

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

van

du

WOENSDAG 12 NOVEMBER 2025

MERCREDI 12 NOVEMBRE 2025

Voormiddag

Matin

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 09 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.09 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

01 **Samengevoegde interpellaties en vraag van**

- **Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De audit van het FAGG met betrekking tot de fertiliteitscentra" (56000168I)**

- **Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De audit van de activiteiten van het FAGG met betrekking tot de fertiliteitscentra" (56000178I)**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toepassing van de zesvrouwenregel in België in het kader van het donorschandaal" (56009199C)**

01 **Interpellations et question jointes de**

- **Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'audit de l'AFMPS concernant les centres de fécondation" (56000168I)**

- **Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'audit des activités de l'AFMPS relatives aux centres de fertilité" (56000178I)**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'application de la règle des six femmes en Belgique dans le cadre du scandale lié à un donneur" (56009199C)**

01.01 **Katleen Bury (VB):** Mijnheer de minister, we hebben ondertussen de tijd gehad om het auditrapport van de Federale Interne Audit (FIA) en alle inspectierapporten die het FAGG tussen 2019 en 2025 heeft opgesteld, grondig te bestuderen. Het FIA-rapport kwam tot één pijnlijke conclusie, namelijk dat het wettelijke controlesysteem voor menselijk lichaamsmateriaal nooit heeft gefunctioneerd. De wet bestond, maar het controlesysteem niet. Het is in feite een aanklacht tegen een achttien jaar lang verwaarloosd toezicht. Dat rapport is geen werkdocument, maar een spiegel van structurele nalatigheid.

De bevindingen van het FAGG zijn werkelijk onthutsend. Ik heb een aantal wanpraktijken opgelijst waarvan gewag wordt gemaakt in die inspectieverslagen. Dat betreft louter de verslagen waarin wij inzage hebben, dus al diegene die niet naar het parket zijn gestuurd. In de rapporten die wel naar het parket zijn gestuurd, zullen vermoedelijk nog veel ergere zaken in staan. Wat we hier al kunnen lezen, is op zich al hallucinant.

Er is een totaal gebrek aan kwaliteitsbeheer in de fertiliteitscentra. Er is geen kwaliteitshandboek voor de labo's en er zijn geen interne audits en geen gekwalificeerde kwaliteitsverantwoordelijken. In sommige centra bleken embryologen en laboranten zelfs niet vertrouwd met de geldende wetgeving rond menselijk lichaamsmateriaal. Donoren werden niet zorgvuldig en onvoldoende gescreend. Risicofactoren zoals het HTLV-virus – te vergelijken met het hiv-virus – dat in het bloed kan worden

teruggevonden, werden niet getest. Recente tatoeages werden niet gecontroleerd, er werd niet gepeild naar risicovolle reizen en andere verplichte bloedtesten, zoals voor hepatitis B, werden soms niet uitgevoerd.

De traceerbaarheid laat eveneens te wensen over. Er werd op een onverantwoorde manier omgesprongen met de registratie van stalen: registers bevatten doorhalingen, labels werden overplakt en unieke codes voor gameten werden op voorhand uitgedeeld of hergebruikt, waardoor het volledig onduidelijk werd welk staal bij welke patiënt hoorde. Dat zijn extreem gevaarlijke situaties waarbij eicellen en spermastalen kunnen worden verwisseld.

Er is ook sprake van onveilige labopraktijken. Er werden niet-steriele procedures vastgesteld. Zo werd kweekvloeistof overgegoten in operatiezalen die niet steriel waren. Pipetpunten en recipiënten voor embryocultuur werden gebruikt in strijd met de instructies van de fabrikant.

Verder waren er ook illegale samenwerkingen, waarbij zogezegd intermediaire structuren laboratoriumhandelingen uitvoerden voor bepaalde privégynaecologen zonder geldige aansluitingsovereenkomst, wat nochtans een zware overtreding is van de wettelijke erkenningsvoorwaarden van die centra. We zien dat in die gevallen soms spermastalen naar ziekenhuizen werden gestuurd die daar niet voor erkend waren of die de stalen zelfs niet gebruikten – of soms wel gebruikten – met andere woorden, gameten die circuleerden binnen het officieel vergunde circuit.

Dat is een korte oplijsting van dossiers die niet naar het parket werden opgestuurd. Ik hou dus mijn hart vast voor wat er staat in die enkele dossiers die wel naar het parket werden doorgestuurd.

