de intresten op beleggingen, een percentage van de terugvorderingen, 0,5 % op de aanvullende uitkeringen aan grensarbeiders, rekening houdend met de vermindering van administratiekosten, in toepassing van artikel 194, § 3.

Ik kan u ook de tabel van de evolutie van de werkelijke administratiekosten en het aantal aangesloten gerechtigden van de Hulpkas voor de periode 2005-2023 bezorgen. Samengevat, daarin staat dat in de periode 2005-2023 de administratiekosten van de Hulpkas met 66,75 % toenamen, terwijl het aantal aangesloten gerechtigden ongeveer is verdubbeld. In dezelfde periode is het aandeel in de uitgaven voor geneeskundige verzorging stelselmatig afgenomen, terwijl het aandeel van de uitkeringen een stijgende tendens vertoont.

Het bedrag aan administratiekosten wordt op basis van de uitgaven verdeeld over de drie takken van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, namelijk geneeskundige verzorging, uitkeringen voor loontrekkenden en uitkeringen voor zelfstandigen, en wordt ingeschreven als een uitgavenpost in de desbetreffende budgetten. Ook daarvan kan ik u een tabel bezorgen.

Hoe gebeurt de verdeling? De administratiekosten die op jaarbasis aan de vijf verzekeringsinstellingen worden toegekend, worden verdeeld aan de hand van een verdeelsleutel, vastgelegd in een koninklijk besluit van 2002. Voor elk kalenderjaar wordt door het RIZIV een verdeelsleutel vastgesteld, op basis van modaliteiten die in dat koninklijk besluit zijn vastgelegd. De belangrijkste parameters waarmee rekening wordt gehouden, zijn het aantal gerechtigden en de bewijzen van werkloosheid, van huishoudelijke arbeid en van tewerkgestelde werklozen voor elk van de betrokken instanties. Het aantal in aanmerking te nemen gerechtigden of attesten wordt bepaald op basis van een gemiddelde over drie jaar. Er kunnen wegingsfactoren worden toegepast, afhankelijk van de aard van de gerechtigden.

U vraagt naar audits. Er bestaan geen vergelijkende audits over de efficiëntie of digitalisering in vergelijking met andere verzekeringsinstellingen.

Het systeem van financiële responsabilisering van de vijf landsbonden en van de KGV van HR Rail met betrekking tot het variabele deel van de administratiekosten is beschreven in een koninklijk besluit van 2014.

Dat koninklijk besluit geldt niet voor de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. De Hulpkas wordt niet opgenomen in het systeem van de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen, omdat ze als openbare instelling een ander financieringsmechanisme heeft. Daarnaast is de KGV van HR Rail niet actief in de sector van de uitkeringen inzake arbeidsongeschiktheid. Dat besluit wordt bijgevolg enkel toegepast op de domeinen waarbij ze betrokken is, met name de sector geneeskundige verzorging.

U hebt ook naar een aantal intenties gevraagd, maar ik voel mij niet genoodzaakt daarop in te gaan.

Alle feitelijke elementen en tabellen zullen u ook via het secretariaat worden overgemaakt.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Bury voor de repliek, daarna aan mevrouw De Knop.

24.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, het lijkt mij een heel moeilijk kluwen. U zegt dat een

en ander gerechtvaardigd is op basis van de wetgeving, ook wat betreft het responsabiliseren van de ziekenfondsen. U zegt dan zelf dat de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering daar niet onder valt, omdat ze onder een andere wetgeving valt. Op de vraag over uw intenties wilt u niet antwoorden. U voelt zelf niettemin aan dat het systeem niet meer evenwichtig in elkaar zit.

Over de administratiekosten vroeg ik of ze per lid worden bepaald, waarop u zei dat het over een jaarlijks aangepaste parameterformule gaat, rekening houdend met het gemiddeld dagloon en het aantal vergoede dagen. Het aantal aangesloten leden speelt daarbij geen rol. Ik moet alle tabellen nog bekijken, ik ben blij dat u ze allemaal zult meegeven. Ik begrijp niet goed waarom er bij de spoorwegen zoveel leden minder zijn, terwijl ze toch op een groter bedrag uitkomen, ook volgens uw parameterformule. Ik ga het in detail bekijken en kom er zeker op terug.

24.04 Irina De Knop (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik wil mij ervan vergewissen dat ook mijn vragen en het antwoord van de minister worden opgenomen in het verslag. Ik zal verder geen repliek meer geven. Ik dank de minister voor zijn antwoord en hoop dat ook ik zal kunnen kennisnemen van de tabellen waarnaar hij verwijst.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 57.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.57 uur.