

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 5 NOVEMBER 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 5 NOVEMBRE 2025

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.14 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 14 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.

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

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

01 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van diëtetiekbegeleiding voor kinderen en jongeren met obesitas" (56007442C)

01 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement de l'accompagnement diététique destiné aux enfants et aux jeunes atteints d'obésité" (56007442C)

01.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik wil mijn eerste vraag wijden aan de terugbetaling van diëtetiek bij kinderen en jongeren met obesitas. We zien steeds meer obesitas bij de jongere generatie. Dat baart mij zorgen.

Sinds 2020 voorziet de verplichte ziekteverzekering in een terugbetaling van diëtetiekbegeleiding voor kinderen tussen 2 en 17 jaar met overgewicht of obesitas. Daarbij gelden drie cumulatieve voorwaarden. De eerste voorwaarde is de leeftijdsvoorwaarde tussen 2 en 17 jaar. De tweede voorwaarde is dat de BMI-waarde boven de vastgelegde grens moet liggen, wat overeenkomt met een BMI van meer dan 25 voor een 18-jarige. De derde voorwaarde is dat er een voorschrift van een arts vereist is.

Ik heb daarover drie vragen, mijnheer de minister.

Wordt er momenteel geëvalueerd of het cumulatief opleggen van die drie criteria wel nuttig is en geen onbedoelde negatieve effecten veroorzaakt? Zijn er signalen dat kinderen met een duidelijk gezondheidsrisico net buiten de boot vallen omdat zij niet aan alle criteria voldoen, terwijl preventie in dezen essentieel is? Plant u aanpassingen aan de huidige voorwaarden om toch in vroegtijdige en laagdrempelige begeleiding voor jonge kinderen met obesitas of overgewicht te kunnen voorzien?

01.02 Minister Frank Vandenbroucke: Momenteel zijn er geen evaluaties of bijstellingen van de bestaande voorwaarden voor terugbetaling van diëtetiekverstrekkingen voorzien, gezien de recente aanpassingen van december 2023.

Parallel hiermee wordt het zorgtraject obesitas momenteel uitgevoerd in de 24 erkende pediatriesch multidisciplinaire obesitascentra. Dat traject biedt gepersonaliseerde zorg aan kinderen en jongeren met obesitas en is erop gericht hen op een geïntegreerde en multidisciplinaire wijze te ondersteunen. Kinderen van 2 tot en met 17 jaar die lijden aan obesitas hebben recht op een tegemoetkoming wanneer hun BMI een bepaalde drempelwaarde bereikt. Die drempelwaarde hangt af van de leeftijd en het geslacht van het kind.

Het kind wordt ingeschaald aan de hand van het Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics. Dat is een tool voor een eerste screening van risicofactoren en om de ernst van de obesitas in te schatten.

Op basis van die inschaling wordt het kind doorverwezen naar het geschiktste zorgniveau voor verdere behandeling.

Er wordt een passend advies gegeven voor alle kinderen met een gezondheidsrisico. Een kind met een lage inschaling wordt in het eerste niveau opgevolgd. Indien nodig kan de behandelende huisarts of kinderarts uit het eerste niveau een advies aanvragen bij het PMOC voor bijkomende expertise met betrekking tot het behandelplan. Een kind met een hoge inschaling wordt verder opgevolgd in het PMOC, door middel van een ambulant multidisciplinair zorgtraject. Indien nodig kan het kind zelfs worden doorverwezen naar het derde zorgniveau voor residentiële zorg in het Zeepreventorium of Clairs Vallons.

Wij nemen dit alles mee in onze reflecties over het interfederaal programma rond obesitas bij kinderen en jongeren, met als doel een vroege en structureel verankerde impact te ontwikkelen die aansluit bij de behoefte van alle kinderen.

01.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik wil even op de kwestie terugkomen omdat ik signalen heb gekregen van artsen op het terrein. Zij merken dat bepaalde patiënten, met name jonge kinderen, de drempelwaarden niet behalen, waardoor ouders hun kinderen actief overvoeden om toch een terugbetaling te verkrijgen. Dat is een heel gevaarlijk fenomeen.

Ik zie dat u fronst, maar dat was ook mijn reactie toen ik het nieuws vernam. Het zou om meerdere gevallen gaan, vooral bij tieners, omdat zij vaak kampen met een negatief zelfbeeld of gepest worden op school. Ouders willen hen dan zo snel mogelijk helpen op een betaalbare manier.

Ik wil u niettemin vragen of het niet mogelijk is om de voorwaarden te herbekijken en uitzonderingen toe te laten wanneer dat medisch wordt verantwoord door artsen. Wij hebben niets aan kinderen die worden overvoed om alsnog in aanmerking te komen voor een terugbetaling. Het gaat om kwetsbare kinderen. Ik wil dus dat de nodige aandacht aan het probleem wordt besteed.

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

02 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hospitalisatiecriteria van het RIZIV" (56007443C)

02 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les critères d'hospitalisation appliqués par l'INAMI" (56007443C)

02.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, nog niet zo lang geleden kwam mij het verhaal ter ore van een patiënte die, hoewel ze in een ziekenhuiskamer overnachtte, niet als gehospitaliseerd werd beschouwd omdat ze enkele minuten na middernacht werd ingeschreven en nog dezelfde kalenderdag werd ontslagen. De patiënte kon dus geen beroep doen op haar hospitalisatieverzekering. Blijkbaar valt een dergelijk verblijf niet onder de definitie van een hospitalisatieverzekering. Juridisch klopt dat volgens het RIZIV volledig. Ik heb echter wel vragen over de rechtvaardigheid van die aanpak, zeker gezien de medische noodzaak.

Minister, vindt u ook dat de huidige hospitalisatiecriteria in de praktijk tot oneerlijke situaties kunnen leiden voor patiënten die objectief gezien wel gehospitaliseerd waren? Zou u kunnen overwegen om het RIZIV te vragen de definitie te herzien, zodat bijvoorbeeld een verblijf van meer dan acht uur of een overnachting automatisch als hospitalisatie geldt?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Dank u wel dat u die specifieke situatie onder de aandacht brengt.

Artikel 3 van de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen bepaalt dat er in dat geval inderdaad geen sprake is van een klassieke hospitalisatie en er dus geen aanrekening kan gebeuren van het bedrag per opname en verpleegdag, dus van het tarief voor de klassieke hospitalisatie.

Als iemand pas na middernacht opgenomen wordt in het ziekenhuis en dezelfde kalenderdag naar huis

gaat en er daarnaast ook geen sprake is van een daghospitalisatie, dan valt de patiënt onder de facturatieregeling voor ambulante zorg. De patiënt betaalt dan ook geen persoonlijk aandeel voor de facturatie van de verpleegdag. De kamerkeuze is ook niet van belang voor het bepalen van eventuele supplementen, maar wel de conventiestatus van de arts.

De huidige criteria zijn al jaar en dag dezelfde en zijn gebaseerd op administratieve tijdsgrenzen. Het blijft essentieel om een evenwicht te bewaren tussen administratieve werkbaarheid en het opstellen van duidelijke en objectieve criteria en een billijke behandeling van patiënten. Dat neemt niet weg dat het RIZIV op de hoogte is gesteld van de situatie en dat het zal bekijken of de definitie moet worden herzien.

02.03 **Nawal Farih** (cd&v): Dank u wel voor de opvolging, mijnheer de minister.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het VIO-statuuut" (56007528C)**

03 **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le statut IEF" (56007528C)**

03.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, het VIO-statuuut is al vaak aan bod gekomen. Tijdens de vorige legislatuur hebben we daarover ook al vragen en antwoorden uitgewisseld.

We weten allemaal dat er een aanzienlijk tekort is in de zorgsector. Tegen 2040 zullen er maar liefst 124.000 extra zorgverleners nodig zijn om de stijgende zorgvraag in ons land op te vangen en tegelijk de kwaliteit van onze zorg te behouden. Het is daarom van groot belang om voldoende handen rond het bed te hebben en het beroep zo aantrekkelijk mogelijk te maken. Dat begint bij het enthousiasmeren van studenten om de opleiding tot verpleegkundige aan te vatten en af te ronden.

In dat kader heeft cd&v in het verleden op Vlaams niveau gezorgd voor ondersteuning van laatstejaarsstudenten verpleegkunde, die 800 uur stage lopen, door hen een onkostenvergoeding toe te kennen. Ook dit jaar heeft de Vlaamse regering dat beslist. We weten echter dat dit telkens ad hoc gebeurt, elk jaar opnieuw op de agenda staat maar niet structureel verankerd is. In het regeerakkoord hebben we dan ook opgenomen dat er moet worden gewerkt aan een statuut voor verpleegkundigen in opleiding, zodat die vergoeding structureel kan worden vastgelegd. Ik heb daarover zelf ook een wetsvoorstel ingediend. Ik heb begrepen dat in het Vlaams Parlement de discussies onder de parlementsleden lopende zijn over zo'n statuut, en dan vooral over de onkostenvergoeding. Ik heb vernomen dat ook een van uw collega's, voormalig kabinetschef Tina Van Havere, onlangs in de commissie heeft aangegeven dat u snel werk zou maken van zo'n statuut voor verpleegkundigen in opleiding.

Mijn vragen zijn dan ook kort.

Vindt er vandaag al overleg plaats tussen u en de deelstaten over dat statuut, zoals afgesproken in het regeerakkoord, zowel op Vlaams als op federaal niveau? Hoe ziet u zelf dat statuut voor verpleegkundigen in opleiding? Ik weet dat u zich eerder wat terughoudender opstelde ten aanzien van dit statuut, maar kunt u toelichten wat de huidige stand van zaken is?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, dit onderwerp, is begin september besproken tijdens een interministeriële vergadering met de gemeenschappen.

De impact op de aantrekkelijkheid van het beroep kan op dit moment niet worden aangetoond. Het is belangrijk om rekening te houden met de gevolgen voor andere gezondheidsopleidingen die vergelijkbare maatregelen zouden kunnen vragen. De gemeenschappen zullen hun partners op hun niveau raadplegen en de kwestie verder onderzoeken. Dat is de gemaakte afspraak. Ik moet er toch aan herinneren dat studenten niet onder de federale bevoegdheid vallen.

03.03 **Nawal Farih** (cd&v): Dat studenten niet onder de federale bevoegdheid vallen, weet ik, mijnheer de minister. Natuurlijk is het wel zo dat, als we in een onkostenvergoeding willen voorzien, er een statuut

moet zijn om dat hard te kunnen maken. Vandaag gebeurt dat ad hoc, en elk jaar opnieuw aan de hand van een politieke beslissing. Wij pleiten voor een statuut zodat er een kader is om dat structureel te organiseren.

03.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik weet volstrekt niet welk statuut we federaal zouden moeten creëren om toe te laten, of niet toe te laten, dat er een onkostenvergoeding wordt gegeven aan studenten.

03.05 **Nawal Farih** (cd&v): Niet om het toe te laten of niet toe te laten, maar wel om ervoor te zorgen dat het op zijn minst structureel georganiseerd kan worden. Vandaag is dat immers een politiek vraagstuk dat elk jaar opnieuw moet worden onderhandeld. Ik denk dat we voor de zorgsector iets meer kunnen organiseren dan enkel jaarlijks een ad-hocvraagstuk.

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

04 **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegankelijkheid van CAR-T-celtherapie" (56007586C)**

04 **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité de la thérapie par cellules CAR-T" (56007586C)**

04.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, in regio's zonder erkend centrum voor CAR-T-celtherapie, zoals Limburg, moeten patiënten zich verplaatsen naar Leuven, Gent of Antwerpen. Dat vergt heel veel van de betrokkenen, zowel op fysiek en psychologisch vlak als op het vlak van de logistiek, en zorgt voor extra uitdagingen, zowel voor de patiënt en zijn familieleden als voor de zorgverstrekkers, terwijl nabijheid van zorg en een sociaal vangnet bij een traject van intensieve kankerbehandeling net cruciaal zijn.

Formeel kent de vergunninghouder de accreditatie toe aan de centra, maar de facto stuurt het federale beleidsniveau via de RIZIV-terugbetalingscriteria en de programmering wel degelijk aan, wanneer het gaat over de nabijheid en de inhoud van het zorgaanbod.

Limburg valt uit de boot voor de terugbetaling van CAR-T-celtherapie, hoewel de centra aldaar wel aan alle criteria voldoen. In andere landen kan het wel anders, met behoud van kwaliteit en met aandacht voor toegankelijkheid en nabijheid.

Bent u bereid de huidige criteria te herzien, aangezien vandaag vooral de universiteitsziekenhuizen aan bod komen en de perifere ziekenhuizen wat uit de boot vallen? Vooral de verlaging van de drempel van minstens 28 allogene transplantaties per jaar zou kunnen helpen.

Bent u bereid rekening te houden met de toegankelijkheid en de nabijheid van de therapie door in de programmering een spreidingsdoelstelling vast te leggen, zodat ook Limburgse patiënten op een makkelijkere manier toegang kunnen krijgen tot de behandeling?

Hoe zult u ervoor zorgen dat in de toekomst altijd rekening wordt gehouden met principes van nabijheid en toegankelijkheid van de zorg? Ik besef dat expertise een belangrijk aspect is en u hebt wat dat principe betreft een partner in ons. Kwaliteit van zorg is echter een holistisch begrip en daar maken ook toegankelijkheid en nabijheid deel van uit.

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het therapeutisch landschap rond de CAR-T-behandelingen was tot mei 2025 veeleer gericht op lymfomen en leukemie. Een grote uitbreiding situeert zich op het gebied van myeloombehandeling, naast andere nog niet terugbetaalde indicaties aan de horizon. Momenteel zijn een grondige evaluatie en overleg met alle stakeholders lopende om het terugbetalingskader voor centra in België die CAR-T-behandelingen toedienen, future-proof te maken.

Er werden reeds diverse consultatierondes geïnitieerd vanuit het CTG-bureau, met input van de BeNeLuxA-landen, de centra die vergoedbare CAR-T-behandelingen toedienen in België, de CAR-T-vergunningshouders, de nationale vertegenwoordiger en laboratoriuminspecteur van het Joint Accreditation Committee for the International Society of Cellular Therapy (JACIE) in België, en de

European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT), aangevuld met informatie verkregen via het KCE over de organisatie in diverse Europese landen, waaronder Spanje, Frankrijk, Oostenrijk en Nederland, en nazicht van wetenschappelijke rapportages. Er is dus een zeer uitgebreide consultatie en bijkomend studiewerk gebeurd.

Op basis daarvan werd een ontwerp van het kader opgesteld en gedeeld met alle betrokken stakeholders. Momenteel wordt alle input van de diverse stakeholders geanalyseerd. Het onderwerp zal op basis daarvan worden aangepast.

De toegankelijkheid en nabijheid van de therapie is inderdaad een van de facetten die in overweging dienen te worden genomen bij het uitwerken van het nieuwe kader. Zoals ik aangegeven heb, wordt in het nieuwe kader de input van alle stakeholders meegenomen.

Ook de nood aan dataverzameling wordt meegenomen bij het opstellen van het nieuwe kader. Het is in dit stadium te vroeg om in te gaan op de vraag hoe het nieuwe kader in de toekomst geëvalueerd en aangepast zal of kan worden. Nadere details van het nieuwe kader kunnen nog niet worden vrijgegeven, aangezien dat nog in volle ontwikkeling en afstemming is met alle betrokken partijen.

04.03 Nawal Farih (cd&v): Dank u wel, minister.

Ik kijk uit naar de input van alle stakeholders en naar de *outcome*. Het verheugt me alvast te horen dat de toegankelijkheid en de nabijheid in de oefening in aanmerking worden genomen. Voor patiënten en familieleden is het immers zeer uitdagend om in moeilijke periodes die afstanden af te leggen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 56007629C de Mme Carmen Ramlot est transformée en question écrite.

05 Questions jointes de

- Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La récente enquête des Mutualités Libres et la santé mentale des jeunes actifs" (56007661C)

- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prévention du burn-out et une meilleure protection des femmes en la matière" (56007693C)

05 Samengevoegde vragen van

- Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De recente studie v.d. Onafhankelijke Ziekenfondsen en het mentale welzijn van jonge werknemers" (56007661C)

- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Burn-outpreventie en een betere bescherming van vrouwen op dit gebied" (56007693C)

05.01 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, effectivement, les Mutualités Libres ont publié les résultats d'une enquête qui mettent en évidence une évolution alarmante: en six ans, les cas de burn-out ont quasiment doublé. Avec les autres troubles psychosociaux, ils représentent aujourd'hui près d'une incapacité sur deux. C'est particulièrement marqué – c'est un résultat qui m'interpelle – chez les indépendants (plus 49 % depuis 2018) et chez les jeunes actifs de moins de 40 ans.

Ces chiffres traduisent une double réalité: d'une part, un drame humain pour des milliers de familles; d'autre part, un défi tout de même majeur pour la soutenabilité de notre sécurité sociale puisque les dépenses liées aux incapacités de travail, comme vous le savez, ont doublé en dix ans pour atteindre 12 milliards d'euros.

Les Mutualités Libres recommandent d'agir rapidement: mise en place d'un suivi obligatoire par la médecine du travail après trois mois d'absence; prévention accrue des risques psychosociaux; responsabilité renforcée des employeurs; et recherche ciblée sur les causes de la hausse des troubles mentaux, notamment chez les jeunes travailleurs.

Dès lors, monsieur le ministre, comment le gouvernement entend-il répondre à cette explosion des burn-out et autres troubles psychosociaux, tant en matière de prévention que d'accompagnement des personnes touchées – en l'espèce surtout les jeunes? Êtes-vous favorable à l'instauration d'un suivi systématique et précoce via la médecine du travail pour les pathologies liées à la santé mentale, comme le suggère l'enquête réalisée par les Mutualités Libres? Enfin, quelles mesures spécifiques envisagez-vous pour mieux protéger un public particulièrement vulnérable par rapport à cette évolution: les jeunes travailleurs?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Hansez, les chiffres publiés récemment par les Mutualités Libres sont en effet sans appel. Face à de tels chiffres, je crois qu'il faut agir avec détermination. Nous considérons cette question comme un enjeu de santé publique qui appelle une approche intégrée. C'est le sens du plan global de prévention et de retour au travail prévu dans l'accord de gouvernement. Ce plan poursuit deux objectifs: prévenir autant que possible l'apparition des maladies et accompagner activement les personnes déjà touchées afin d'éviter un éloignement durable du marché du travail.

Voici ce que nous voulons faire concrètement.

Primo, nous voulons intervenir plus tôt. Un salarié en difficulté pourra entamer un parcours préventif avec son médecin du travail pour adapter ses conditions avant qu'une absence prolongée ne devienne nécessaire.

Secundo, dès le début d'une incapacité, nous organiserons un dialogue structuré entre le travailleur, l'employeur et le trio de médecins (le médecin traitant, le médecin du travail, le médecin conseil).

Tertio, la plateforme numérique TRIO, active depuis février, facilitera cette concertation sécurisée et multidisciplinaire.