Verder lezen we ook dat de tekortkomingen niet van gisteren zijn. In heel veel verslagen lezen we dat de tekortkomingen grotendeels dezelfde zijn als bij de vorige inspectie. We zien dus dat er daar geen actie werd ondernomen en dat men dezelfde zware fouten keer op keer vaststelde. Toch bleef de reactie van het FAGG in die gevallen louter administratief. Men kreeg een waarschuwing en mocht dan een CAPA-actieplan (Correctieve en Preventieve Acties) opstellen. In de verslagen werden die wanpraktijken geen enkele keer als kritieke tekortkomingen aanzien. Ik heb daar heel veel vragen over.

Zijn er sinds 2019 erkenningen ingetrokken? Hoeveel processen-verbaal heeft het FAGG opgesteld tegen overtreders? Hoeveel keer is er dan wel naar het parket doorverwezen? Over welke nalatigheden of fouten ging het dan?

Een ander belangrijk punt betreft Fertidata, dat sinds 2024 alle donorgegevens moet verzamelen. Daarover zegt de FIA dat het voor de toezichthouder zelf totaal ontoegankelijk was. Niemand bij het FAGG had een login om proactief gegevens op te vragen. Die inspecteurs konden die database niet eens raadplegen.

Vervolgens hebben we de cel Biovigilantie, waarover de FIA zegt dat die nauwelijks operationeel bleek. De centra waren niet verplicht of voelden zich niet verplicht om incidenten te melden. Kortom, al die klachten bleven zonder gevolg.

Wat mij nu nog het meest schokt, is dat u dat allemaal had moeten weten, mijnheer de minister. Op 4 november gaf u in de commissie toe dat u moeite had om de verslagen door te nemen. U zei dat ze zo erg waren. U hebt met andere woorden de ernst van de situatie zeker ingezien. Op diezelfde zitting bleef u evenwel op de vlakte over uw eigen verantwoordelijkheden. U hebt de FAGG niet één keer op het matje geroepen of rapporten in handen gekregen tussen 2019 en 2024 waarin die fertiliteitscentra verder werden gecontroleerd. Nooit werd er een grondige doorlichting bevolen. Hier in het Parlement, toen ik nog niet in deze commissie zat, heeft mijn collega Dominique Sneppe samen met andere collega's verschillende keren een doorlichting gevraagd van het FAGG. U had dus al veel langer die alarmerende rapporten en signalen moeten opmerken. Helaas is er nu een bom gebarsten, maar voordien hebt u niets gedaan. Ik heb hier een aantal vragen over.

Hoe verklaart u dat het FAGG sinds 2019 herhaaldelijk dezelfde ernstige tekortkomingen vaststelde, bijvoorbeeld het ontbreken van de verplichte bloedtesten, samenwerkingsovereenkomsten die onwettig waren, traceerbaarheidsinbreuken, zonder die ooit als kritiek aan te merken of het parket te verwittigen? Waarom werden zulke inbreuken niet onmiddellijk als prioritair gevaarlijk aangepakt?

Waarom is er ondanks het herhaaldelijke patroon van wanpraktijken nooit verscherpt toezicht ingesteld op de betrokken fertiliteitscentra en intermediaire structuren?

Hoeveel centra of structuren hebben in de periode 2019-2025 meer dan één waarschuwing gekregen zonder dat hun erkenning werd geschorst of ingetrokken?

Welke instructies of richtlijnen hebt u vanuit uw kabinet aan het FAGG gegeven, nadat de eerste onthutsende inspectierapporten uw aandacht trokken en wanneer was dat? Waarom bent u nooit ingegaan op de vraag die herhaaldelijk in de Kamer werd gesteld om het FAGG te laten doorlichten, ruim voor dit schandaal losbarstte? Erkent u dat de regelgeving die hier niet werd gehandhaafd en de controle die niet werd uitgevoerd uw eigen politieke verantwoordelijkheid is en dat daardoor het vertrouwen in uw beleid door die jarenlange nalatigheid onherstelbaar is geschaad? Welke consequenties verbindt u daaraan voor uzelf?

01.02 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, de audit van de Federale Interne Auditdienst over het functioneren van het FAGG is op zijn zachtst gezegd verontrustend. De bevindingen gaan veel verder dan één incident. Ze tonen een structureel falend toezichtstelsel dat, door beperkte capaciteit en gebrekkige procedures, ervoor heeft gezorgd dat de wet jarenlang niet effectief werd nageleefd.

De conclusie is helder. Het FAGG beschikt noch over de nodige instrumenten, noch over voldoende inspecteurs en gestandaardiseerde procedures om overschrijdingen van de zesgezinnenregel systematisch te detecteren, te voorkomen of te communiceren.

Erkenningen van fertiliteitscentra konden niet worden verlengd omdat de inspectie niet kon volgen. Tot 2022 waren er twee inspecteurs – nadien werden dat er zes – bevoegd voor het volledige domein van menselijk lichaamsmateriaal. Uiteraard konden zij niet elk fertiliteitscentrum om de vier jaar inspecteren, waardoor moest worden gewerkt met voorlopige erkenningen. Om hun taak naar behoren te kunnen vervullen, zijn eigenlijk 12 inspecteurs nodig.

Vorige week pleitte u nog voor de aanwerving van 10 inspecteurs om de verkoop van alcohol, tabak en lachgas te controleren. Er was echter op geen enkel moment in de commissie sprake van de aanwerving van extra inspecteurs voor het FAGG. We stellen ons dan ook vragen bij de prioriteiten die u daarin stelt.

Inspecteurs hebben bovendien geen inzage in Fertidata. Een inzage zou nochtans toelaten om veel efficiënter relevante dossiers te selecteren voor inspectie. Vandaag moeten inspecteurs echter aan het personeel van de fertiliteitscentra om inzage vragen. Fertidata bevat geen historische dossiers, waardoor de zesvrouwenregel nog altijd niet kan worden gegarandeerd.

Mijnheer de minister, na de oprichting van Fertidata had u de opdracht kunnen geven om te beginnen met het aanvullen van die databank met gegevens uit het verleden. De inspectieactiviteiten zijn bovendien onvoldoende gestandaardiseerd, gaande van de voorbereiding en de inspectie zelf tot en met de verslagen. Er is geen eenduidige opvolging van de CAPA's, geen uniform beleid inzake de sancties die verbonden worden aan de vastgestelde tekortkomingen en geen duidelijke classificatie van die tekortkomingen.

We hebben zelf alle mogelijke verslagen doorgenomen. Hoewel er in de meerderheid van de gevallen ernstige tekortkomingen werden vastgesteld, werd er in bijna geen enkel geval een sanctie opgelegd.

Bovendien bestaat er geen uniforme richtlijn over de gevolgsgevingsstrategie voor waarschuwingen, processen-verbaal of schorsingen, wat uiteraard leidt tot een ongelijke behandeling van vergelijkbare dossiers.

De audit wijst ook op structurele knelpunten in de samenwerking met de parketten. Het systeem van biovigilantie schiet tekort: er is geen formele beoordeling van de ernst van meldingen, geen documentatie van beslissingen en een gebrekkige traceerbaarheid van wat er nadien met klachten gebeurt. De samenwerking tussen de cel Biovigilantie en de inspectiediensten blijft beperkt tot losse communicatie, zonder centraal overzicht of prioritering.

Ook de externe communicatie verloopt versnipperd en komt te laat. Er bestaat geen escalatieprocedure die bepaalt wanneer en hoe incidenten aan het kabinet of aan de minister worden gemeld.

De FIA formuleerde tien aanbevelingen met hoge prioriteit, waaronder het wettelijk verankeren van de inspectieplanning, het ontwikkelen van een uniform systeem voor ernstevaluatie, het verder uitbouwen en wettelijk versterken van Fertidata en het vastleggen van een formele gevolgsgevings- en escalatiestrategie. Het FAGG heeft daarvoor blijkbaar een actieplan ingediend, maar de uitvoering is pas voorzien tussen 2026 en 2027. Dat roept vragen op over de prioriteiten die u daaraan geeft, mijnheer de minister.

Ten slotte blijft u telkens stellen dat de opheffing van de anonimiteit dit probleem had kunnen voorkomen. Niets is minder waar. De vaststellingen maken duidelijk dat dit probleem niet te maken heeft met de wetgeving inzake anonimiteit, maar met een falend systeem.

Mijnheer de minister, mijn vragen zijn de volgende.