Quarto, en parallèle, nous renforçons la prévention primaire des risques psychosociaux en collaboration avec le ministre de l'Emploi. Le stress chronique au travail est un facteur majeur de burn-out et chaque entreprise doit prendre ses responsabilités.

Nous investissons aussi dans la santé mentale. Les soins psychologiques de première ligne sont désormais accessibles à tarif réduit. Nous développons des lignes directrices pour que psychologues et médecins généralistes puissent mieux identifier les signaux liés au travail et maintenir le lien professionnel. Un projet pilote dans trois régions associe médecins et psychologues autour du thème "santé mentale et travail". Il sera évalué en 2026 pour un éventuel déploiement national.

À ces actions s'ajoutent les initiatives de Fedris, l'Agence fédérale des risques professionnels. Depuis 2019, Fedris mène des projets pilotes de prévention du burn-out dans plusieurs entreprises et secteurs. Ces projets permettent aux travailleurs présentant des signaux précoces d'épuisement professionnel de bénéficier d'un trajet de coaching financé par Fedris.

Des centaines de travailleurs ont déjà été accompagnés avec succès, souvent avant qu'une incapacité de longue durée ne s'installe. Nous allons renforcer et étendre ces projets, en particulier dans les secteurs les plus exposés – soins de santé, enseignement, services sociaux – pour qu'un plus grand nombre de travailleurs puissent accéder à cette aide. Ces expériences inspirent aussi la politique générale. Elles démontrent qu'une intervention précoce, financée collectivement, peut réellement éviter des absences prolongées.

La réussite de notre stratégie passe aussi par une coopération entre le fédéral et les Régions. Début 2026, nous concluons un nouveau protocole d'accord avec les ministres régionaux de l'emploi. Des approches comme l'*Individual Placement and Support* (IPS), qui aide les personnes atteintes de troubles psychiques sévères à retrouver un emploi, seront généralisées.

Dans ce cadre, nous encourageons également la collaboration entre, par exemple, les *werkwinkels* et les psychologues de première ligne. Concrètement, les psychologues de la première ligne pourront travailler en lien direct avec les conseillers des *werkwinkels* afin de détecter précocement les difficultés, prévenir les ruptures de parcours professionnel et soutenir le retour progressif au travail dans des conditions adaptées.

Enfin, nous portons une attention particulière aux jeunes et aux femmes. Chez les jeunes actifs, les troubles psychiques augmentent fortement. Nous voulons comprendre les causes (la précarité, les nouvelles organisations du travail, l'équilibre vie privée et professionnelle,...) et adapter nos politiques.

Quant aux femmes, elles représentent près de 65 % des incapacités pour burn-out. C'est un reflet de la double charge professionnelle et familiale et d'une surreprésentation dans les métiers du *care*. Nous intégrons donc une dimension de genre dans toutes nos politiques de prévention et de réintégration, en nous appuyant sur l'étude sur la santé des femmes de Sciensano.

Notre stratégie, je crois, est claire: prévenir en amont, intervenir tôt, accompagner avec des outils adaptés, y compris via les projets de Fedris, et réintégrer durablement. Nous voulons protéger la santé mentale des travailleurs avec une attention particulière pour les jeunes et les femmes, et assurer la viabilité de notre modèle social.

05.03 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse.

J'insiste un peu parce que je pense qu'il y a urgence à agir. Nous parlons d'un véritable enjeu de santé publique, mais aussi de la soutenabilité de notre sécurité sociale. Ces 12 milliards d'euros de dépenses sont autant de moyens qu'il faudrait investir en amont, dans la prévention.

Vous me parlez du programme Fedris, que je connais évidemment bien. C'est de la prévention secondaire. On agit là quand les personnes manifestent déjà des premiers signes de burn-out.

Nous devons réfléchir à nouveau à l'importance de la prévention primaire. Aujourd'hui, beaucoup d'entreprises font une analyse des risques, mais peu d'entreprises développent et appliquent des plans d'action. Je pense que nous devons revenir sur l'importance de la prévention primaire dans les entreprises.

Je suis heureuse d'entendre que nous pouvons faire un focus sur des groupes à risque au sein de ces entreprises.

Je vous remercie, monsieur le ministre.

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

06 Samengevoegde vragen van

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De beslissing van het Wit-Gele Kruis om remgeld te vragen" (56007711C)

- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het remgeld en de thuiszorg" (56008375C)

06 Questions jointes de

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La décision de la Croix Jaune et Blanche de percevoir un ticket modérateur" (56007711C)

- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le ticket modérateur et les soins à domicile" (56008375C)

06.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, vanaf 1 september zal het Wit-Gele Kruis, door de veranderende werkomstandigheden in Limburg, Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant, remgeld vragen voor hun thuisverplegingsdiensten. In Antwerpen en West-Vlaanderen doet het Wit-Gele Kruis dat niet. Ook andere zorgorganisaties zoals i-mens doen dit voorlopig nog niet.

Daaruit blijkt dat het remgeld vandaag afhangt van de organisatie die langskomt. Dat leidt dus tot willekeur en ongelijkheden bij patiënten en tot verhoogde concurrentie in prijzen tussen de zorgorganisaties, wat potentieel de focus van een betere organisatie van de zorg wegneemt.

Mijnheer de minister, is het volgens u aan de zorgorganisaties zelf om de hoogte van het remgeld te

bepalen? Het gevolg is immers dat de patiënt zo wordt geconfronteerd met een complexer systeem, dat verschilt van aanbieder tot aanbieder en van locatie tot locatie.

Zo neen, is er volgens u dan nood aan een duidelijk kader voor de uniforme inning van het remgeld, zoals dat ook het geval is bij apotheken, waar de inning van het remgeld verplicht is? Zult u daarbij ook pleiten om de inning van het remgeld te veralgemenen, met als gevolg dat meer mensen een hogere prijs zullen moeten betalen en misschien van zorg uitgesloten zullen worden?

In de media mocht ik vernemen dat zowel de voorzitters van cd&v als N-VA, uw coalitiepartners, voorstander zijn om de factuur voor de burger te verhogen door het remgeld globaal te verhogen. Is dat een visie die u onderschrijft en die deel uitmaakt van het regeringsbeleid?

Hoe zult u voor deze problematiek aandacht hebben bij de verdere onderhandelingen over de nomenclatuur in de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het innen van remgeld door verpleegkundigen is wettelijk toegelaten en gebeurt al door verschillende thuisverplegingsdiensten en individuele verpleegkundigen in België. Elke verpleegkundige of dienst heeft de autonomie om zelf te beslissen of hij of zij het vastgelegde remgeld geheel of gedeeltelijk aanrekenet of niet. Zij bepalen dus niet de hoogte van het remgeld zonder kader of beperking, maar uiteraard blijft het belangrijk dat de verpleegkundige de patiënt daarover goed informeert.

De noden van de verpleegkundigen zijn mij bekend, net zoals die van andere sectoren. Ik blijf me inzetten voor voldoende budget voor de gezondheidszorg, met ruimte voor de broodnodige behoeften, binnen de mogelijkheden van het budgettaire kader.

Momenteel wordt intensief gewerkt aan de voorbereiding van een pilootproject voor de thuisverpleging. Een nieuw financieringssysteem zal worden getest in de loop van 2026. Dit project heeft tot doel beter in te spelen op de huidige realiteit van het verpleegkundige beroep, met oog voor de noden van zowel de patiënt als de verpleegkundige. Het is echter nog te vroeg om te kunnen oordelen in welke mate die nieuwe manier van werken tegemoet zal komen aan de noden van de sector en van de patiënten.

Om te vermijden dat de uitgaven voor medische zorg blijven oplopen, bestaat het mechanisme van de maximumfactuur. Als de medische kosten die een gezin moet betalen, na tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering, in de loop van het jaar een maximumbedrag bereiken, betaalt het ziekenfonds de kosten die daar later nog bij komen volledig terug. Dit ondersteuningsmechanisme gaat ruimer dan alleen de rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming.

06.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de zorgkundigen bepalen inderdaad misschien niet de hoogte van het remgeld, maar, zoals u zelf zegt, wel de mate waarin men het vastgestelde remgeld opneemt. Dat leidt toch wel degelijk tot verschillen tussen verschillende zorgverstrekkers, instellingen en regio's. Het lijkt mij niet in het belang van de patiënten dat wij dat faciliteren.

U hebt het ook over een pilootproject en benoemt, denk ik, de medische voordelen die daaraan kunnen vastzitten, maar u spreekt ook over een nieuw financieringsmodel. Vermits u antwoord geeft op een vraag over remgelden, ga ik ervan uit dat in dat nieuwe financieringsmodel wel wordt gekeken naar een verplicht remgeld voor de thuiszorg.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions jointes n° 56007715C de Mme De Knop et n° 56008938C de Mme Schlitz, la question n° 56007825C de M. Aerts, la question n° 56007852C de Mme Gijbels et la question n° 56007925C de Mme Vandeberg sont retirées. Les question n° 56007817C et n° 56007877C de Mme Farhi et les questions n° 56007922C et n° 56007923C de Mme Ramlot sont transformées en questions écrites.

07 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het farmaceutische meerjarenkader" (56007928C)

07 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le cadre pharmaceutique pluriannuel" (56007928C)

07.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, u weet het waarschijnlijk beter dan ik, maar de uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen zullen de komende jaren een zeer grote uitdaging vormen voor de begroting van de ziekteverzekering. De cijfers tonen aan dat bij ongewijzigd beleid – wat niet onze wens is en zeker niet onze voorkeur wegdraagt – het budget jaarlijkse zal groeien met 7 tot 8 %. Dat ligt fors boven de reële groeinorm. De farmaceutische verstrekkingen nemen daardoor, als daar niets aan gedaan wordt, een steeds groter deel van het budget van de ziekteverzekering voor hun rekening.

Tegelijkertijd is er een grote nood bij patiënten met specifieke zorgbehoeften. Die patiënten wachten ongeduldig op een snellere toegang tot innovatieve behandelingen en geneesmiddelen. Andere patiënten zijn terecht als de dood voor het risico van onbeschikbaarheid van sommige noodzakelijke geneesmiddelen. Daarom is in het regeerakkoord afgesproken dat er een meerjarig farmaceutisch kader komt voor deze legislatuur. Dat kader moet fungeren als een soort kompas om de begroting financieel houdbaar te houden, zowel de RIZIV-begroting als de begroting voor de geneesmiddelenindustrie, het geneesmiddelenbeleid.

Mijn ingediende vragen dateren nog van voor de beslissing van de Algemene Raad over de gezondheidszorgbegroting voor 2026, maar ze blijven pertinent.

Hoe ver staat u met de uitwerking van het meerjarig kader, inclusief de beslissingen die genomen zijn voor de begroting voor 2026? Loopt er nog overleg met de betrokken actoren, zoals de farmasector, die uit verschillende actoren bestaat, met betrekking tot dat meerjarig kader?

Is er al overeenstemming bereikt of een beslissing genomen over een apart budget dat wordt voorzien en besteed aan nieuwe noodzakelijke maatregelen, zoals de procedure Early and Equitable Fast Access (EEFA)? Hoe ver staat u daarmee en wanneer kunnen we de eerste resultaten daarvan verwachten?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het meerjarenkader voorziet in een voorspelbaar budgettair kader, met zowel een groeipad als een aantal structurele maatregelen. We hebben drie doelstellingen.

We willen, ten eerste een duurzame groei van de terugbetalingsmogelijkheden voor innovatieve geneesmiddelen en behandelingen.

We willen, ten tweede, geneesmiddelentekorten maximaal voorkomen en aanpakken.

Ten derde willen we bevorderen dat alle betrokken actoren meer verantwoordelijkheid nemen om het budget te bewaken en gericht in te zetten op de belangrijkste noden.

Daarom hebben we gekozen voor een andere benadering, waarbij het budget voor farmaceutische specialiteiten niet als één monoliet wordt beschouwd, maar analytisch wordt gezien in drie componenten.

De eerste component betreft het nettobudget voor farmaceutische specialiteiten voor 2026-2029. Dat budget wordt vastgesteld als een vast percentage van 17,3 % van het normbudget voor de gezondheidszorgdoelstelling. Dat betekent een belangrijke vooruitgang voor de stabiliteit en voorspelbaarheid van het budget voor zowel de industrie, de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, als de overheid. Bij overschrijding van het budget wordt in een strikte responsabilisering van de industrie voorzien via een strengere clawback.

De tweede component wordt jaarlijks bepaald en financiert de nieuwe procedure Early and Equitable Fast Access. Daarvoor starten we in 2026 met een budget van 25 miljoen euro. Dat bedrag wordt deels gefinancierd met het budget voor het bestaande programma Unmet Medical Needs en deels met extra middelen verkregen door de invoering van een minimumremgeld van één à twee euro per verpakking. De bijdragen van patiënten worden dus rechtstreeks ingezet om de EEFA-procedure te realiseren, wat

vooral belangrijk is voor patiënten met vaak hoge noden die wachten op terugbetaling van innovatieve geneesmiddelen.

De derde component in dat budget farmaceutische specialiteiten is de weerspiegeling van maatregelen om tekorten aan geneesmiddelen te voorkomen via vangnetten. Een concreet voorbeeld is het invoeren van een vangnet voor oudere geneesmiddelen bij ad hoc-prijzdalingen, om te vermijden dat prijzen te ver worden uitgediept.

Daarnaast wordt in verschillende flankerende maatregelen voorzien, met name de stimulering van onderzoek naar behandelingsoptimalisaties via het Post Reimbursement Fonds, de vereenvoudiging van CTG-procedures en de verdere ontwikkeling van beleid rond de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen en doelmatig gebruik.

Om het meerjarenkader tot stand te brengen, hebben meerdere overlegmomenten plaatsgevonden met de farmaceutische industrie en de verzekeringsinstellingen, evenals met andere stakeholders, zoals de koepelorganisaties voor apothekers en ziekenhuisapothekers. Ik denk dat ik mag zeggen dat die dialoog intens, maar ook constructief is verlopen.

07.03 Jan Bertels (Vooruit): Dank u wel, mijnheer de minister.

Het is goed te horen dat de dialoog consistent, intensief en constructief verlopen is en dat er een meerjarenkader uitgekomen is, met de drie componenten die u aanhaalt.

Een onderdeel verheugt mij in het bijzonder, met name het aparte budget dat werd gecreëerd voor de procedure voor Early and Equitable Fast Access. Dit moet toelaten om een aantal geneesmiddelen sneller op de Belgische markt te krijgen. Voor een aantal mensen die op zoek zijn naar innovatieve geneesmiddelen, omdat ze daardoor geholpen kunnen worden, is het van belang dat die snel beschikbaar zijn. Achteraf kan dan worden geëvalueerd of die geneesmiddelen duurzaam in het reguliere circuit kunnen worden opgenomen. Dit is een goede zaak. Ik heb begrepen dat hiervoor extra middelen worden vrijgemaakt, namelijk 25 miljoen euro in 2026. Wij zullen dit blijven ondersteunen.

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

08 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Radiotherapie" (56007852C)

08 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La radiothérapie" (56007852C)

08.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik breng graag volgende kwestie onder uw aandacht naar aanleiding van de World Radiotherapy Awareness Day in september. Toen ik recent een bezoek bracht aan een afdeling radiotherapie beklagde men zich erover dat patiënten vaak onvoldoende geïnformeerd worden over radiotherapie als alternatieve of bijkomende behandelingsoptie voor chirurgie of chemotherapie. Dat zou eigenlijk niet mogen gebeuren, want artikel 8 van de wet op de patiëntenrechten bepaalt dat patiënten volledig geïnformeerd moeten worden over alle mogelijke behandelopties, ook wanneer die uitgevoerd dienen te worden door een andere gezondheidszorgbeoefenaar.

Radiotherapie heeft de voorbije jaren grote ontwikkelingen gekend. Niet alleen vergroten de mogelijkheden door de stereotactische en de *hypofractionaire* toepassingen, ook de bijwerkingen verminderen. Dat maakt radiotherapie bijzonder interessant.

Op welke manier wordt gecontroleerd of patiënten voldoende geïnformeerd worden over bijvoorbeeld radiotherapie als mogelijke behandelingsoptie?

Welke maatregelen kunnen eventueel worden genomen om te garanderen dat alle kankerpatiënten volledig geïnformeerd worden over alle beschikbare behandelopties, inclusief radiotherapie?

Momenteel worden multidisciplinaire oncologische consulten ingericht voor de bespreking van de behandeling van maligne tumoren, maar ze kunnen ook zeer zinvol zijn voor benigne tumoren,

bijvoorbeeld bij benigne hersentumoren die moeilijk bereikbaar zijn, waar vooral het ruimte-innemend proces van belang is. Daar kan radiotherapie soms soelaas bieden. Overweegt u om ook bij benigne tumoren dergelijke MOC's toe te laten?

Wordt er volgens de regelgeving of de richtlijnen een MOC geadviseerd of verplicht gesteld bij de initiële diagnose en bij de bepaling van een behandelingsplan? Zijn er cijfers beschikbaar over het percentage kankerpatiënten dat effectief een MOC heeft doorlopen voor een behandeling?

Ten slotte, bij bijvoorbeeld prostaatkanker en hersenmetastase lijkt radiotherapie op zijn minst evenwaardig als chirurgie. Sommige studies tonen aan dat er minder neveneffecten zijn bij de behandeling van prostaatkanker met radiotherapie dan bij chirurgie. Bestaan er interdisciplinaire richtlijnen voor de aangewezen behandeling van bepaalde tumoren, of zou het KCE dergelijke analyse- of literatuurstudie kunnen uitvoeren om richtlijnen te bepalen?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: In België worden elk jaar veel mensen geconfronteerd met een diagnose van kanker, een ziekte die een grote impact heeft op het leven van de patiënt en zijn of haar naasten. Om te vermijden dat patiënten overweldigd worden door de veelheid aan informatie en beslissingen die op hen afkomen, kunnen ze rekenen op de ondersteuning van een oncocoach. Die gespecialiseerde verpleegkundigen staan in voor informatie, begeleiding en coördinatie en fungeren als een vast aanspreekpunt in het zorgteam.

De functie is cruciaal om patiënten doorheen hun traject te loodsen en draagt in grote mate bij tot de kwaliteit van de zorg en de empowerment van de patiënt. De oncologische zorg in België wordt steeds ingebed in een multidisciplinair kader. Tijdens een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) worden alle relevante behandelopties, inclusief radiotherapie waar aangewezen, besproken door de betrokken disciplines. Dat overleg leidt tot een behandelvoorstel, gedragen door het hele team van zorgverleners, waardoor de patiënt er zeker van kan zijn dat alle mogelijkheden op een geïntegreerde manier bekeken worden. Het versterken van de multidisciplinaire samenwerking en het betrekken en informeren van de patiënt blijven erg belangrijk.

Alhoewel een MOC wettelijk enkel voor oncologische pathologieën vastgelegd is, benadruk ik dat een multidisciplinaire aanpak van groot belang is bij alle complexe aandoeningen, ook bij benigne tumoren. Dat inzicht wordt trouwens al door veel artsen gedeeld en in de praktijk toegepast. Voor patiënten met een benigne maar moeilijk behandelbare tumor, bijvoorbeeld bepaalde hersentumoren, kan een overleg tussen disciplines bijzonder waardevol zijn. Ook al valt dat formeel niet onder de noemer van een MOC, het kan dezelfde meerwaarde bieden door kennis en expertise samen te brengen ten gunste van de patiënt.

Het MOC werd door het koninklijk besluit verplicht gemaakt in drie specifieke gevallen. Ten eerste is dat het geval bij elke oncologische behandeling die niet is opgenomen in of die afwijkt van de in het kwaliteitshandboek van het betrokken ziekenhuis uitgeschreven protocollen. Ten tweede is het MOC verplicht bij elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in de eerste fase van de verzekeringstegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het MOC. Ten derde is het MOC obligatoir bij elke oncologische behandeling met gebruik van een verstrekking uit artikel 18, die aangerekend wordt door een geneesheer-specialist voor een ander specialisme dan radiotherapie, oncologie of nucleaire geneeskunde en die verwant is aan zijn specialisme.

Daarentegen, indien een behandeling wordt gesteld zonder MOC, houdt de behandelende arts alle stukken die zijn keuze motiveren ter beschikking van de adviserend geneesheer. Er zijn uitzonderingen. Zo is een MOC niet verplicht voor bepaalde huidkankers, zoals een epidermis spinocellulair carcinoom of een niet-complex basaalcelcarcinoom.

De meest recente gegevens voor het jaar 2024 zijn op dit ogenblik nog niet beschikbaar. Wel kan ik verwijzen naar het KCE-rapport *Performance of the Belgian health system: Report 2024*, waarin de cijfers van 2020 zijn opgenomen. Daaruit blijkt dat in België 90,4 % van de kankerpatiënten effectief werd besproken tijdens een MOC. Er zijn wel regionale verschillen. In Vlaanderen bedroeg het percentage 91,6, in Brussel 89,3 en in Wallonië 88,2.

Ik wil ten slotte wijzen op het belang van de wetenschappelijke onderbouwing bij de keuze van

behandelingen. Voor sommige tumortypes, zoals prostaatkanker en hersenmetastasen, bestaat er steeds meer evidentie dat radiotherapie minstens evenwaardig is aan chirurgie en in bepaalde gevallen gepaard gaat met minder neveneffecten.

Interdisciplinaire richtlijnen voor dergelijke behandelingen worden ontwikkeld in de wetenschappelijke verenigingen en in samenwerking met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Hoewel er vandaag geen plannen zijn voor een verdere studie, kan aan het KCE worden gevraagd om bijkomende literatuurstudies of richtlijnontwikkeling op te nemen, als er hiaten worden vastgesteld.

08.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel voor uw antwoord.

De patiënt heeft zelf geen inzicht in het resultaat van een MOC, als ik het goed begrijp. Het zou interessant zijn, als delen daarvan beschikbaar kunnen worden gesteld, zodat men een volledig overzicht van alle behandelopties krijgt.

Voor zover ik het heb begrepen, worden niet in alle gevallen alternatieve behandelmethodes voorgesteld. Ik begrijp dat dat niet eenvoudig is, omdat de ontwikkelingen op het gebied van radiotherapie zeer snel gaan. De afdeling die ik bezocht heb, zet sterk in op innovatieve toepassingen. Het is begrijpelijk dat dergelijke informatie niet altijd volledig tot andere disciplines doordringt, zodat niet altijd duidelijk is wat de juiste opties zijn. Ik hoop dat dat niet in het nadeel van de patiënt is.

Er bestaan volgens mij wel degelijk hiaten. Het zou aangewezen zijn om aan het KCE te vragen te onderzoeken of er nieuwe interdisciplinaire richtlijnen moeten worden opgesteld of een literatuurstudie moet gebeuren. Hoe beter we patiënten kunnen informeren, hoe beter dat is voor de algemene volksgezondheid.

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

La **présidente**: Mme De Knop étant absente, ses questions n^{os} 56007949C et 56007955C sont sans objet.

09 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement de la naloxone pour les centres d'accueil pour personnes toxicomanes" (56007956C)

09 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van naloxon in opvangcentra voor drugsverslaafden" (56007956C)

09.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, l'arrêté royal du 4 juillet 2025 modifiant l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instruction pour les pharmaciens est évidemment une évolution du cadre légal sur l'approvisionnement de la naloxone. Comme vous le savez, je suis moi-même ce dossier depuis plusieurs années maintenant et cette évolution du cadre légal est accueillie avec satisfaction par les acteurs de terrain. Force est de constater toutefois que des interrogations persistent et je me permets une nouvelle fois de vous les relayer.

Premièrement, l'arrêté royal stipule, et je le cite, que "le pharmacien peut délivrer des médicaments à usage humain à base de naloxone aux médecins enregistrés auprès d'un centre d'accueil pour toxicomanes visé à l'article 2 de l'arrêté royal du 19 mars 2004 sur présentation d'un document original daté et signé reprenant le nom du médecin ainsi que l'adresse du centre". Sur ce passage précisément, quels mécanismes de remboursement sont prévus dans ce cadre?

Deuxièmement, et en complément à ma première question, les centres devront-ils supporter le coût du produit au prix plein sachant qu'une personne morale n'est pas couverte par la sécurité sociale? Dans l'affirmative, l'impact financier serait considérable et risquerait de limiter fortement la capacité de ces structures, pourtant en lien direct avec les publics les plus vulnérables, à assurer la mise à disposition de cet antidote vital.

Troisièmement, où en sont les négociations avec l'INAMI au sujet des conditions de remboursement? Une classification en catégorie B est-elle envisagée? Si tel est le cas, une quote-part de 8,30 euros par

dose serait à charge du patient. Pouvez-vous, oui ou non, confirmer cette information?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Merci, monsieur Prévot.

Il m'est un peu difficile de répondre à vos deux premières questions parce que la gestion des conventions conclues avec les centres pour personnes toxicomanes a été transférée aux entités fédérées depuis la sixième réforme de l'État.

En ce qui concerne votre troisième question, une procédure de remboursement est en cours pour la spécialité Ventizolve au niveau de la commission de remboursement des médicaments de l'INAMI depuis le 21 janvier 2025. Je ne suis pas en mesure de fournir des informations relatives à ce dossier vu que la procédure, confidentielle, est en cours. Dès que je serai en possession de la proposition définitive de la CRM, je prendrai une décision relative à ce dossier dans le délai qui m'est imparti tout en étant bien conscient des spécificités particulières de ce traitement.

09.03 Patrick Prévot (PS): Merci monsieur le ministre pour vos réponses.

Sur le troisième volet, je resterai encore un peu patiente, comme je le suis depuis quelques années maintenant.

J'entends évidemment que les négociations sont toujours en cours, qu'elles sont confidentielles et que, dès lors, vous ne pouvez pas vous exprimer. J'entends également qu'il vous reviendra de trancher cette question. Je serai encore un peu patient, mais je ne manquerai pas de revenir vers vous avec cette question qui me paraît – mais qui paraît surtout aux acteurs de terrain – très importante.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les urgences dentaires" (56007958C)

10 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Urgente tandzorg" (56007958C)

10.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, l'accès aux soins dentaires est une préoccupation récurrente de nos concitoyens. Les urgences dentaires ne mettent pas toujours la vie en danger, mais elles provoquent bien des douleurs intenses et invalidantes, qui empêchent de travailler, d'étudier ou même, simplement, de vivre normalement. Face à une rage de dents ou un traumatisme dentaire le soir ou le week-end, de nombreux patients se retrouvent encore trop souvent sans solution immédiate.

Or, depuis 2006, l'agrément des dentistes généralistes est conditionné à leur participation à un service de garde. Sur le terrain, pourtant, l'organisation de ces gardes reste très inégale. Dans certaines régions, la garde se limite encore à quelques heures par week-end; ce qui est insuffisant pour répondre aux besoins réels. La répartition de la charge entre praticiens varie fortement en fonction de la densité de dentistes sur le territoire.

Ces disparités créent une réelle inégalité d'accès aux soins dentaires urgents. Les patients concernés se tournent parfois vers les urgences hospitalières – ce qui surcharge inutilement ces services déjà sous pression – ou recourent à l'automédication, avec les risques inhérents.

Je sais que vos services travaillent actuellement à une harmonisation des horaires de garde à l'échelle nationale, avec pour objectif d'étendre et de rendre plus cohérente l'offre de soins le week-end. Dès lors, monsieur le ministre, je souhaiterais vous poser les questions suivantes. Quelles mesures concrètes envisagez-vous pour garantir que chaque patient, où qu'il vive, puisse bénéficier d'un service de garde dentaire réellement accessible le week-end? Quel est le calendrier de mise en œuvre de cette harmonisation et comment sera-t-elle coordonnée avec les acteurs de terrain? Enfin, quelles solutions complémentaires envisagez-vous afin de mieux prendre en charge les urgences dentaires non vitales, mais douloureuses, qui ont un impact direct sur la qualité de vie et la santé des patients?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Conformément aux articles 21 à 26 de la loi sur la qualité, la

permanence est obligatoire pour les praticiens de l'art dentaire. La participation aux services de garde est donc légalement obligatoire. L'arrêté ministériel du 29 mars 2002 stipule que: "Pour rester reconnu en tant que dentiste généraliste, le praticien concerné doit participer à la prestation de soins de santé dans le cadre d'un service de garde" (article 3, §5).

Un praticien de l'art dentaire est donc tenu de participer à un service de garde afin d'assurer, dans une zone géographique déterminée, les premiers soins nécessaires aux patients nécessitant une prise en charge urgente, garantissant ainsi la continuité des soins durant les soirées en semaine, les week-ends, les jours fériés et les jours de pont reconnus.

Conscients qu'un système unique est plus efficace que plusieurs systèmes distincts, les organisations professionnelles représentant le secteur et le Conseil de l'art dentaire ont élaboré ensemble en 2022 un règlement harmonisé pour les services de garde en dentisterie.

Les hôpitaux organisent également un service de présence pour la dentisterie générale et spécialisée. Toutefois, certains hôpitaux ne peuvent pas organiser ce service car certains dentistes ne contribuent pas aux services de garde hospitaliers. Pourtant, ils pourraient bénéficier des équipements et du système de sécurité des hôpitaux, ce qui n'est pas le cas dans un cabinet privé. Il serait donc opportun d'impliquer les services hospitaliers dans l'organisation des services de présence.

10.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Je vous remercie pour les différentes réponses.

Il est effectivement question d'une obligation mais, sur le terrain, si une garde se limite à quelques heures par week-end, c'est trop peu pour répondre à la demande et offrir un service aux personnes qui se retrouvent confrontées à de tels problèmes.

Par ailleurs, je partage votre dernière suggestion et j'imagine que vous allez, en tant que ministre de la Santé, encourager de telles initiatives et faire en sorte qu'un service soit rendu plus largement à la population qui souffre de ces problèmes dentaires.

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

11 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nood aan een expertisecentrum voor long covid" (56007961C)**

11 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La nécessité d'un centre d'expertise dédié au covid long" (56007961C)**

11.01 **Katleen Bury (VB):** Mijnheer de minister, de gevolgen van long covid blijven voor veel Belgen bijzonder zwaar. We zien blijvende vermoeidheid, ademhalingsproblemen en concentratiestoornissen, met een heel grote impact op de levenskwaliteit.

Wanneer ik met patiënten praat, vertellen ze me dat ze vaak van het kastje naar de muur worden gestuurd, zonder duidelijke richtlijnen of aanspreekpunt. Ook verwijzen ze vaak naar Nederland, waar wel al stappen zijn gezet en waar een expertisecentrum werd uitgebouwd. Dat centrum biedt niet alleen gespecialiseerde zorg, maar verzamelt ook kennis die kan worden verspreid onder zorgverleners.

Ik heb in mijn vraagstelling verwezen naar een nieuwe studie van Yale, dat de eerste stappen heeft gezet om het postvaccinatiesyndroom, het PVS, te karakteriseren en dat immunologische patronen heeft blootgelegd die mensen met PVS onderscheiden van anderen.

Mijnheer de minister, daaruit vloeien enigszins logisch de volgende vragen voort. Vindt u het huidige zorgtraject voor longcovidpatiënten in België voldoende en voldoende gestructureerd? Is er voldoende expertise aanwezig? Overweegt u in ons land de oprichting van een centraal postcovidexpertisecentrum of -referentiecentrum waar patiënten en zorgverleners terecht kunnen?

11.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Bury, de huidige overeenkomst long-COVID-19 is niet ideaal, maar het is wel een belangrijke stap die we samen met de patiëntenverenigingen hebben

gezet. Die overeenkomst biedt toegang tot zorg op maat van elke patiënt voor de behandeling van somatische en cognitieve stoornissen ten gevolge van long-COVID-19.

Een activering van die overeenkomst door de huisarts opent het recht op terugbetaalde verstrekkingen, kinesithérapie, diëtetiek, ergotherapie en neuropsychologie. Het aantal unieke patiënten voor wie die overeenkomst werd opgestart, is echter lager dan verwacht.

We analyseren de redenen waarom de overeenkomst minder frequent dan verwacht werd opgestart. We zullen daar rekening mee houden bij de ontwikkeling van een nieuwe overeenkomst.

We onderzoeken momenteel samen met experts en zorgverleners hoe er een zorgpad kan worden ontwikkeld voor een bredere doelgroep van patiënten met gelijkaardige klachten. Die zoektocht naar een optimale behandeling is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, maar houdt evengoed rekening met de levenskwaliteit van de patiënt en met de bevordering van zijn sociale en professionele integratie.

Eind september hebben we een consensusvergadering georganiseerd met de experts, artsen uit de eerste en de tweede lijn, artsen uit het klinische werkveld en uit het onderzoekswerkveld, en paramedici uit verschillende disciplines om een consensus te zoeken over de afbakening van die doelgroep. Alle stakeholders, inclusief patiëntenverenigingen, zullen binnenkort bij de besprekingen betrokken worden in een meer uitgebreide werkgroep. In die discussies komen ook vragen over de organisatie van het zorgpad aan bod, dus ook over de mogelijke oprichting van expertisecentra of andere oplossingen om onze wetenschappelijke kennis over long covid te vergroten.

Het Nederlandse initiatief in verband met de longcovidexpertisecentra is ons ook bekend. Er zijn overlegmomenten met de Nederlandse centra om hun werkwijze beter te leren kennen. Met alle input zullen we daarna een ontwerpovereenkomst kunnen ontwikkelen en bespreken met experts, patiënten, en andere stakeholders.

11.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dat is heel goed nieuws. Is er een concrete timing? U had het over overlegmomenten, een zorgpad, een consensusvergadering, mogelijke expertisecentra en samenzitten met de doelgroepen. Een timing heb ik niet echt gehoord. Ik kan nu alleen afwachten totdat er iets gebeurt en eventueel een vervolgvraag stellen. Als u me een timing kon geven, zou ik heel blij zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het geneesmiddelentekort" (56008006C)**

- **Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het geneesmiddelentekort en de Europese afhankelijkheid van ingevoerde producten" (56008373C)**

12 Questions jointes de

- **Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de médicaments" (56008006C)**

- **Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de médicaments et la dépendance de l'Europe aux importations" (56008373C)**

12.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, de voorbije weken – ondertussen is dat al maanden, want de vraag dateert van september – berichtte de pers dat geneesmiddelentekorten in Europa een recordniveau bereiken. Dat wordt toegeschreven aan een gebrek aan coördinatie en strategie op Europees niveau, maar tegelijk ook aan de blijvende afhankelijkheid van import uit derde landen zoals China en India.

Tijdens de coronacrisis klonk nochtans luid en duidelijk de belofte dat Europa lessen zou trekken en meer farmaceutische autonomie zou nastreven. Men zou investeren in eigen productiecapaciteit en zo vermijden dat we nog langer gegijzeld worden door kwetsbare toeleveringsketens of geopolitieke

chantage. Vandaag moeten we echter vaststellen dat er van die voornemens bitter weinig is gerealiseerd.

Welke stappen zet België concreet, zowel op nationaal vlak als binnen Europees overleg, om de bevoorradingszekerheid van essentiële geneesmiddelen te garanderen?

Kunt u bevestigen dat er een operationeel plan komt met duidelijke deadlines, afspraken en desnoods sancties voor wie nalatig blijft?

Hoe zult u ervoor zorgen dat de lessen van de coronacrisis, namelijk het belang van strategische autonomie en minder afhankelijkheid van dubieuze regimes, eindelijk wel worden omgezet in actie?

12.02 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, les pénuries de médicaments atteignent un niveau préoccupant en Belgique: près de 650 produits sont aujourd'hui en rupture de stock, ce qui place notre pays parmi les plus sévèrement touchés en Europe. Des traitements de première nécessité sont concernés – antidouleurs, anti-inflammatoires, produits contre l'asthme –, compliquant la vie quotidienne de milliers de patients.

Un récent rapport de la Cour des comptes européenne pointe la persistance de failles structurelles dans la réponse des États membres et de l'Union européenne. L'audit rappelle que, si une liste de médicaments critiques a été établie fin 2023, les mesures pour garantir leur disponibilité demeurent insuffisantes. La dépendance croissante vis-à-vis de la production en Asie, la logique de flux tendu adoptée par l'industrie, le contingentement économique et l'absence de coordination européenne en matière de stocks sont identifiés comme causes majeures.

Vous avez rappelé dernièrement que l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) développe un *Stock Monitoring Tool*, que l'arrêté royal "transparence" impose déjà des obligations spécifiques aux grossistes répartiteurs et qu'un cadre plus strict pour l'obligation de service public – accompagné de sanctions – sera mis en place afin de responsabiliser l'industrie pharmaceutique. Vous avez également mentionné l'importance du projet européen, même si les moyens financiers prévus restent insuffisants.

Quelles conclusions tirez-vous de ce rapport de la Cour des comptes européenne?

À quelle échéance le cadre belge renforçant l'obligation de livraison et les sanctions à l'égard des acteurs de la chaîne du médicament sera-t-il finalisé et appliqué?

Comment comptez-vous associer la Belgique, de manière proactive, aux initiatives européennes afin de réduire notre dépendance aux importations hors Union européenne?

Quelles mesures spécifiques envisagez-vous pour protéger en priorité l'accès aux médicaments critiques pour les patients belges, notamment face au contingentement économique pratiqué par une partie de l'industrie pharmaceutique?

12.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Mesdames, je suis un peu gêné, et même fort gêné, parce que je n'ai pas de préparation en réponse à vos questions. Je n'ai pas, pour une raison que je ne comprends pas, vos questions chez moi, donc je n'ai pas de réponse. À vrai dire, la référence au rapport de la Cour des comptes européenne est extrêmement importante. C'est un rapport important qui a été débattu lors de la dernière réunion de la formation "santé" du Conseil. Il y a toute une série de recommandations que nous partageons. Hélas, je peine toutefois à donner une réponse précise, parce que je n'ai pas la préparation écrite.

Ik zal daarom eerst even ingaan op de drie vragen van mevrouw Sneppe, waarvan ik de voorbereiding wel voor mij heb liggen.