Erkent u dat er binnen het FAGG een structureel tekort aan inspectiecapaciteit bestaat om de wettelijke opdrachten op het vlak van biovigilantie adequaat te kunnen uitvoeren? Zult u bijkomende middelen en mensen vrijmaken voor de inspectiedienst en, zo ja, binnen welke termijn?

Zult u de inspecteurs toegang geven tot Fertidata? Tegen wanneer zult u Fertidata verrijkt hebben met dossiers uit het verleden? U hoeft daarbij niet te verwijzen naar het FAGG, maar wanneer wilt u dat zelf?

Hoeveel centra gebruiken op dit moment een digitaal meldingssysteem dat automatisch gegevens doorstuurt naar het FAGG? Zult u werk maken van de integratie van meldingssystemen van fertiliteitscentra in één centrale databank, vergelijkbaar met de systemen voor geneesmiddelen of medische hulpmiddelen?

Hoe zult u garanderen dat incidenten, bijwerkingen of afwijkingen tijdig en volledig worden gemeld, dat ze een score krijgen op het vlak van ernst en dat ze op een gepaste manier worden opgevolgd in functie van die score?

Mijnheer de minister, ik kom tot mijn laatste vraag, al heb ik er nog veel meer schriftelijk ingediend. U was vorige week terecht verontwaardigd over de werking van het FAGG en van het fertiliteitscentrum. De vraag die toen en nu op mijn lippen brandt, is of u, als politiek verantwoordelijke voor het functioneren van uw diensten, uw eigen politieke verantwoordelijkheid daarin erkent. Welk gevolg zult u daaraan geven?

01.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil nog even ingaan op de zogenaamde zesvrouwenregel. Nu gebleken is dat die regel herhaaldelijk met de voeten werd getreden, lijkt iedereen de verantwoordelijkheid in elkaars schoenen te schuiven.

De European Sperm Bank heeft verklaard dat de overschrijdingen van het donorquotum in België hadden kunnen worden vermeden indien zoals in andere landen een systeem van zogenaamde *pregnancy slots* of quotareserveringen was ingevoerd. Bij dat systeem, dat onder meer in Denemarken, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en andere Scandinavische landen wordt toegepast, moet de behandelende arts bij de aankoop van donorzaad meteen een slot reserveren voor een specifieke patiënt. Die patiënt wordt dan onmiddellijk meegeteld in het quotum van zes vrouwen per donor, waardoor overschrijdingen volgens dat systeem structureel uitgesloten zouden zijn.

De European Sperm Bank verklaarde dat zij dat systeem al meermaals heeft aanbevolen aan de Belgische overheid, maar dat de invoering ervan uitblijft. In België is een *pregnancy slot* niet vereist. De koppeling tussen donor en patiënt gebeurt pas achteraf in het kader van het nationale donorregister Fertidata, dat sinds 1 januari 2024 operationeel is.

Dat roept een aantal vragen op. Waarom werd het systeem van *pregnancy slots* in België tot op heden niet ingevoerd, hoewel buitenlandse spermabanken het al jaren als goede praktijk zouden aanbevelen?

Acht u het wenselijk om dat systeem ook in België te verankeren?

Werd bij de ontwikkeling van Fertidata overwogen om het *pregnancy slot*-principe te integreren, en zo ja, waarom werd daarvan afgezien?

Kunt u bevestigen dat de huidige verplichting tot preregistratie sinds 1 januari 2024 voldoende garanties biedt om overschrijdingen van de zesvrouwenregel in de toekomst uit te sluiten, ook wanneer donorzaad uit het buitenland afkomstig is?

Tot slot blijf ik nog zitten met de vraag waarom het FAGG pas in 2022 heeft besloten om de biovigilantieformulieren te wijzigen, waardoor er pas vanaf dat moment zicht is gekomen op de overschrijdingen van de zesvrouwenregel. Wat was de aanleiding om toen die formulieren aan te passen? Kunt u dat verduidelijken?

01.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Geachte Kamerleden, ik wil eerst en vooral verwijzen naar een aantal zaken die vorige week al werden gezegd, ook door mijzelf, toen het rapport van de FIA en de inspectieverslagen publiek werden gemaakt. Ik wil het essentiële daaruit nog eens herhalen. Ik heb na kennisname van de conclusies van het FIA-rapport onmiddellijk beslist om een crisismanager aan te stellen, met als opdracht een concreet en uitvoerbaar herstelplan op te maken en daarover te rapporteren aan mij, maar ook aan u, aan het Parlement.