Welke stappen zetten we concreet? Tijdens het Belgische voorzitterschap van de Europese Unie is onder meer een solidariteitsmechanisme opgezet waardoor landen geneesmiddelen kunnen uitwisselen. We hebben ook een lijst van kritieke geneesmiddelen kunnen laten opstellen, waarvan de kwetsbaarheden in kaart worden gebracht. Daarnaast is er een Critical Medicines Act in voorbereiding. Dat is een wetgevend kader dat een batterij aan maatregelen mogelijk moet maken, waaronder

initiatieven om minder afhankelijk te worden van landen als China. Verder komt er nieuwe Europese geneesmiddelenwetgeving, die het voor de firma's verplicht zal maken om *shortage prevention plans* aan te houden.

Momenteel werken we aan de afronding van een stockmonitoring tool. Die zal toelaten om voorraden beter op te volgen en indien nodig te verschuiven. Samen met de FOD Economie is er ook gewerkt aan een nieuw kader voor prijsstijgingen van geneesmiddelen die een risico lopen op kritieke onbeschikbaarheid. Dat kader maakt het mogelijk om een hogere prijsstijging toe te kennen dan gewoonlijk. Als er toch een onbeschikbaarheid optreedt, is er een kader voor de invoer van geneesmiddelen uit het buitenland, dat solidair wordt gefinancierd door de industrie.

Ten tweede is het bestrijden van geneesmiddelentekorten een van de grote werven van het strategisch plan van het FAGG. Het agentschap heeft daarvoor een operationeel plan uitgewerkt dat jaarlijks wordt geactualiseerd en voorziet in een continue monitoring van de geneesmiddelenmarkt, onder meer via inspecties, samenwerking met andere federale diensten en het gebruik van tools zoals de stockmonitoring tool.

Het FAGG kan optreden tegen actoren die hun wettelijke verplichtingen tot marktbevoorrading niet nakomen. Het regeerakkoord voorziet ook dat de sancties met betrekking tot de openbare dienstverplichtingen verder zullen worden aangescherpt.

Ten derde, België kan niet op eigen houtje zorgen voor strategische autonomie. Dit vraagt om een Europese aanpak en een samenwerking tussen de lidstaten. Precies daarom heb ik in het verleden voorgesteld om een Critical Medicines Act op te stellen, waarover op dit ogenblik wordt onderhandeld in de Europese lidstaten en het Europees Parlement.

Voici quelques éléments plus précis sur le rapport de la Cour des comptes européenne. Nous souscrivons aux conclusions de ce rapport et nous soutenons également la majorité des recommandations qu'il contient. Il importe de noter que la mise en œuvre de la législation pharmaceutique révisée et du Critical Medicines Act permettra de résoudre la plupart des problèmes dans les années à venir.

Le rapport de la Cour des comptes européenne confirme que l'Union et ses États membres sont toujours confrontés à des lacunes dans leur approche de pénurie de médicaments. Dans ce contexte, je tiens à souligner quelques conclusions importantes du rapport et les initiatives belges qui y répondent.

Avec PharmaStatut, la Belgique dispose d'un outil efficace pour signaler et communiquer les ruptures de stocks. Chaque notification est évaluée par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, ce qui permet de recenser rapidement et systématiquement les pénuries critiques. Comme l'indique le rapport – notamment la figure 8 –, la Belgique est en tête en matière d'informations correctes de l'Agence européenne des médicaments sur les pénuries critiques. La recommandation de la Cour des comptes visant à améliorer la communication sur les autres solutions possibles est mise en œuvre concrètement en Belgique par le biais de PharmaStatut et PharmaInfo. À l'avenir, des efforts seront déployés pour proposer des solutions alternatives de manière encore plus transparente.

La Cour des comptes souligne également les risques liés aux obligations nationales de stockage. La Belgique n'a pas d'obligation nationale, mais soupçonne avoir déjà été victime des obligations de stockage imposées par les autres États membres. La Belgique soutient la nécessité d'une approche européenne coordonnée dans ce domaine.

En outre, la politique actuelle en matière de marché public est trop axée sur les prix, de sorte que la production à bas coût en Asie est souvent privilégiée. La Belgique a soulevé cette question dans une note libre (*non-paper*) document informel en 2023, qui a conduit à la création de la Critical Medicines Alliance et la proposition du Critical Medicines Act. Par ailleurs, la distribution parallèle et les restrictions à l'exportation entraînent des perturbations du marché. La Belgique a prévu une réglementation nationale en matière de restrictions à l'exportation, qui n'est appliquée qu'aux pénuries les plus critiques et est correctement notifiée à la Commission européenne.

Madame Dedonder, votre deuxième question fait l'objet de discussions approfondies. Il est important

d'examiner la manière de garantir l'obligation de livraison en concertation avec le secteur.

Troisièmement, au niveau européen, les efforts sont déployés pour prévenir les pénuries et remédier aux vulnérabilités dans la chaîne d'approvisionnement des médicaments. L'AFMPS participe activement aux discussions et aux projets pilotes des Shortage Prevention Plans et des Shortage Mitigation Plans, à l'élaboration et à la mise à jour de l'Union list of critical medicines, à l'élaboration d'une méthodologie pour déterminer la vulnérabilité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et au développement de la European Shortages Monitoring Platform.

En outre, l'AFMPS a joué un rôle de premier plan dans la Critical Medicines Alliance qui a abouti au Critical Medicines Act, une proposition législative visant à améliorer l'approvisionnement en médicaments critiques et vulnérables et à renforcer l'autonomie stratégique de l'Europe dans ce domaine. Les initiatives susmentionnées sont également liées au Critical Medicines Act et font toutes l'objet d'un suivi actif au sein de l'Agence.

Quatrièmement, la distribution des médicaments est actuellement un processus particulièrement complexe en raison de la pluralité des acteurs. D'une part, le cadre juridique actuel impose des responsabilités aux titulaires d'autorisation de mise sur le marché, aux grossistes, aux grossistes répartiteurs et aux pharmaciens. D'autre part, nous constatons que des pratiques économiques telles que le contingentement et l'absence d'un cadre juridique suffisamment spécifique rendent difficile, dans la pratique, l'application de l'obligation de livraison.

Pour cette raison, l'AFMPS examine, en concertation avec toutes les parties concernées, une proposition visant à renforcer le cadre juridique relatif au service public et à l'obligation de livraison. Les titulaires d'une autorisation de distribution sont tenus de maintenir un stock suffisant pour garantir un approvisionnement continu aux patients. Ils doivent être en mesure de livrer les commandes des grossistes répartiteurs et des pharmacies dans un délai de trois jours ouvrables.

Les grossistes répartiteurs doivent, quant à eux, prévoir des stocks minimaux et assurer la livraison urgente dans les 24 heures. Le respect de l'obligation de livraison envers les grossistes répartiteurs est essentiel. Dans la pratique, l'obligation de livraison est actuellement difficile à faire respecter car le cadre juridique ne fait pas clairement la distinction entre les livraisons dans le cadre du service public et les autres activités des grossistes répartiteurs.

Étant donné qu'ils ne sont pas tenus d'indiquer la finalité des médicaments lors de leurs commandes, par exemple les livraisons à des pharmacies ou d'autres grossistes sans garantie qu'ils soient destinés au marché belge, il est alors difficile pour l'AFMPS de contrôler le respect de l'obligation de livraison. C'est pourquoi l'AFMPS souhaite mettre en place un cadre juridique plus clair, qui oblige les grossistes répartiteurs à indiquer explicitement les commandes dans le cadre du service public, afin de permettre des contrôles ciblés et de garantir le respect effectif de l'obligation de livraison.

12.04 **Dominiek Snelpe** (VB): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister.

Een lijst van 300 kritieke geneesmiddelen is natuurlijk niet niks. Het zijn vooral ook geneesmiddelen die patiënten dagelijks of wekelijks nodig hebben om hun levenskwaliteit op peil te houden.

Ik hoor u in uw planning veel spreken in de toekomstige tijd – we zullen dit en we zullen dat – maar ook hier heb ik geen concrete timing gehoord. Een land dat geen controle heeft over zijn geneesmiddelenketen, heeft eigenlijk ook geen strategische autonomie. In deze tijd van geopolitieke strubbelingen is dat heel zorgwekkend.

Het is eigenlijk meer dan vijf voor twaalf om de lessen die we uit de covidcrisis zouden moeten hebben geleerd, in de praktijk te brengen, zowel op nationaal als op Europees vlak. U verwijst graag naar Europa, maar helaas merken we dat Europa vaak de boel vertraagt en soms ook een deel van het probleem vormt. We kunnen niet op eigen houtje handelen, zegt u, maar landen als Frankrijk, Duitsland en Italië voeren bilaterale gesprekken en treffen maatregelen. Waarom zou België dat dan ook niet kunnen?

Ik hoop oprecht, mijnheer de minister, dat u de ernst van de tekorten inziet en in de timing een tandje bijsteekt, zodat de lange lijst van kritieke geneesmiddelen op zijn minst kan worden ingeperkt. Voor een

ontwikkeld land als België zou die eigenlijk zelfs niet mogen bestaan.

Dank u.

12.05 **Ludivine Dedonder** (PS): Merci monsieur le ministre pour vos réponses.

Je vous encourage à continuer sur cette voie. Je dirai la même chose que ce que je répète depuis plusieurs années – et plus encore maintenant – dans le domaine de la Défense: il est fondamental d'avoir une autonomie stratégique européenne, tant au niveau de la Défense que dans les secteurs de la santé, de l'énergie, ou d'autres.

Aujourd'hui et plus que jamais, nous avons besoin de limiter au maximum nos dépendances dans tous ces domaines et, évidemment, particulièrement en matière de santé, parce qu'elles peuvent faire l'objet de mauvaises intentions de la part d'ennemis potentiels.

Je vous encourage donc à continuer dans cette direction, à concentrer vos efforts pour nous permettre de limiter ces dépendances et de faire en sorte que la population dispose en temps voulu des médicaments dont elle a besoin pour se soigner.

Vous avez parlé des difficultés de contrôle pour l'obligation de livraison, et je pense que les pistes que vous évoquez sont intéressantes. Il faut poursuivre en ce sens.

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

13 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De beveiliging van medische gegevens" (56008037C)**

13 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sécurisation des données médicales" (56008037C)**

13.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, tijdens een congres aan de Universiteit Antwerpen in september 2025 werd de aandacht gevestigd op de verplichting om wachtwoorden van minstens 12 tekens te gebruiken bij de toegang tot medische gegevens. Die regel vloeit voort uit een recente beslissing van de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) en een nota van het Informatieveiligheidscomité.

In een beslissing van 17 december 2024 heeft de geschillencommissie van de GBA wachtwoorden van zes tot acht tekens in een medische context als zwak bestempeld en gewezen op de de facto norm van minstens 12 tekens. Bovendien werden aanvullende maatregelen aanbevolen, zoals tweefactorauthenticatie, beperking van het aantal inlogpogingen, nauwkeurig toegangsbeheer en tracerbaarheid van raadplegingen. Ook nationale aanbevelingen, zoals via Safeonweb, volgen die logica.

Ik heb daarover een aantal vragen voor u, want ik twijfel eraan of die norm overal wordt toegepast. Hoe zal de federale overheid erop toezien dat die nieuwe norm van minstens 12 tekens daadwerkelijk wordt toegepast in instellingen die medische gegevens verwerken of beheren?

Hoe zal dat worden geïmplementeerd? Komt er een uniform kader of wordt het volledig overgelaten aan de zorginstellingen zelf?

Ten slotte, wordt er gewerkt aan een gefaseerde invoering van extra veiligheidsmaatregelen, zoals die tweefactorauthenticatie en het verfijnen van toegangsrechten, zodat zorginstellingen zich daarop kunnen voorbereiden?

13.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de ziekenhuissector heeft geprofiteerd van een budgettaire inspanning van de overheid om de cyberbeveiliging te versterken. Voor de periode 2022-2023 werd een budget van 20 miljoen euro vrijgemaakt, en vanaf 2023 is er jaarlijks 15 miljoen euro uitgetrokken om het cyberprogramma te ondersteunen. Dat programma heeft tot doel verdere verlamming te voorkomen door ervoor te zorgen dat instellingen een evenwichtig niveau van cybermaturiteit bereiken.

Naarmate de ziekenhuizen steeds meer met elkaar verbonden raken, hangt de veiligheid van de instellingen af van de zwakste schakel. Het is daarom van essentieel belang om zowel de minst geavanceerde instellingen als de instellingen die al een goed niveau van volwassenheid op het gebied van cyberbeveiliging hebben te ondersteunen. De prioriteiten die in samenwerking met de sector zijn vastgesteld, hebben betrekking op een CSIRT (Computer Security Incident Response Team), *cybersecurity awareness* en *information systems penetration testing*.

Het doel is de basis te leggen voor een continue en collectieve verbetering van de veerkracht en de veiligheid van de sector, alsook de data die ze beheren. Concreet moeten de Belgische ziekenhuizen tegen april 2026 en 2027 voldoen aan de vereisten van de NIS2-wet. Wachtwoordbeheer vormt een essentieel onderdeel van de beveiliging van informatiesystemen en maakt deel uit van de nalegingsvereisten die deze wet oplegt.

De middelen die de overheid aan de sector heeft toegekend, in combinatie met deze nalegingsverplichting, zullen de ziekenhuissector aanmoedigen om dit aspect te versterken.

13.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister.

U had het over de ziekenhuissector. U gaf terecht aan dat de veiligheid afhankelijk is van de zwakste schakel in het netwerk. De ziekenhuizen zijn inderdaad steeds meer met elkaar verbonden, wat natuurlijk een goede zaak is voor de uitwisseling van gegevens. De ziekenhuizen zijn echter niet alleen onderling verbonden, ze zijn ook verbonden met ambulante praktijken. Ik vraag me dus af of daar niet mogelijk een probleem rijst. Ik meen dat men in de ambulante sector nog niet zo ver is, afgaand op mijn eigen praktijk en de praktijken van collega's. Ik weet niet of men daar geïnformeerd is dat het van belang is om een wachtwoord veilig genoeg te maken.

Dat lijkt misschien een detail, maar dat is het echt niet. Ik meen dat medische gegevens in de geopolitieke context die we vandaag kennen, met toch een heel onrustige sfeer, mogelijk een doelwit zijn. Ik ben voorstander van digitalisering, maar ze maakt ons als bevolking echt wel kwetsbaar. Ik vraag me af of er niet toch een bredere campagne moet komen, ook richting de ambulante sector, om die te informeren en te sensibiliseren over het belang van cyberveiligheid.

Op zich is het iets vrij eenvoudigs, om dat wachtwoord sterker en veiliger te maken. Ik wil u vragen om er toch eens over na te denken of er een algemene campagne kan komen voor de volledige zorgsector.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De oplopende wachttijden bij de Praktijk aan de Stroom" (56008054C)

14 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les délais d'attente en hausse à la Praktijk aan de Stroom" (56008054C)

14.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik kom even terug op een antwoord op een schriftelijke vraag van mijn en uw ondertussen ex-collega Petra De Sutter over mogelijke oorzaken van en oplossingen voor het huisartsentekort. In dat antwoord somt u een aantal initiatieven op, maar uit de berichtgeving van de voorbije zomer blijkt dat een van de initiatieven, namelijk de Praktijk Aan de Stroom, niet voldoet aan de zorgnood en dat de wachttijden daar vandaag al oplopen tot enkele weken.

We moeten dus vaststellen dat het tekort aan huisartsen steeds nijpender wordt en dat er steeds meer nood is aan nog creatievere oplossingen om aan de zorgbehoeften te voldoen. Om tot zulke oplossingen te komen, is het naast de nodige creativiteit ook zaak om een beter beeld te krijgen van de problematiek alsook van mogelijke best practices waaruit we kunnen leren.

In uw antwoord op de vraag van mevrouw De Sutter ontbreekt echter dat laatste. U gaat niet in op onze vraag over de geografische spreiding van patiëntenstops en evenmin op onze vragen over de opvang

van Oekraïense vluchtelingen. Daarom probeer ook ik eens u antwoorden te ontlokken.

Het feit dat er verschillende definities van patiëntenstops bestaan, mag ons er niet van weerhouden om het probleem aan te pakken. In uw antwoord somde u alvast drie verschillende operationalisering van patiëntenstops op.

Kunt u voor elk van die operationalisering het aantal huisartsenpraktijken mededelen voor de stad Antwerpen?

In Antwerpen was er één triagepost voor de opvang van Oekraïense vluchtelingen. Kunt u ons cijfers bezorgen van het aantal patiënten dat die post ontvangen heeft en een inschatting geven van de vermindering van de werkdruk voor de huisartsen die de triagepost teweegbracht?

Ten slotte, u stelt in uw beleidsverklaring dat u in overleg met huisartsenkringen lokale oplossingen wilt zoeken voor het huisartsentekort, wat u ook herhaalde in uw antwoord. Over welke initiatieven spreekt u concreet? Welke initiatieven brengt u zelf ter sprake? Is heel concreet het concept *nurse-led health hubs* iets waarover wordt nagedacht?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, ten eerste, we hebben geen exacte gegevens zoals u die vraagt. Er vindt wel overleg plaats tussen het RIZIV en de huisartsenkringen om tot juistere gegevens te komen.

Ten tweede, in totaal werden 4.567 patiënten behandeld door het Zorgpunt Oekraïne in Antwerpen. De overeenkomst had een looptijd van 21 maanden, ging in op 1 april 2022 en liep af op 31 december 2023. De uitgaven van het centrum bedroegen 389.740 euro.

Ten derde, we plannen in 2026 overleg met de huisartsenorganisaties over die kwestie. We luisteren dus naar de sector. We vinden het belangrijk dat goede praktijken gedeeld worden.

Ondertussen is het in het algemeen belangrijk dat de huisartsgeneeskunde sterker wordt en beter ondersteund wordt. Dat gaat bijvoorbeeld over de tegemoetkoming die we hebben ingevoerd voor het aanwerven van personeel, er is nog ruimte om dat te benutten. We hebben het mogelijk gemaakt dat klinisch psychologen en orthopedagogen in huisartsenpraktijken het werk van de huisarts ondersteunen, ook daar is er nog ruimte voor huisartsenpraktijken om daarvan gebruik te maken. Verder investeren we ook middelen in een goede organisatie van de wachtdienst. Een tijdje geleden hebben we ook een heel nieuw model ter beschikking gesteld voor financiering en organisatie, de New Deal, waarmee op verschillende van de door u geschetste problemen een antwoord kan worden gegeven.

14.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

15 **Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevolgen van de verplichte derde-betalersregel in de tandzorg en andere vormen van zorgselectie" (56008059C)**

15 **Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de l'obligation du tiers payant dans les soins dentaires et d'autres sélections de soins" (56008059C)**

15.01 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, sinds 1 januari 2025 is het verboden ereloonsupplementen aan te rekenen aan patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering bij het uitvoeren van een aantal terugbetaalde prestaties, zowel in de medische als in de tandheelkundige zorg. Op 1 januari 2026 wordt die lijst nog uitgebreid.

Nog voor het ingaan van deze maatregel, die de toegang tot zorg moet verbeteren voor kwetsbare doelgroepen, maakten verschillende media melding van tandartsen die patiënten met verhoogde tegemoetkoming weigerden omwille van de verplichte toepassing van de conventietarieven voor die doelgroep. We kennen de gebruikelijke bezwaren van de tandartsen over dure materialen en tarieven

die de kosten niet dekken, maar we weten evenzeer dat dergelijke praktijken bijzonder 'ondeontologisch' zijn en zelfs illegaal.

Op 3 april 2025 maakte de CM bekend al 45 klachten te hebben ontvangen, waarvan de meeste betrekking hadden op tandartsen die patiënten met verhoogde tegemoetkoming geweigerd hadden. De CM voegde daar meteen aan toe dat het klacht indienende bij de Federale Toezichtcommissie.

Daarnaast vernemen we dat tandartsen geregeld jonge kinderen weigeren met de boodschap dat het nog niet nodig is om naar de tandarts te komen, terwijl wetenschappelijk aangetoond is dat preventieve tandzorg vanaf 2 jaar nodig is. Ook patiënten die geen toegang hebben tot de verplichte ziekteverzekering en voor wie zorgverstrekkers hun prestaties moeten factureren aan een OCMW en Fedasil worden in een aantal gevallen geweigerd.

Ik heb de volgende vragen.

Kunt u bevestigen dat er een klacht werd ingediend over de weigering van patiënten met verhoogde tegemoetkoming? Indien ja, kunt u meedelen in welk stadium de behandeling van die klacht zich bevindt?

Hebt u intussen via andere kanalen weet van weigering van patiënten? Om hoeveel patiënten en om welke zorgverstrekkers zou het dan gaan? Zijn er ook andere redenen waarom artsen en tandartsen patiënten weigeren, bijvoorbeeld omdat ze hun prestaties moeten factureren aan een OCMW of Fedasil of omdat het om jonge kinderen gaat? Welke maatregelen hebt u genomen of zult u op korte termijn nemen als u nog niets ondernomen hebt om dergelijke praktijken een halt toe te roepen?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan bevestigen dat de Federale Toezichtcommissie verschillende meldingen heeft ontvangen van gezondheidszorgbeoefenaars die patiënten met een verhoogde tegemoetkoming weigeren. Ook de federale Ombudsman ontving hieromtrent enkele klachten. De kwaliteitswet voorziet dat de zorgverstrekker de continuïteit van zorg moet waarborgen. De Toezichtcommissie zal nagaan of dat gegarandeerd werd.

Wanneer het weigeren van nieuwe patiënten betreft, situeert de problematiek zich in het domein van discriminatie. Artikel 5 van de wet op de patiëntenrechten bevat de notie dat een patiënt recht heeft op kwaliteitsvolle zorg, zonder enig onderscheid op welke grond dan ook.

Ik onderzoek ook samen met de FOD hoe we de Toezichtcommissie bevoegd kunnen maken voor de patiëntenrechten. Ook de algemene discriminatiewetgeving kan hier van toepassing zijn. De Toezichtcommissie geeft aan dat ze mensen heeft verwezen naar Unia en ook de Christelijke Mutualiteiten hebben een klacht ingediend bij Unia. Daarnaast betreft dit eveneens een probleem van deontologie. Voor artsen kan ook de Orde der artsen optreden.

Op uw tweede vraag kan ik het volgende antwoorden. Ook het RIZIV heeft enkele vragen ontvangen van burgers die melding maken van een weigering door een tandarts, omdat een patiënt een verhoogde tegemoetkoming geniet. Het RIZIV beschikt niet over cijfers over het aantal gevallen, noch over berichten waarin andere redenen tot uiting komen voor zorgselectie door tandartsen.

Ten derde, het NIC en de VI's voeren een monitoring uit van de ereloonsupplementen die ze meegedeeld krijgen voor prestaties van tandartsen waarvoor een verbod bestaat op aanrekening van dergelijke supplementen.

Ik zal samen met het RIZIV en de VI's onderzoeken welke passende maatregelen kunnen worden getroffen. Daarnaast zal ik, zoals zonet vermeld, met de FOD bekijken wanneer en op welke wijze een uitbreiding van de bevoegdheid van de Toezichtcommissie naar de wet op de patiëntenrechten hier zinvol kan zijn.

Naast het antwoord op uw specifieke vragen, wil ik toch ook stilstaan bij het feit dat de tweede fase, met uitbreiding naar alle verstrekkingen van het supplementenverbod, pas ingaat op 1 juli 2026 voor de tandartsen. Vandaag geldt het verbod op het aanrekenen van supplementen enkel voor de verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur, die sinds 2022 geherwaardeerd zijn, en voor alle preventieve verstrekkingen. De site van het RIZIV geeft hier een duidelijk overzicht.

Vandaag al patiënten weigeren, roept bij mij, en ik veronderstel ook bij u, vragen op over de ernst van het argument en het soort deontologie, of het gebrek daaraan, dat hier getoond wordt. Bovendien beschikt men binnen de sector van de tandarts, de Dentomut, over de mogelijkheid om bepaalde maximumtarieven te voorzien. Dat biedt een zekere flexibiliteit om een verhoogd tarief te voorzien.

Het verslag aan de Koning bij het betrokken koninklijke besluit was ook zeer duidelijk. Daarin staat dat de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen tijdens het Nationaal Akkoord 2024-2025 moet werken aan een hervorming van de nomenclatuur, die tot doel heeft correcte tarieven vast te leggen voor alle verstrekkingen, in het bijzonder voor verstrekkingen die materialen en technieken omvatten, voor verstrekkingen die bijzondere bekwaamheid van de verstrekker behoeven en voor patiënten met bijzondere noden, opdat die tarieven toepasbaar zouden zijn zonder supplementen voor de rechthebbenden van de verhoogde tegemoetkoming.

Met andere woorden, een belangrijke rol is weggelegd voor de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen om correcte tarieven te waarborgen die toelaten iedereen te behandelen zonder supplementen. De commissie beschikt daarvoor ook, onder meer via die flexibele maximumtarieven, over de nodige instrumenten.

15.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik heb ook een aantal zaken bijgeleerd.

Ik ben blij dat wij de algehele doelstelling delen en dat u ook heel duidelijk zegt dat het weigeren van patiënten op basis van de door mij genoemde criteria discriminatie is en dat we daartegen moeten optreden. Ik kijk ernaar uit hoe u dat verder zult operationaliseren. Het versterken van de Toezichtcommissie kan daar mogelijk aan tegemoetkomen.

Ik ben een beetje bevreesd wanneer u zegt dat de aanpassing van de nomenclatuur ervoor moet zorgen dat al die tarieven kostendekkend zijn. Dat is op zich terecht, denk ik, vanuit een breder perspectief. Dat zou er echter ook toe kunnen leiden dat de tarieven stijgen, als men u zegt dat die niet toereikend zijn. Daaraan moeten we aandacht besteden, maar ik ben ervan overtuigd dat u dat goed zult aanpakken.

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

16 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bescherming van zorgverleners tegen onjuiste online recensies" (56008093C)

16 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La protection des prestataires de soins contre les évaluations inexactes en ligne" (56008093C)

16.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, op 22 mei 2025 heeft het hof van beroep van Chambéry in Frankrijk voor het eerst de verwijdering van een Google My Business-profiel van een zorgverlener bevolen, op grond van de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Het betrof een tandarts van wie zonder toestemming een profiel werd aangemaakt, waarop persoonlijke gegevens en beoordelingen verschenen. De rechtbank oordeelde dat die gegevens onder de AVG vallen en dat de rechtsgrond van gerechtvaardigd belang, die door Google werd aangevoerd, onvoldoende onderbouwd was.

Deze uitspraak is ook voor België bijzonder relevant, want ook bij ons worden artsen en andere zorgverleners regelmatig geconfronteerd met onlineprofielen en -recensies die zonder toestemming worden aangemaakt. Hierop kunnen zij bovendien niet vrij reageren omwille van de beroepsethiek. Het onevenwicht is dus groot. Patiënten kunnen anonieme of niet-verifieerbare negatieve recensies plaatsen, terwijl zorgverleners zich amper kunnen verdedigen.

Mijnheer de minister, acht u het mogelijk dat dit precedent ook in België toepasbaar kan zijn? Wordt in ons land al werk gemaakt van een juridische analyse van dergelijke gevallen, waarbij zorgverleners zich beroepen op artikel 17 van de AVG, het recht op verwijdering? Welke mogelijkheden bestaan er

voor Belgische zorgverleners die zich benadeeld voelen door onrechtmatige of anonieme recensies, die zij wegens beroepsethische regels niet kunnen tegenspreken? Ziet u ruimte voor bijkomende initiatieven, bijvoorbeeld via overleg met de Gegevensbeschermingsautoriteit, om zorgverleners beter te beschermen tegen onevenwichtige of lasterlijke beoordelingen op digitale platformen?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dank u wel voor het delen van deze interessante casus, die zeker ook precedentwaarde voor België heeft, vermits de Algemene Verordening Gegevensbescherming een directe werking heeft in elke Europese lidstaat.

Zoals u weet, is de Gegevensbeschermingsautoriteit het onafhankelijk orgaan dat in België toezicht houdt op de naleving van de beginselen van de AVG. Ik heb er geen weet van of de GBA specifieke klachten van zorgverleners heeft ontvangen, maar dit is wel het orgaan waar zorgverleners met eventuele klachten terecht kunnen.

De GBA beschikt over onderzoeksbevoegdheden en kan, indien opportuun, voorlopige maatregelen opleggen. Bovendien beschikt de GBA over een geschillenkamer die maatregelen kan opleggen die via dwangsommen afdwingbaar kunnen worden gemaakt

Uw vraag over een juridische analyse kunt u het best voorleggen aan de GBA, het orgaan dat zowel de bevoegdheid als de expertise heeft om inbreuken tegen de AVG vast te stellen.

16.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, u gaf een kort maar waardevol antwoord. Veel zorgverleners weten immers gewoon niet tot wie ze zich moeten richten. Ik zal dit zeker verder delen. Ik zal ook de Gegevensbeschermingsautoriteit contacteren en een aantal vragen stellen. Ik dank u om dit mee te delen aan ons, zodat we het verder kunnen verspreiden.

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

17 **Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Manieren waarop ziekenhuizen en artsen Israëlische producten zouden kunnen boycotten" (56008096C)**

17 **Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La recherche par les hôpitaux et médecins d'un moyen de boycotter les produits israéliens" (56008096C)**

17.01 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik heb deze vraag al een tijdje geleden ingediend en ook al is er sindsdien op het terrein heel wat veranderd, ik kom graag even terug op de discussie welke initiatieven de regeringen kunnen nemen gelet op de genocide in Gaza die toen aan de gang was. Die discussie kwam in veel parlementen aan de orde.

Uw collega in de Vlaamse regering, Caroline Gennez, riep bijvoorbeeld op tot een culturele boycot. Ook actoren in de Belgische zorgsector willen nog altijd actie ondernemen en roepen op om niet medeplichtig te zijn. Zo onderzoekt het Vlaamse zorgnetwerk Zorgnet-Icuro of het een ethisch kader kan opstellen over de aankoop van Israëlische producten. Het richt tot de overheid de vraag om mee het kader te bepalen door bepaalde eisen juridisch of via rondzendbrieven te verankeren, of door een clausule op te nemen die Israëlische bedrijven uitsluit die actief zijn in de bezette gebieden of die betrokken zijn bij mensenrechtenschendingen. Voor Russische bedrijven bestaan zulke Europese regels al.

Gelooft u in de kracht van boycotts, zoals uw Vlaamse collega, mevrouw Gennez, dat doet?

Zo ja, bent u bereid binnen uw bevoegdheden met voorstellen hiervoor te komen? U zou bijvoorbeeld de sector kunnen helpen bij het uitwerken van een robuust ethisch kader dat Israëlische bedrijven kan uitsluiten die actief zijn in bezette gebieden of die betrokken zijn bij mensenrechtenschendingen.

Zo ja, hoe ziet u dat toepasbaar op contracten met bepaalde Israëlische producenten, specifiek dan Teva?

Heeft België initiatief genomen op Europees vlak om zo'n boycot ook Europees mogelijk te maken?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat onze houding ten opzichte van het bedrijf Teva betreft, we hebben onderzocht of het mogelijk en wenselijk is om tegen dat bedrijf een boycot in te stellen. Er zijn verschillende redenen waarom dat niet aan de orde is. Een eerste belangrijke reden is dat het sanctioneren van toegang tot medicatie, vaccins en voeding expliciet verboden is door de Verenigde Naties met als onderliggende redenering dat in een conflict de volksgezondheid te allen tijde moet worden beschermd. Daarom worden ook in de sancties tegen Rusland medicijnen expliciet niet getroffen.

Een tweede reden sluit daarop aan. Een eventuele boycot van Teva zou veel patiënten in België in de problemen brengen, aangezien het bedrijf een belangrijke leverancier is van onder andere kankermedicatie voor kinderen, medicatie voor pijnpatiënten en anti-epileptica. Voor veel van die medicijnen is geen alternatieve leverancier beschikbaar die de benodigde volumes voor de Belgische markt kan leveren. Er zou dus een ernstig risico ontstaan dat patiënten zonder levensnoodzakelijke medicijnen komen te zitten.

Daarnaast spelen enkele juridische overwegingen mee. De Belgische markt importeert bijna geen medicatie uit Israël. Volgens informatie van het bedrijf zelf gaat het om minder dan één procent. Uit onderzoek blijkt bovendien dat Teva niet gelinkt kan worden aan mensenrechtenschendingen. Het bedrijf staat niet op de VN-zwarte lijst van bedrijven die deelnemen aan de illegale bezetting en wordt ook niet genoemd in het rapport van Francesca Albanese, de speciale VN-rapporteur voor Palestina. Dat maakt het juridisch bijzonder moeilijk om medicijnen van Teva van de markt te weren. De minister van Volksgezondheid mag volgens Europese en Belgische wetgeving trouwens alleen vergunningen van medicijnen intrekken als er een gevaar is voor de volksgezondheid, niet om andere redenen. Om al die redenen is volgens ons een boycot van Teva geen gepaste actie.

Het akkoord van de ministerraad van 12 september, volgend op het besluit van het kernkabinet van 2 september, stelt een reeks maatregelen voor om de tweestatenoplossing concreet te maken en de druk op de Israëlische regering en enkele terroristische organisaties zoals Hamas te vergroten. Zo worden economische maatregelen tegen Israël genomen, waaronder een importban voor producten uit de bezette gebieden. Verder pleit België in de EU voor een opschorting van het handelsluit van het associatieverdrag met Israël. Artikel 11 van de beslissing stelt bovendien dat de federale regering een bredere analyse zal maken van alle overheidsaankopen die momenteel in Israël worden gedaan, met het oog op de versterking van de algemene Belgische en Europese strategische autonomie.

Ten slotte heb ik aan Sciensano gevraagd om bestaande internationale samenwerkingen met Israëlische instellingen binnen grote Europese consortia via het Horizonprogramma te problematiseren en bij de raden van bestuur van die consortia te pleiten voor een uitsluiting van Israëlische deelname aan die Europese onderzoeksconsortia, in afwachting van een Europese beslissing rond Horizon.

Ik verwelkom uiteraard het huidige staakt-het-vuren in Gaza, maar wil erop wijzen dat de maatregelen van de regering onverkort gehandhaafd blijven, totdat alle parameters voor een duurzame vrede en respect voor het internationale recht zijn vervuld.

17.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Dank u wel voor het antwoord.

Uiteraard mogen we de volksgezondheid niet in gevaar brengen. U gaat er in uw antwoord niet op in, maar ik stel vast dat verschillende instellingen in België zoals Zorgnet-Icuro zich daarover buigen. Het zou niet slecht zijn dat ook te coördineren vanuit het federale niveau. Er zijn vandaag al zorginstellingen die, bijvoorbeeld, Teva volledig weren. Mevrouw Merckx kan daar misschien van getuigen, maar als ik goed geïnformeerd ben, weert Geneeskunde voor het Volk Teva al. Uit uw antwoord zou men kunnen afleiden dat dat een gevaar voor de volksgezondheid is, omdat hierdoor bepaalde medicatie die alleen Teva levert, niet beschikbaar is. Ik denk dus dat het nuttig is dat er federale coördinatie komt vanuit uw kabinet.

17.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil heel duidelijk zijn. Ik heb hier in commissie al onderstreept dat een individuele arts kan kiezen tussen alternatieve medicijnen met dezelfde therapeutische waarde en betekenis. Er is niets verkeerd aan dat de arts keuzes tussen verschillende vormen van medicatie maakt, zolang de kwaliteit van de zorg voor de patiënt de eerste prioriteit heeft. Het is echter een heel ander verhaal wanneer de overheid beslist een bepaald farmaceutisch bedrijf te boycotten.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

18 Question de **Sofie Merckx** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du ticket modérateur chez le médecin généraliste" (56008080C)

18 Vraag van **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verhoging van het remgeld bij de huisarts" (56008080C)

18.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, vous le savez, en Belgique, les patients doivent assumer déjà une grande partie des coûts des soins de leur poche. En moyenne, en Belgique, un euro sur cinq est payé directement par le patient. C'est deux fois plus que nos pays voisins, tels que la France et l'Allemagne par exemple.

Cela représente un réel obstacle à l'accessibilité des soins. Régulièrement, des rapports font état de reports de soins, non pas par choix mais parce que les gens n'ont pas les moyens. Selon une étude de Sciensano, un ménage sur 10 a reporté des soins de santé au cours de l'année écoulée pour des raisons économiques. Et on sait qu'en Wallonie et à Bruxelles, les chiffres sont encore plus importants.

Les experts, dont le KCE, recommandent, dès lors, de rendre notre système de soins de santé plus accessible, surtout au niveau de la première ligne. Or, très étonnamment, le gouvernement semble envisager la voie inverse et, contrairement aux promesses électorales que nous avons entendues de certains partis, aujourd'hui, dans le cadre des négociations budgétaires, des mesures d'économie seraient sur la table, entre autres l'augmentation du ticket modérateur chez les généralistes mais aussi chez le spécialiste.

Monsieur le ministre, l'augmentation du ticket modérateur chez les généralistes et les spécialistes est-elle sur la table du gouvernement? Y a-t-il un consensus pour éventuellement aller dans ce sens? Ne pensez-vous pas au contraire qu'il faille rendre les soins de première ligne plus accessibles au lieu de les rendre plus coûteux? Quelle est la position éventuellement de votre parti ou la vôtre en tant que ministre de la Santé ainsi que celle du gouvernement ou des autres partis du gouvernement? Combien de recettes supplémentaires pourraient-elles être récoltées en augmentant le ticket modérateur ou combien de dépenses en moins cela représenterait-il? Cela compenserait-il vraiment le coût et le risque réel de report des soins qui pourraient être augmentés?

18.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Merckx, l'accessibilité des soins est absolument essentielle, c'est la raison pour laquelle nous investissons dans les soins de santé.

Je crois que vous connaissez toutes les décisions qui sont prises, envisagées ou préparées en exécution du budget 2026 pour les soins de santé. Aucune augmentation des tickets modérateurs des médecins spécialistes ni généralistes n'est prévue dans ce budget 2026.

Pour le reste, aucune décision n'est prise en ce moment au sein du gouvernement fédéral concernant les tickets modérateurs pour les médecins généralistes ou spécialistes.

18.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Effectivement, nous avons eu écho du fait que cette mesure-là n'était pas envisagée dans le budget 2026. J'ai toutefois cru comprendre qu'elle était éventuellement envisagée dans le cadre des discussions budgétaires pour 2027, 2028 et 2029, à savoir l'exercice en cours. Je ne sais donc pas si je dois interpréter votre réponse comme étant "Non, ce n'est sur la table ni pour 2026, ni pour les années suivantes". Pourriez-vous préciser votre réponse à ce sujet, monsieur le ministre?

18.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: J'ai simplement indiqué que rien n'avait été décidé en la matière, qu'aucune proposition concrète n'avait été formulée. Si vous suivez les nouvelles dans les médias, vous savez sans doute que le débat sur le budget pluriannuel à déterminer pour 2026, 2027, 2028 et 2029 n'est pas exactement en train d'évoluer.

18.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): "... n'est pas exactement en train d'évoluer". Je ne sais trop comment interpréter cette phrase mais il semble du moins que ce ne soit pas encore décidé, ce qui est

logique au vu de votre désaccord sur le budget. La question est, toutefois, sur la table, et cela m'inquiète, surtout en ce qui concerne la première ligne. Vous savez, en effet, qu'une première ligne complètement accessible constitue véritablement le socle d'un bon système de soins de santé, et permet justement de diminuer les coûts en deuxième ligne, et notamment le recours aux hôpitaux et aux urgences.

Je rappelle que nous avons fait une proposition de loi à ce sujet au cours de la dernière législature. Cette proposition a reçu un accueil positif tant de la part de l'INAMI que de la Cour des comptes. Ainsi, en ce qui concerne l'accessibilité des soins de santé, les économies que vous voudriez, ou du moins que certains voudraient réaliser de cette manière, seront bel et bien des économies contre-productives parce qu'elles risquent de générer des coûts, justement, au niveau de la deuxième ligne.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation des prix des médicaments" (56008086C)**

- **Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les économies en matière de médicaments" (56008088C)**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les économies en matière de médicaments" (56008090C)**

- **Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du prix des médicaments contre le cholestérol" (56008446C)**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du prix des médicaments contre le cholestérol" (56008482C)**

19 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verhoging van de geneesmiddelenprijzen" (56008086C)**

- **Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Besparingen op medicatie" (56008088C)**

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Besparingen op medicatie" (56008090C)**

- **Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hogere prijs van cholesterolverlagers voor patiënten" (56008446C)**

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hogere prijs van cholesterolverlagers voor patiënten" (56008482C)**

19.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, vous avez déjà été interpellé à plusieurs reprises sur ce sujet par ma collègue Mme Eggermont. Vous connaissez donc bien la problématique ainsi que nos critiques.

Je souhaitais tout de même poursuivre ce débat avec vous car il me semble que, lors de la dernière séance plénière, vous n'avez pas tout dit dans votre échange avec Mme Eggermont et que vos propos manquaient de clarté. J'aurais donc voulu que vous nous apportiez une réponse plus précise.

Comme nous le savons maintenant, des économies sont prévues l'année prochaine à hauteur de 900 millions d'euros. Vous allez récupérer une grande partie de cette somme auprès des patients.

Pour ce faire, vous introduisez deux mesures au niveau des médicaments.

Premièrement, un seuil minimum de ticket modérateur sera mis en place: chacun devra désormais payer au moins deux euros de ticket modérateur pour une boîte de médicaments. Je souhaiterais obtenir quelques précisions à ce sujet. En Belgique, certains médicaments essentiels bénéficient du statut de remboursement "A" et sont donc entièrement pris en charge. Je pense notamment à certains médicaments contre le diabète, comme l'insuline, ou encore à des traitements contre le cancer.

Tous les médicaments actuellement remboursés en catégorie A sont-ils concernés? Les médicaments

en ambulatoire, donc achetés en pharmacie, sont-ils également visés? Ou bien cela pourrait-il aussi concerner des traitements que les patients vont chercher, par exemple, en hôpital de jour – notamment des injections régulières ou des *baxter* dans le cadre des immunosupprimeurs? Ces traitements-là resteront-ils gratuits? Je pense bien sûr aussi aux chimiothérapies administrées par voie intraveineuse. J'aurais donc souhaité obtenir des précisions à ce sujet.

Madame la présidente, j'avais trois questions. Je vais essayer de ne pas prendre six minutes (...)

La **présidente**: Une règle a été fixée au niveau des différentes commissions. Nous prenons en compte les questions qui ne portent pas le même titre.

Dans le cas présent, les questions ont plus ou moins le même intitulé. Je dirais que vous en avez deux: l'une porte plus particulièrement sur le cholestérol, et l'autre aborde de manière plus générale l'augmentation du prix des médicaments.

19.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Je vais essayer d'être brève.

Premièrement, je souhaiterais savoir quels médicaments gratuits aujourd'hui ne le seront plus.

Deuxièmement, je souhaiterais aborder l'augmentation du prix des médicaments contre le cholestérol et contre l'acidité à l'estomac.

Concernant le cholestérol, vous avez déjà eu ce débat avec ma collègue en plénière. Vous aviez toujours promis que les patients à haut risque d'un événement cardiovasculaire – soit en raison de comorbidités, soit dans le cadre d'une prévention secondaire – ne seraient pas concernés par l'augmentation du ticket modérateur.

Quand on lit le budget de l'INAMI tel qu'il a été décidé, on voit clairement que cette proposition d'un traitement différencié entre prévention primaire pure et prévention secondaire n'a pas été retenue, pour cause de charge administrative trop importante. Par conséquent, tous les patients, y compris ceux à haut risque d'événement cardiovasculaire, seront bel et bien concernés par cette augmentation de prix, c'est-à-dire qu'ils passeront de la catégorie B à la catégorie C.

J'aurais voulu savoir si vous pouvez me reconfirmer cela, parce que vous n'avez pas été précis envers ma collègue Mme Eggermont en séance plénière à ce sujet-là.

19.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, ik weet niet goed op welke vragen ik moet antwoorden, want ik heb allerlei vragen gekregen, ook in de voorbereiding die u ingediend hebt. U vraagt onder meer waar het minimumremgeld per verpakking van toepassing is. Om te beginnen moet ik u corrigeren, want het minimumremgeld per verpakking bedraagt 2 euro voor een patiënt die de verhoogde tegemoetkoming niet geniet, en slechts 1 euro voor een patiënt die een verhoogde tegemoetkoming geniet. Vermoedelijk weet u dat, maar ging u wat kort door de bocht.

Dat geld zullen we gebruiken om nieuwe geneesmiddelen, die zeer hard nodig en soms kritiek zijn, maar die vaak pas met veel vertraging in de terugbetaling worden opgenomen, sneller terug te betalen aan de patiënten. Dat is een vorm van solidariteit in een periode waarin er geen geldoverschot is. We vragen daarbij een inspanning van de brede bevolking om een heel klein beetje bij te dragen, zodat we een extra budget kunnen toevoegen aan het farmaceutisch budget voor hoognodige innovatieve geneesmiddelen die we sneller willen terugbetalen.

Aangaande de cholesterolremmers ben ik wel duidelijk geweest, al was dat in een kort mondeling antwoord op een korte mondelinge vraag in de plenaire vergadering. Uiteindelijk is in de Algemene Raad, die het budget voor de ziekteverzekering heeft vastgelegd, een voorstel naar voren gekomen dat een beetje afwijkt van mijn initiële suggestie in de opdrachtenbrief. Het gaat namelijk om een verschuiving van categorie voor alle statines, maar die is beperkter qua remgeld dan wat aanvankelijk was voorgesteld. Ze geldt wel voor alle statines.

Ik wil daarbij benadrukken – ik heb hierover al vaak gediscussieerd met mevrouw Eggermont – dat het administratief bijzonder complex is om een onderscheid te maken tussen patiënten bij wie statines een duidelijke meerwaarde hebben, bijvoorbeeld bij een verhoogd cardiovasculair risico of een

cardiovasculair accident of aandoening, en patiënten bij wie het louter om primaire preventie gaat. Aangezien het niet eenvoudig is om dat administratief te regelen, reken ik op de verantwoordelijkheid van de voorschrijvende artsen. In ons land worden zeer veel statines voorgeschreven met weinig medische meerwaarde, met name voor primaire preventie bij patiënten die eigenlijk geen bijzonder cardiovasculair risico lopen.

Dat heeft zeer weinig medische meerwaarde, mede omdat onderzoek van het Kenniscentrum duidelijk aantoonde dat er bij die patiënten vaak weinig therapietrouw is. Het geldt dat daaraan wordt besteed, kan beter aan iets anders worden besteed. We geven dus inderdaad een signaal, door alle statines in een andere categorie van terugbetaling van middelen te plaatsen. Ik heb aan mevrouw Eggermont uitgelegd dat daar duidelijk een plafond op zit, waardoor het op jaarbasis om niet veel geld gaat.

Bovendien worden mensen die echt financieel in nood zijn, beschermd door de maximumfactuur. Tegelijkertijd heb ik de bescherming door de maximumfactuur aanzienlijk verbeterd door alle medicamenten, ook deze die vergoed worden in de categorieën CX en CS, in het systeem van de maximumfactuur in te sluiten. Medicatie tegen allergieën, antihistaminica, wordt nu bijvoorbeeld in de maximumfactuur opgenomen.

Dat betekent dat we mensen die in hoge financiële nood zitten, beter beschermen wat betreft de kostprijs van medicamenten, omdat we de maximumfactuur uitbreiden. Het betekent tevens dat we patiënten die wachten op de terugbetaling van innovatieve medicatie, waar we tot nu toe maar traag in vooruitgingen, sneller kunnen helpen. Via een minimum van 1 of 2 euro, voor mensen die nog niet aan de maximumfactuurgrens zitten, vragen we een kleine bijdrage om dat allemaal mogelijk te maken. Mensen die statines gebruiken en nog niet aan de maximumfactuur zitten, zullen dus inderdaad iets meer betalen.

Ik wil daaraan toevoegen dat 60 % van de inspanning die in het budget 2026 wordt gevraagd om de uitgaven voor farmaceutica te beheersen, van de industrie komt, die in een duidelijk keurslijf wordt geplaatst. Als het budget overschreden wordt, dan zal de industrie alles moeten ophoesten. De industrie is dus met andere woorden niet alleen de belangrijkste leverancier van extra middelen en de belangrijkste bijdrager aan de besparingen die we vragen, maar staat ook garant voor het sluitend houden van dat budget. Dat moet u in de overweging meenemen.

De tijd dat men kon zeggen: 'laat het kraantje maar openstaan, het geld loopt' en 'elk medicament dat niet schadelijk is, is toch nuttig', is naar mijn mening voorbij. We moeten keuzes maken. Men kan een euro maar één keer uitgeven.

Voor alle duidelijkheid, inzake het minimumremgeld per verpakking gaat het natuurlijk over de verkoop in open officina's in de ambulante sector.

19.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Merci pour ces éclaircissements, monsieur le ministre. En tout cas, votre réponse était plus détaillée qu'en séance plénière, ce qui est intéressant.

La première mesure, c'est que vous demandez deux euros ou un euro de plus pour chaque boîte. Je ne sais pas si vous réalisez. Je pense que oui, parce que d'habitude, les partis comme Vooruit se sentent quand même concernés par les patients. Cela représente beaucoup d'argent. Ce sont souvent des patients qui cumulent diabète, par exemple, épilepsie, parfois des maladies auto-immunes. Oui, il y a des gens qui ne vont pas pouvoir payer cela.

Le maximum à facturer est réservé à certaines personnes, mais vous savez que ce n'est pas pour tous. Quelqu'un peut tout à fait vivre avec un petit salaire, travailler tous les jours, cumuler les facteurs de risque, etc. Je suis contactée par des gens qui sont très inquiets quant à leur facture à la pharmacie.

La deuxième mesure concerne les statines. Vous avez dit: "Je veux lutter contre la surconsommation, donc je vais les rendre plus chères pour ceux dont je pense qu'elles ne leur sont pas nécessaires. Mais je vais préserver ceux qui en ont vraiment besoin."

Il semble finalement que vous ne puissiez pas tenir votre promesse, parce qu'administrativement, cela concerne de nombreux patients. Je comprends qu'ils ne veulent pas avoir 40 formulaires pour un médicament qui est prescrit tous les jours.

Monsieur le ministre, vous prenez quand même le risque que des gens qui ont réellement besoin de ces médicaments contre le cholestérol ne vont pas les prendre, pour des raisons financières. Vous savez, et je reviens à mon premier propos, que ce sont justement les patients qui cumulent le diabète et un antécédent d'infarctus, qui seront concernés par votre première mesure, mais aussi par votre deuxième mesure, c'est-à-dire l'augmentation du prix des statines.

Vous prenez le risque que les gens n'en prennent plus. Vos économies ne serviront à rien, parce que ces personnes vont faire des infarctus ou des AVC. Ils auront les artères bouchées parce qu'ils ne prennent pas les médicaments, et en fin de compte, ils coûteront le double à la sécurité sociale. De plus, ils risqueront leur vie, car les infarctus sont quand même une cause de mortalité très importante dans notre pays.

Je pense que vous auriez dû revenir sur votre mesure. En termes de santé publique, vous avez pris une décision dangereuse. Si vous voulez lutter contre la surconsommation de médicaments, ce n'est pas en augmentant le ticket modérateur. D'ailleurs, Mme De Block l'a fait pour les antibiotiques, et à quoi cela a-t-il servi? Cela n'a servi à rien, juste à ce que les patients payent leurs médicaments plus cher.

Pour conclure, si vous voulez réellement maîtriser le budget des médicaments, mais c'est encore un autre débat, il faut vous en prendre aux prix exorbitants demandés par les firmes pharmaceutiques.

Dans le cadre de la lutte contre le cholestérol, le prix du Leqvio a fait exploser le budget, car il coûte 4 000 euros par an au patient et à la sécurité sociale, ce qui n'est absolument pas justifié. Il est responsable de 30 % de l'augmentation annuelle du budget. C'est à ce médicament qu'il fallait s'en prendre et pas aux simples statines, qui sont essentielles dans beaucoup de cas. Je pense que votre mesure est dangereuse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cas de nomadisme médical" (56008100C)

20 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "'Medisch nomadisme'" (56008100C)

20.01 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, afin d'obtenir une certaine quantité de médicaments nécessitant des prescriptions médicales, il n'est pas rare de voir des cas de nomadisme médical chez les patients. La pratique vise à multiplier les rendez-vous médicaux auprès de plusieurs médecins avec l'objectif d'obtenir plusieurs prescriptions pour le même médicament. Dans certains cas, les patients font cela pour répondre à une addiction, principalement aux benzodiazépines et autres médicaments ayant un effet dépressur sur le cerveau. Dans certains cas, le Xanax est aussi détourné de son usage principal afin de le consommer en quantité avec de l'alcool pour ses effets secondaires euphorisants.

La pratique soulève de nombreux problèmes. Premièrement, il est possible de se faire prescrire plusieurs fois un même médicament alors que les prescriptions se trouvent théoriquement sur la carte d'identité. Deuxièmement, le coût pour la sécurité sociale pose problème étant donné que certains médicaments sont à prix réduit ou sont partiellement remboursés. Et troisièmement, il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous chez un généraliste, or ces visites n'ont pas une vocation médicale et prennent des places précieuses pour les malades.

Monsieur le ministre, combien de cas de nomadisme médical ayant pour but de multiplier les prescriptions recense-t-on? Ont-ils été identifiés? Quels sont les médicaments les plus ciblés? Quels usages sont faits de ces médicaments? Combien coûte annuellement le nomadisme médical à l'INAMI? Les cartes d'identité peuvent-elles alerter les services en cas de prescription redondante pour certains médicaments ou molécules? L'administration envisage-t-elle de s'attaquer à cette problématique?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) appelle à constater et à évaluer un remboursement excessif en fonction des dispositions relatives aux

remboursements. Cependant, aucun chiffre global n'est disponible concernant le problème du nomadisme médical.

Toutefois, pour certaines spécialités spécifiques sensibles aux abus, un contrôle ciblé peut être effectué par l'INAMI, comme cela a été fait pour les médicaments à base de sémaglutide, l'Ozempic et le Rybelsus. Selon l'analyse faite, partant du 1^{er} décembre 2021 jusqu'au 30 juin 2024 en officines publiques, il y a 388 assurés pour lesquels le service a remarqué un nomadisme officinal – des gens qui ont été visiter plusieurs pharmacies – et/ou un nomadisme médical – plusieurs prescripteurs. Par exemple, un patient a fréquenté dans la période mentionnée 246 officines pour l'exécution de 632 prescriptions obtenues auprès de six prescripteurs différents.

Les médicaments qui font l'objet de trafics et de mésusages, compte tenu de leurs indications et aussi de leurs remboursements, sont les analgésiques morphiniques; les psychostimulants, par exemple le méthylphénidate, induisant une dépendance physique et psychique; la drogue dite du pauvre, le Lyrica; le traitement de l'obésité et le traitement anti-HIV, car ce médicament est gratuit.

Il appert que la gratuité des médicaments pour le patient facilite la pratique sans qu'aucun prestataire, prescripteur ou dispensateur ne soit impliqué directement: la revente de boîtes remboursées avec bénéfice – Ozempic et anti-HIV –, l'usurpation d'identité, le vol de prescription, de carte d'identité, l'usage détourné de l'indication officielle pour le méthylphénidate, ou remboursable pour le sémaglutide.

Vous me demandez combien coûte annuellement le nomadisme médical. Cette analyse doit être effectuée au cas par cas et est particulièrement laborieuse. Il est par conséquent très difficile d'obtenir une estimation globale fiable – qui n'est actuellement pas disponible.

Vous suggérez que les cartes d'identité peuvent alerter les services. En supposant que vous fassiez référence aux prescriptions électroniques figurant sur la carte d'identité, il est en effet possible pour le pharmacien d'obtenir un meilleur aperçu des spécialités prescrites numériquement au patient. Le système n'est cependant pas infaillible, car il existe des exceptions.

L'administration envisage-t-elle de s'attaquer à cette problématique? Certaines mesures spécifiques ont déjà été prises pour les médicaments problématiques. Le service a rédigé des lettres de sensibilisation destinées aux prescripteurs et aux dispensateurs, donc les pharmaciens, à propos des seuls médicaments remboursables objets de mésusages, la prégabaline et le sémaglutide.

Ensuite, le Service des soins de santé de l'INAMI a organisé une réunion de consensus visant à adapter et faire connaître les lignes directrices de l'usage des analgésiques morphiniques et non morphiniques dans la gestion de la douleur chronique.

En outre, je suis en train de réfléchir à des initiatives supplémentaires afin d'obtenir une meilleure vue d'ensemble du nombre d'emballages délivrés par patient, comme l'introduction d'un compteur général des médicaments dans les logiciels des pharmaciens et des médecins afin de mieux informer ces prestataires de soins de leur utilisation par les patients.

20.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse et me réjouis d'entendre que vous avez pris ce problème à bras-le-corps.

J'entends que le système de la carte d'identité n'est pas infaillible et que l'administration est en train de réfléchir à l'installation d'un compteur. Cette mesure pourrait constituer une solution. En tout cas, je serais ravi de continuer à suivre le dossier et d'obtenir des informations relatives à son état d'avancement afin que soit résolu ce problème qui entraîne un coût certain pour l'INAMI et pour notre système de soins de santé.

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

21 **Samengevoegde vragen van**

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Fluorchinolonen" (56008110C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Fluorchinolonen" (56008497C)

21 **Questions jointes de**

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les fluoroquinolones" (56008110C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les fluoroquinolones" (56008497C)

21.01 **Dominiek Sneppe (VB):** Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vragen.

Fluorchinolonen zijn zeer effectieve antibiotica met een breed werkingsspectrum. Wanneer andere antibiotica hun werkzaamheid verliezen, blijven fluorchinolonen vaak nog effectief. Helaas worden ze ook voorgeschreven bij ongecompliceerde of milde infecties zoals verkoudheid, bronchitis of urineweginfecties. Zelfs na meerdere waarschuwingen en door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) aanbevolen gebruiksbepkeringen blijven Fluorchinolonen veelvuldig voorgeschreven. Fluorchinolonen (zoals Ciprofloxacin en Levofloxacin) zijn synthetische reserve-antibiotica, die vanwege hun uitzonderlijke wetenschappelijk vastgelegde bijwerkingenprofiel gereserveerd moeten blijven voor ernstige infecties en multiresistente bacteriën. Ze remmen bacteriële enzymen, maar kunnen ook mitochondriën, oxidatieve processen en cellulaire reparatiemechanismen bij mensen aantasten. Dit kan leiden tot FQAD (fluoroquinolone-associated disability): een uniek patroon van multisystemische, vaak blijvende en invaliderende schade. Omdat er in Europa geen ICD-10 code voor FQAD is, blijft de aandoening onzichtbaar in statistieken, onderbehandeld in de zorg, en zonder toegang tot passende vergoedingen of revalidatie. Andere antibiotica hebben wel een ICD-code voor hun specifieke schade (penicillines, tetracyclines, aminoglycosiden, macroliden). Fluorchinolonen zijn de enige zonder classificatie, ondanks de ernst en irreversibiliteit van hun bijwerkingen.

Wordt er werk gemaakt van een specifieke ICD-code, die systematische diagnose, registratie, onderzoek, betere voorschrijfpriktijk en toegang tot zorg en compensatie mogelijk kan maken?

Hoe kan de scholing van artsen over de bijwerkingen van Fluorchinolonen en FQAD structureel worden verbeterd? Kan het voorschrijfgedrag ten aanzien van Fluorchinolonen geoptimaliseerd worden?

Hoe kunnen burgers gesensibiliseerd worden?

Hoe kan de werkelijke prevalentie in kaart worden gebracht zolang een ICD-code ontbreekt? Welke registers of patiëntendatabases zijn hiervoor geschikt?

Wordt er door Europese instanties (EMA, WHO, nationale zorgautoriteiten) samengewerkt om een code door te voeren?

Zijn er studies aan de gang die de pathofysiologie van FQAD onderzoeken?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Wat uw eerste vraag betreft, de mogelijke bijwerkingen van fluorchinolonen zijn bekend en kunnen ernstig zijn, maar FQAD wordt nog niet als een aparte aandoening erkend. In België gebruiken we voorlopig algemene ICD-codes voor bijwerkingen van antibiotica. Vanaf 1 januari 2028 zullen de nieuwe, specifiekere codes uit de Amerikaanse ICD-versie ook in België worden ingevoerd, waardoor een betere registratie mogelijk wordt.

Wat uw tweede vraag betreft, de opleiding van artsen is een gemeenschapsbevoegdheid, maar federaal stimuleren we permanente vorming. Zo kregen LOK-vergaderingen over verantwoord antibioticagebruik dubbele accrediteringspunten en publicaties van de BAPCOC en het BCFI blijven artsen informeren over de risico's van fluorchinolonen. Daarnaast is het gebruik sterk gedaald dankzij striktere terugbetalingsvoorwaarden en nieuwe digitale voorschrijfhulpmiddelen, waarvan de uitrol tegen 2026 voorzien is.

Wat uw derde vraag betreft, de BAPCOC organiseert al jaren campagnes over het gepaste gebruik van antibiotica en antimicrobiële resistentie. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de risico's en

bijwerkingen van antibiotica in het algemeen, inclusief fluorchinolonen.

Ik kom tot uw vierde vraag. Zonder specifieke ICD-code is de precieze prevalentie van FQAD moeilijk vast te stellen. Meldingen van bijwerkingen verlopen via het FAGG, dat deze informatie deelt met EudraVigilance en VigiBase, respectievelijk van het Europees Geneesmiddelenagentschap en de Wereldgezondheidsorganisatie. Hoewel onderrapportering een uitdaging blijft, helpen internationale databanken en recente studies om risico's beter in kaart te brengen, zoals de verhoogde kans op peesrupturen of neuropathie bij het gebruik van fluorchinolonen.

Ik kom tot uw vijfde vraag. Ongeveer anderhalf jaar geleden zou een aanvraag voor een ICD-10-CM-code (Clinical Modification) zijn ingediend door de Amerikaanse stichting Fluoroquinolone Toxicity Study via het Amerikaanse CDC. Deze code zou op 1 oktober 2025 van kracht zijn gegaan in de Verenigde Staten. Dat is althans de informatie waarover ik beschik.

Wat uw zesde vraag betreft, in de literatuur werden recente publicaties gevonden die vooral de resultaten van fundamenteel onderzoek beschrijven. Zo werd een studie gepubliceerd die de specifieke mitochondriale doelwitten van fluorchinolone antibiotica in menselijke cellen in kaart bracht. De recente literatuur toont dus aan dat er actief onderzoek wordt verricht naar FQAD. Firma's zijn verplicht om de veiligheid van hun geneesmiddelen op te volgen en hierover te rapporteren aan de bevoegde instanties. Dat geldt ook voor onderzoek naar de pathofysiologie van FQAD.

Op basis van de studies kan worden beslist dat een aanpassing van de bijsluiter nodig is. Ter vergelijking geef ik mee dat op basis van gelijkaardige gegevens werd beslist de bijsluiter van aminoglycoside antibiotica aan te passen nadat een specifieke mitochondriale DNA-mutatie in verband was gebracht met een verhoogd risico op het ontwikkelen van ototoxiciteit.

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

Ik merk dat er al een en ander wordt ondernomen en dat fluorchinolonen inderdaad goed gekend zijn, maar dat er toch nog heel wat werk aan de winkel is. Zeker met betrekking tot antibioticaresistentie kunnen fluorchinolonen een belangrijke rol spelen wanneer bepaalde bacteriële aandoeningen niet langer met de gewone antibiotica kunnen worden genezen. In die gevallen zijn fluorchinolonen zeker het proberen waard.

Ik ben blij met uw antwoord en zal een en ander opvolgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'état d'avancement de la généralisation de la PrEP, ainsi que du nouveau médicament Yeytuo" (56007902C)

22 Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stavaza betreffende een makkelijkere toegang tot prep en het nieuwe geneesmiddel Yeytuo" (56007902C)

22.01 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, le 8 juillet en commission Santé, vous avez porté un message d'espoir en disant que vous cherchiez à "garantir une approche sans stigmatisation, non discriminatoire et sensible à la diversité" vis-à-vis de l'ensemble des populations touchées par le VIH. Pourtant, aujourd'hui, le taux de contamination augmente avec une majorité de nouvelles infections dans la population hétérosexuelle. La généralisation du VIH affecte aussi et surtout les couches sociales les plus basses.*

En parallèle, le Yeytuo, qui vient d'être autorisé par la Commission européenne, se présente comme une solution à moyen terme sur la question du VIH. Son efficacité proche de 100 % pour prévenir les transmissions a été documentée, et l'OMS a d'ailleurs recommandé en juillet de l'ajouter aux options disponibles pour les personnes exposées. Par contre, le coût de ce médicament (jusque \$28 000 par personne et par an aux États-Unis), reste un des problèmes majeurs dans sa mise en circulation.

Nous avons donc bientôt deux solutions dont la PrEP qui ne demande qu'à être appliquée largement.

Vous aviez annoncé le 8 juillet que ce dossier était en cours, notamment à travers le groupe de travail (GTI Prévention). Je vous demande donc:

1. Où en êtes-vous sur la mise en place d'un programme d'accès sans stigmatisation, non discriminatoire et sensible à la diversité au traitement PrEP, ainsi que qu'est ce qui va être fait pour sensibiliser la population à cette initiative?

2. Quelle est la position du gouvernement sur la mise en vente de Yeytuo en Belgique, sera-t-elle remboursée, à quelle hauteur, et pour quel public?

22.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Schlitz, la prophylaxie pré-exposition, plus communément appelée la PrEP, est un moyen de prévention du VIH hautement efficace, avec des niveaux d'efficacité confirmés en vie réelle de ces dernières années. C'est pourquoi actuellement, il existe déjà un remboursement de la PrEP pour des bénéficiaires à partir de 16 ans, non infectés par le virus VIH et à haut risque d'infection par le VIH1, parfois sexuel. Le médecin peut effectuer une analyse de risque et décider d'attribuer la PrEP remboursée à d'autres personnes, par exemple des personnes ayant des pratiques sexuelles à haut risque d'infection par VIH, des personnes qui s'injectent des drogues à l'aide de seringues déjà utilisées par d'autres, ou encore des personnes travaillant dans la prostitution exposées à des pratiques non protégées.

De manière générale, les conditions de remboursement de la PrEP sont rédigées de façon à permettre un remboursement et un accès sans stigmatisation, de façon non discriminatoire et sensible à la diversité. Notons qu'il est actuellement nécessaire que les médecins-prescripteurs remplissent un certain nombre de critères, comme le fait qu'ils doivent être attachés à un centre de référence SIDA ayant conclu une convention avec l'INAMI. Mon cabinet, en collaboration avec les administrations et différents experts VIH, sont en train d'analyser la possibilité d'élargir le rôle de prescripteur au médecin généraliste conformément à l'accord de gouvernement.

Votre deuxième question est quelque peu prématurée. En effet, la spécialité pharmaceutique Yeytuo a reçu une autorisation de mise sur le marché au niveau de l'Agence européenne des médicaments (EMA) en date du 25 août 2025. Aucun dossier de demande de remboursement n'a encore été introduit par la firme Gilead auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) de l'INAMI. Il n'est donc pas possible à ce moment de connaître la décision relative au remboursement de cette spécialité. En effet, la firme doit d'abord soumettre un dossier de demande de remboursement qui doit comporter une proposition de condition de remboursement. La CRM évaluera cette demande et formulera une proposition de remboursement. Sur la base d'une telle proposition, je serai amené à prendre une décision.

22.03 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, j'entends que la balle serait dans le camp de la firme pharmaceutique en question. Des contacts ne pourraient-ils pas être établis quant à la disponibilité de ce traitement? Aujourd'hui, des vies sont en jeu. Il y a une recrudescence de l'épidémie de VIH dans différentes catégories de la population. Il faut agir rapidement. Des solutions existent. On ne peut plus se dire qu'on n'a pas de solutions parce qu'elles sont là. Aujourd'hui, il faut absolument étendre massivement la disponibilité et la facilité d'accès à la PrEP, mais aussi à d'autres traitements innovants qui apparaissent sur le marché.

Plus globalement, vous cherchez beaucoup d'argent, notamment dans les soins de santé, où vos collègues lorgnent sur vos budgets. Permettre l'accès à ces traitements-là, c'est réduire fortement les budgets de soins de santé qui doivent être débloqués pour soigner une personne atteinte du VIH. Je pense que tout le monde a à y gagner, en particulier les personnes dont la vie ne sera pas atteinte par la maladie.

Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

23 Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès aux soins transspécifiques" (56008201C)

23 Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot transspecifieke zorg" (56008201C)

23.01 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, malgré l'existence de soins transspécifiques en Belgique et leur remboursement partiel par l'assurance obligatoire, l'accès effectif à ces soins pour les personnes transgenres reste profondément entravé.*

Plusieurs facteurs expliquent ce non-recours: les pratiques médicales en dehors de ces structures sont souvent inadéquates, voire inaccessibles, en raison du refus de certains médecins de poser un diagnostic nécessaire au remboursement. De plus, de nombreux soins essentiels dans le cadre d'une transition sont considérés comme "esthétiques" (épilations, chirurgies faciales, etc.) et ne bénéficient d'aucun remboursement.

Par ailleurs, certaines interventions (vaginoplastie, phalloplastie, etc.) ne sont que partiellement remboursées, une seule fois, malgré la nécessité parfois médicale de les répéter. À cela s'ajoute une grande opacité administrative: l'absence de nomenclature dédiée et le manque de formation des professionnels rendent les parcours de soins incertains et fragmentés.

Mes questions sont les suivantes: Quelles mesures concrètes prévoyez-vous d'adopter au cours de cette législature pour garantir un accès équitable aux soins transspécifiques? Comptez-vous élargir le champ des soins remboursés (épilations, logopédie, cryopréservation, chirurgies non prises en charge aujourd'hui) et supprimer l'exigence d'attestations psychiatriques non désirées?

23.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Chère collègue, l'accès aux soins adéquats pour les personnes souffrant de dysphorie de genre est effectivement une préoccupation importante.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons indiqué dans l'accord de gouvernement que nous renforcerons la prise en charge des personnes transgenres après une évaluation des programmes de soins et un recensement des besoins. En 2025, le nombre de centres conventionnés par l'INAMI pour l'accompagnement de la transidentité est passé de deux à six. La convention qui encadre cet accompagnement a également été adaptée pour mieux répondre aux attentes et aux besoins du terrain. À travers cette augmentation, le but premier est de permettre de répondre à la demande importante et de diminuer la longueur des listes d'attente actuelles, certaines pouvant s'étaler sur plusieurs années.

Ces centres doivent aussi assurer une prise en charge adaptée et complète pour chaque personne qui s'y présente. Il n'en reste pas moins qu'il est nécessaire de poursuivre la formation continue des médecins et de l'ensemble des professionnels de santé pour toujours plus de sensibilisation et une amélioration du suivi des personnes transgenres. Concernant la nomenclature, il n'existe effectivement pas de nomenclature dédiée spécifiquement à la prise en charge chirurgicale de la dysphorie de genre.

Par ailleurs, certains traitements ne pourront a priori jamais faire l'objet d'un remboursement, car ils sont considérés comme des traitements esthétiques.

23.03 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Merci, monsieur le ministre pour vos réponses.

Précision sémantique, on ne dit plus souffrir de dysphorie de genre, ce sont des personnes transgenres qui ont une identité de genre différente de celle dans laquelle la société les a assignées à la naissance et elles doivent donc être respectées comme telles. Il s'agit ni plus ni moins de la défense des droits fondamentaux de ces personnes.

Il ne faut jamais dire jamais. Au niveau communal par exemple, un changement de nom pour des questions de changement de genre est moins cher lorsqu'il s'agit de cette situation par rapport à un changement de prénom qui serait effectué pour d'autres raisons.

Je pense donc qu'une distinction pourrait tout à fait être effectuée et ne plus être considérée comme des chirurgies esthétiques. Je pense que vous avez compris que ce n'en sont pas, c'est une question de respect de l'intégrité physique de ces personnes qui, en fait, ont besoin de ces opérations pour pouvoir se sentir pleinement elles-mêmes et bien dans leur corps. Je pense donc que la société doit

pouvoir prendre en charge ces opérations.

D'autre part, les personnes transgenres sont régulièrement victimes de discrimination et ont des difficultés à accéder à un emploi stable et de qualité qui leur permet de financer ces opérations, c'est véritablement la double peine.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

24 Questions jointes de

- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le droit à l'IVG en Belgique" (56008211C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La journée mondiale pour le droit à l'avortement" (56008441C)

24 Samengevoegde vragen van

- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het recht op abortus in België" (56008211C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De internationale dag voor het recht op abortus" (56008441C)

24.01 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je reviens avec un sujet sensible: le droit à l'IVG.

Chaque année, entre 18 000 et 19 000 IVG sont pratiquées, et plus de 700 Belges ont dû se rendre aux Pays-Bas en 2020 et 2021, au-delà du délai de 12 semaines. Preuve d'un besoin réel, insuffisamment couvert par notre législation.

Je porte 2 propositions de loi: la première pour reconnaître l'IVG comme un soin de santé, pour porter le délai légal à 18 semaines, supprimer le délai d'attente, lever les sanctions pénales et améliorer l'accès, y compris par l'IVG médicamenteuse à distance. La seconde pour inscrire ce droit dans la Constitution, afin de le protéger durablement face aux reculs observés ailleurs.

Ces mesures permettraient d'adapter la loi à la réalité vécue par des milliers de femmes et de respecter leurs droits fondamentaux. Or, face aux menaces qui pèsent sur ce droit, et conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, il est urgent d'agir. La Cour a en effet rappelé avec force que si un État autorise l'avortement, il doit garantir un accès effectif : le rendre impossible en pratique viole l'article 8 de la Convention, relatif au respect de la vie privée.

Dès lors, monsieur le ministre:

- Où en est la discussion au sein de votre Gouvernement concernant l'évolution de la législation IVG?
- Quelles avancées sont sur la table? Dans quel timing?

24.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, vous n'êtes pas sans avoir que le 28 septembre était la journée internationale du droit à l'avortement sécurisé. Amnesty international a donc publié un rapport. Vous avez déjà été interpellé sur ce sujet. Selon cette enquête d'opinion, mais aussi d'autres enquêtes d'opinion, 92 % des Belges soutiennent le droit à l'avortement. Ce qui est interpellant, c'est le fait qu'une personne sur quatre ayant avorté, en Belgique et bien sûr à l'étranger, n'a pas pu le faire en respectant le prescrit légal de notre pays.

Les chiffres parlant d'eux-mêmes, je ne développerai pas le sujet longuement. Nous venons d'avoir un débat en commission de la Constitution. En tant que ministre de la Santé, quelle est votre position par rapport au droit à l'IVG? Pouvons-nous nous attendre à une avancée à ce sujet? Nous avons vécu, il y a quelques semaines, en commission de la Justice, une scène dans laquelle les membres de la majorité ne sont pas venus ou sont arrivés en retard et ont promis que des avancées verraient le jour. Le débat qui a eu lieu, tout à l'heure, en commission de la Constitution, ne m'a pas donné beaucoup d'optimisme en la matière. Il serait bien sûr intéressant, dans ce cas, d'avoir votre éclairage.

24.03 Minister Frank Vandenbroucke: Dank u wel voor de vragen.

Dit is een heel belangrijk thema. De gezondheid van vrouwen is een absolute prioriteit, wat mij betreft.

Het garanderen van toegang tot kwaliteitsvolle zorg, afgestemd op de reële behoeften van vrouwen, is niet alleen een kwestie van volksgezondheid, maar het is ook een fundamentele kwestie van gelijkheid. U mag er dus zeker van zijn dat ik veel belang hecht aan de toegankelijkheid van vrouwen tot zwangerschapsafbreking en aan de effectieve uitvoering daarvan op het terrein.

Les femmes confrontées à une grossesse non désirée ont le droit de décider elles-mêmes. Lorsqu'elles choisissent de l'interrompre, elles doivent pouvoir le faire dans des conditions sûres, avec l'accompagnement nécessaire. C'est pourquoi le gouvernement prend ce dossier à cœur. L'accord de gouvernement est clair: nous modifierons la législation en vigueur sur l'avortement après avoir atteint un consensus au sein des partis de la majorité. Je souhaite que ces discussions aient lieu rapidement. Il est de notre responsabilité de faire évoluer le cadre juridique rapidement et de manière concertée.

Het standpunt van mijn fractie in het Parlement is bekend en consequent. We sluiten ons aan bij de aanbevelingen van de deskundigen die pleiten voor een verlenging van de wettelijke termijn tot 18 weken. Die aanpassing zou meer vrouwen in België de mogelijkheid moeten bieden om op een veilige manier een abortus te laten uitvoeren, in plaats van zich tot het buitenland te moeten wenden, waar de abortus dan alsnog plaatsvindt, maar vaak in minder veilige of duurdere omstandigheden of in plaats van hun toevlucht te moeten nemen tot niet-medische oplossingen, die risico's inhouden voor hun gezondheid.

Het gaat dus om een maatregel van sociale rechtvaardigheid, gelijkheid en gezondheidsbescherming.

24.04 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse.

J'entends et je connais la position de Vooruit sur le droit à l'avortement et votre volonté d'étendre ce droit pour le rendre congruent avec les recommandations des experts.

Ces dernières semaines, nous avons eu au sein du Parlement différents débats sur le sujet, avec d'abord le vote sur ma proposition de loi visant à étendre le droit à l'avortement à 18 semaines et visant à supprimer le délai de réflexion et à supprimer les sanctions pénales envers les médecins et les femmes.

Nous avons eu une réponse de la part des partis de la majorité, ce que nous attendions depuis longtemps. Mon inquiétude est la suivante: voir dans les mains du cd&v le sort de cette avancée. Cela m'inquiète fortement. On nous a annoncé que vous devriez aboutir d'ici au mois de juin, mais que l'ensemble des propositions dites éthiques seraient liées.

J'ai donc de fortes craintes par rapport au fait de conditionner la possibilité de donner enfin aux femmes ce droit dont elles ont besoin (une femme sur quatre qui a avorté en Belgique l'a fait en dehors du cadre légal, il y a bien urgence) à d'autres sujets éthiques pour lesquels on sait qu'il va également y avoir des débats extrêmement compliqués.

Ici, le sujet est mûr, et même plus que mûr. Il est grand temps d'avancer! J'espère que Vooruit sera un moteur dans les discussions et pourra, à un moment, délier les dossiers quand les discussions patineront autour de l'euthanasie ou de l'anonymat des donneurs.

Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre réponse.

24.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Des paroles, c'est ce qu'on entend aussi au sein de la majorité. C'était déjà ce qu'on entendait lors de la législature passée. Mais seuls les actes et les faits comptent. Aujourd'hui, chaque année, plus de 400 femmes vont aux Pays-Bas pour une IVG parce qu'elles ne peuvent pas le faire dans de bonnes conditions dans notre pays et cela reste payant.

Il semblerait même qu'en Belgique, des avortements se fassent en dehors du cadre légal, si on en croit le sondage d'opinion mené par Amnesty.

Le problème initial était de mettre ceci dans l'accord de gouvernement, que ce soit sous la Vivaldi, où cela a été fait et où le cd&v a bien sûr bloqué toute avancée alors qu'il y avait une majorité

parlementaire, ou aujourd'hui. On est ici dans le même cas de figure. On assiste à une sorte de marchandage, en couplant cela encore à d'autres thèmes éthiques parfois plus compliqués que le droit à l'IVG sur lequel il y a eu des auditions et pour lequel tout est clair, alors que ce n'est actuellement pas du tout le cas sur les autres sujets.

Je n'ai qu'une chose à dire, monsieur le ministre, c'est que nous continuerons à nous battre, avec la société civile et les associations de droits des femmes, pour le droit à l'IVG. Et nous continuerons aussi à être du côté des femmes qui doivent recourir à une IVG, même si elle ne se fait pas dans le cadre de la loi en Belgique, parce qu'elles ont simplement le droit de disposer de leur corps.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

25 **Samengevoegde vragen van**

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Wegwerpvapes" (56008230C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Wegwerpvapes" (56008257C)
- Katleen Bury aan David Clarinval (VEM Werk, Economie en Landbouw) over "Wegwerpvapes (handhaving en sancties)" (56008258C)
- Katleen Bury aan Rob Beenders (Consumentenbescherming, Socialefraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen) over "Wegwerpvapes" (56008259C)
- Lotte Peeters aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controles op wegwerpvapes" (56009069C)

25 **Questions jointes de**

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cigarettes électroniques jetables" (56008230C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cigarettes électroniques jetables" (56008257C)
- Katleen Bury à David Clarinval (VPM Emploi, Économie et Agriculture) sur "Les cigarettes électroniques jetables (contrôle et sanctions)" (56008258C)
- Katleen Bury à Rob Beenders (Protection des consommateurs, Lutte contre la fraude sociale, Personnes handicapées et Égalité des chances) sur "Les cigarettes électroniques jetables" (56008259C)
- Lotte Peeters à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les contrôles sur les cigarettes électroniques jetables" (56009069C)

25.01 **Minister Frank Vandenbroucke:** Ik kan deze vragen nog beantwoorden, maar het is dan wel het laatste punt. Het is namelijk ook een redelijk lang antwoord.

25.02 **Katleen Bury (VB):** Mijnheer de minister, ik ben al tevreden dat u zegt dat u een redelijk lang antwoord hebt. Ik zal deels verwijzen naar de tekst van mijn vragen zoals ingediend, om het een beetje vooruit te laten gaan.

Ik vind het wat spijtig dat mijn drie vragen samengevoegd zijn, aangezien ik ook specifieke vragen had ter attentie van minister Clarinval wat de handhavingssancties en de Economische Inspectie betreft, en ook aan minister Beenders inzake consumentenbescherming. Het zijn zeer concrete vragen, waarbij ik ook enkele tips voorstel. Ik ben benieuwd wat u er allemaal op zult antwoorden.

Voor het overige verwijs ik naar de tekst van mijn vragen zoals ingediend.

Sinds 1 januari 2025 is de verkoop van wegwerpvapes verboden. Toch bleek recent dat vier op de tien winkels nog steeds dergelijke producten aanbieden, vaak onder de toonbank en steeds vaker ook via sociale media. In eerdere commissiebesprekingen kondigde u grootschalige acties aan en gaf u aan het wettelijk kader verder te willen herbekijken.

Ik had hierover de volgende vragen:

Welk concreet gevolg werd gegeven aan de vastgestelde overtredingen in de eerste helft van dit jaar: hoeveel pv's zijn er opgesteld en welke sancties volgden daaruit?

Welke bijkomende maatregelen voorziet u om controles en sancties te versterken?

Hoe zorgt u ervoor dat de samenwerking met Economische Inspectie en Douane structureel verankerd wordt?

Welke specifieke initiatieven neemt u om jongeren te beschermen, onder meer tegen de verkoop via sociale media en andere informele kanalen, en acht u bijkomende sensibilisering of preventiecampagnes nodig?

Hoewel wegwerpvapes sinds begin dit jaar verboden zijn, blijkt dat ze in tal van winkels nog steeds te verkrijgen zijn, vaak onder de toonbank.

Ik had hierover de volgende vragen:

Hoeveel controles en vaststellingen heeft de Economische Inspectie sinds 1 januari uitgevoerd met betrekking tot wegwerpvapes, en welke sancties volgden daaruit?

Welke prioriteiten legt u vast voor de komende maanden, en welke gezamenlijke acties met Volksgezondheid en Douane staan op de planning?

Acht u het huidige sanctiekader voldoende om recidivisten af te schrikken? Zo niet, welke bijkomende instrumenten stelt u voor en binnen welke timing?

Het verbod op wegwerpvapes wordt in de praktijk massaal omzeild. Voor consumenten, en in het bijzonder jongeren, is het onduidelijk wat nog wel of niet mag. Transparantie over handhaving en resultaten ontbreekt, en online verkoopkanalen blijven grotendeels buiten schot.

Ik had hierover de volgende vragen:

Welke maatregelen neemt u om consumenten en ouders actief te informeren over het verbod en de risico's van wegwerpvapes?

Komt er een publiek overzicht van inspectieresultaten en opgelegde sancties, zodat recidive zichtbaar wordt?

Welke concrete afspraken maakt u met online platformen, betaalproviders en pakketdiensten om de illegale handel via het internet en sociale media af te blokken?

Plant u bijkomende sensibiliserings- of preventiecampagnes, specifiek gericht op jongeren?

25.03 **Lotte Peeters** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb vier heel specifieke vragen in verband met cijfers die ik heb opgevraagd. Ik vat het even kort samen.

Ten eerste, ik heb cijfers opgevraagd van de controles op handelszaken tussen 1 januari 2025 en 30 juni 2025, een half jaar na de invoering van het verbod op de wegwerpvapes. Van de 1.322 controles waren er maar 62 op de e-commerce, terwijl net daar de meeste vaststellingen waren. Zullen er in de tweede helft van het jaar meer controles zijn op dat type handelszaken?

Ten tweede, de verkoop van wegwerpvapes via e-commercewinkels vereist een doorgedreven aanpak en samenwerking met andere bevoegde ministers. In hoeverre bent u daarover in overleg met onder andere de minister van Financiën?

Ten derde, enkele maanden geleden sprak u over een Europees verkoopverbod. Welke stappen zijn daarvoor al gezet?

Ten vierde, zijn er handelszaken die meerdere controles kregen van de inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid? Op die vraag hebben we gisteren al enkele antwoorden gekregen tijdens de commissie. Welke sancties worden er opgelegd bij recidivisme? Ook op die vraag hebben we gisteren al een antwoord gekregen bij de bespreking van het wetsontwerp.

25.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Sinds het verbod op de verkoop van wegwerp-e-sigaretten van 1 januari zijn door de Dienst Inspectie Consumptieproducten van de FOD Volksgezondheid tijdens de eerste helft van dit jaar 1270 controles uitgevoerd op het op de markt brengen van e-sigaretten in de vorm van een integraal wegwerpproduct. Die controles hebben geleid tot 469 vastgestelde inbreuken, waarvan 40 % plaatsvond in dagwinkels en 30 % in nachtwinkels.

In januari werd voornamelijk nog gesensibiliseerd. Vanaf februari werd overgegaan tot handhaving. In totaal werden 420 processen-verbaal opgesteld, waarvoor meestal een administratieve sanctie werd opgelegd of nog dient te worden opgelegd. Het bedrag van deze sancties is afhankelijk van de ernst van de inbreuk en het eventuele recidivegedrag. De wettelijke bandbreedte voor dit type inbreuken varieert tussen 208 euro en 120.000 euro. Ernstige inbreuken worden onmiddellijk aan het parket overgemaakt. Alle producten die in overtreding waren, zijn uit de handel genomen. Tussen 1 januari en 30 juni werden in totaal meer dan 63.000 wegwerp-e-sigaretten uit de markt gehaald. De markt wordt dus wel degelijk nauw gecontroleerd.

De Dienst Inspectie Consumptieproducten doet dat uiteraard niet alleen. Zo wordt er niet alleen samengewerkt met de politie, die trouwens ook bevoegd is om processen-verbaal op te stellen, maar ook met de douanediens ten voor de controles van goederen die het grondgebied binnenkomen. De samenwerking tussen de Dienst Inspectie Consumptieproducten en de douane loopt al een hele tijd. Ik mag ook zeggen dat die samenwerking bijzonder goed verloopt. Binnenkort wordt ze geformaliseerd via een samenwerkingsprotocol.

Sinds bijna een jaar wordt een belangrijke evolutie vastgesteld in de invoerroutes. Het wegvervoer, in het bijzonder via vrachtwagens, neemt steeds vaker de plaats in van de meer traditionele lucht- en zeeroutes. Die verandering maakt de controles aanzienlijk complexer. De verantwoordelijkheid voor de invoercontrole van de goederen ligt immers bij de bevoegde autoriteit van het land waar de producten de Europese Unie binnenkomen. Die bepaling beperkt de actiemogelijkheden aanzienlijk. Zodra de producten in België aankomen, hebben de douanediens ten niet langer de wettelijke bevoegdheid om de pakketten te openen, wat elke rechtstreekse opsporing van hun aanwezigheid op ons grondgebied onmogelijk maakt.

Om die reden is het initiatief genomen om de internationale samenwerking te versterken. Er zijn al contacten gelegd met verschillende grensautoriteiten, met name Frankrijk en Nederland, om onze nationale wetgeving, zoals het verbod op wegwerp-e-sigaretten, beter bekend te maken en een verhoogde waakzaamheid te verkrijgen bij de controles aan de buitengrenzen van de EU. Het doel is om deze samenwerkingsmethode geleidelijk uit te breiden naar alle lidstaten.

Toch blijft een belangrijk knelpunt bestaan, namelijk het gebrek aan harmonisatie op Europees niveau. In tegenstelling tot andere gereguleerde producten, zoals cosmetica, blijven wegwerp-e-sigaretten immers in de meeste lidstaten toegestaan.

Dit gebrek aan uniformiteit verzwakt de doeltreffendheid van het Europese kader en bemoeilijkt de toepassing van ons nationale verbod. Ik dring dan ook op Europees niveau aan voor een breder verbod.

Daarnaast kan ik meegeven dat de inspectiediensten van de verschillende federale administraties maandelijks bijeenkomen om transversale kwesties te bespreken. Deze vorm van informatie-uitwisseling en netwerking faciliteert de organisatie van tal van specifieke inspectiecampagnes in samenwerking tussen verschillende diensten.

Naast fysieke controles in traditionele winkels is de Dienst Inspectie Consumptieproducten van de FOD Volksgezondheid ook zeer actief in het toezicht op e-commerce. Deze controles vinden plaats op verkoopplatformen, op websites die specifiek deze producten verkopen en op sociale media, waar een fenomeen van verkoop tussen particulieren wordt vastgesteld. Zo leidden die verkopen tussen particulieren via sociale media tussen 1 januari en 30 augustus tot de organisatie van 14 huisvisitaties, waarbij 1.563 niet-conforme producten in beslag werden genomen. In 2024 leidde dit controlekanaal tot de inbeslagname van 7.313 niet-conforme producten tijdens 14 huisbezoeken.

U ziet dat er wordt gewerkt aan de handhaving van het verbod op wegwerp-e-sigaretten. De cijfers die ik u geef, zijn duidelijk, er werden al heel wat producten van de markt gehaald. Momenteel kan ik stellen

dat het controle- en sanctiekader op zich afdoende werkt, wat niet betekent dat er geen verdere initiatieven worden genomen. Binnen de Dienst Inspectie Consumptieproducten wordt dagelijks gezocht naar nieuwe manieren om de markt efficiënter te controleren, zeker voor de online markt en sociale media. Mocht hiervoor een wetswijziging nodig zijn, dan zal ik de nodige stappen ondernemen.

Wat de sanctionering betreft, kan ik meegeven dat de Dienst Inspectie Consumptieproducten tot op heden zelf geen handelszaken heeft gesloten, tijdelijk of definitief. In de praktijk werden wel al enkele zaken gesloten, maar dan via de burgemeester. Niettemin wordt de sluitingsbevoegdheid van de Dienst Inspectie Consumptieproducten van de FOD verder verrijkt, zodat dit een concreet handhavingsmiddel wordt.

Mocht verder blijken dat een administratieve sanctie niet meer werkt, dan worden de parketten gecontacteerd voor strafrechtelijke vervolging. Ook daar hebben de contacten tussen de parketten en mijn administratie ervoor gezorgd dat de wetgeving bekend is. Bovendien erkennen de parketten het maatschappelijk belang van het respecteren van deze maatregel, waardoor ze bereid zijn mee te werken aan het aanpakken van deze problematiek. Ik kan dat alleen maar toejuichen.

Zo werden recent zes winkels in het centrum van Brussel, die regelmatig werden gecontroleerd en beboet voor de verkoop van grote hoeveelheden niet-conforme e-sigaretten, vorige week voor onbepaalde tijd gesloten. Die beslissing werd genomen door de procureur des Konings op basis van verschillende inspecties die sinds januari werden uitgevoerd. Dat toont aan dat de goede samenwerking tussen mijn diensten, de lokale politie en Justitie resulteert in effectieve maatregelen.

Tot slot wil ik in nauw overleg met de deelstaten ook bekijken of een communicatiecampagne kan worden georganiseerd die specifiek jongeren informeert over de risico's die verbonden zijn aan het gebruik van de e-sigaret.

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

De cijfers over het aantal controles, inbreuken en processen-verbaal zijn toch onthutsend. Het is heel goed dat de parketten in actie zijn geschoten en die zes heel hardleerse winkels voor onbepaalde tijd hebben gesloten. De tijd zal uitwijzen of er minder winkels betrappt zullen worden wanneer ze weten dat de pakkans reëel is.

Wat de EU betreft, dat moet verder opgevolgd worden. U zegt dat grensoverschrijdingen niet meer gecontroleerd kunnen worden. Dat is een heel groot pijnpunt en het zal zeker geen *walk in the park* zijn om alle Europese landen te overtuigen van een verbod op wegwerpvapes. Die controle zal daar moeten worden herbekeken.

Wat de vragen aan minister Beenders betreft, u zult met de deelstaten bekijken of een campagne kan worden georganiseerd. We hebben het over consumentenbescherming, dus ik kijk zeker ook naar minister Beenders en u hopelijk ook, om consumenten en ouders actief te informeren. Ik deed in een van mijn vragen de suggestie om een overzicht van die inspectieresultaten en die opgelegde sancties publiek te maken. Dat kan heel goed werken om mensen die weten wat er hen boven het hoofd hangt wat terughoudender te maken.

Daar blijf ik nog wat op mijn honger zitten en ik volg dit verder op.

25.06 Lotte Peeters (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden.

Het gaat inderdaad om heel zware inspanningen van de inspectiediensten. Dat bleek ook al uit de cijfers. Ik dank u om dat nog eens extra toe te lichten.

Ik zal eind 2025 de cijfers opnieuw opvragen. Ik hoop dat wij op dat moment zullen kunnen vaststellen dat er evenveel controles uitgevoerd zullen zijn en dat er een positieve trend ingezet zal zijn, namelijk dat er minder illegale wegwerpvapes circuleren.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.01 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 01.*