Ik heb voorts een tweede FIA-audit over het FAGG gevraagd die meer algemeen de organisatie, de doelmatigheid en de inzet van middelen bij het agentschap dient te objectiveren, inclusief de inspectiecapaciteit en de risicogebaseerde planning.

Ik heb, ten derde, ook beslist om bij alle fertiliteitscentra een nieuwe inspectieronde uit te voeren.

Ten slotte zullen alle inspectieverslagen, behalve deze die deel uitmaken van een lopend gerechtelijk onderzoek, publiek raadpleegbaar zijn via de website van het FAGG. We doen dat met het volle respect voor de getroffen gezinnen en de slachtoffers van eerdere tekortkomingen.

Omdat die vraag hier ook uitdrukkelijk werd gesteld, wil ik nog even inzoomen op hoe men als minister en als parlement moet staan tegenover individuele inspecties. Individuele inspecties worden onafhankelijk uitgevoerd. Dat is de regel bij alle overheidsorganisaties, of alleszins bij de overheidsorganisaties die ik ken. Het FAGG is in dat opzicht ook autonoom in zijn inspectiebevoegdheid.

Het feit dat men als minister niet stelselmatig op de hoogte wordt gebracht van inbreuken is op zich logisch, mede gelet op het medisch beroepsgeheim, de privacy en de patiëntenrechten die in het geding kunnen zijn. De algemene regel dat het FAGG autonoom is in zijn inspectiebevoegdheid en dat de minister dus niet stelselmatig op de hoogte wordt gebracht van inspecties en inbreuken, belet echter niet dat als er structurele of ernstige problemen zijn, de minister op de hoogte moet worden gebracht. Dat heeft men nagelaten. De beleidscel en ik als minister werden daarvan niet op de hoogte gebracht, hoewel dat had moeten gebeuren, met inachtneming van alle wettelijke garanties inzake privacy en beroepsgeheim.

Dat er een probleem was met de rapportering en de escalatie van bepaalde informatie naar de beleidscel van de minister, is inmiddels duidelijk. Het is onder meer door het gebrek aan escalatieprocedures, dus het feit dat een minister niet op de hoogte wordt gebracht van structurele of ernstige problemen, dat ik dat niet alleen grondig door de FIA laat onderzoeken, maar ook heb beslist om een crisismanager aan te stellen om dat recht te zetten.

Ik wil benadrukken en herhalen dat de fertiliteitscentra zelf ook in de spiegel moeten kijken. Een specifieke en belangrijke vraag van mevrouw De Knop, om de succespercentages van de fertiliteitscentra publiek te maken, houdt daarmee verband. Daarvoor kan ik verwijzen naar de bestaande publieke rapportage via BELRAP, onder de verantwoordelijkheid van het College voor het Zorgprogramma Reproductieve Geneeskunde, op de website www.belrap.be.

Het FIA-auditrapport toont dus – ik herhaal het nogmaals, ten overvloede, maar het blijft belangrijk – een structureel opvolgingsprobleem aan in de rapportering en de opvolging van tekortkomingen bij de fertiliteitscentra. Er ontbreken vooraf gedefinieerde criteria voor ernst en gevolgeving, er is geen

uniforme escalatieprocedure en er is onvoldoende traceerbaarheid van de tekortkomingen. Die combinatie maakt dat, volgens het auditrapport, herhaalde ernstige tekortkomingen niet consequent als kritiek werden geregistreerd of aan het parket werden overgemaakt.

De FIA beveelt daarom een uniform classificatie- en gevolgsgevingskader aan, met expliciete documentatie- en escalatieregels, zoals beschreven in de aanbevelingen. Het gaat hier zelfs om een van de *high recommendations* van het rapport. Het spreekt voor zich dat de crisismanager nauwgezet moet toezien op de uitvoering van die aanbevelingen.

De FIA-audit stelt dat het biovigilantieproces toelaat om meldingen van incidenten tijdig te verwerken en te analyseren, overeenkomstig de Europese richtlijnen. In de audit wordt evenwel opgemerkt dat het problematisch is dat dat niet steeds formeel wordt gedocumenteerd.

Het spreekt voor zich dat dat naar een hoger niveau moet worden getild. Het CAPA-plan dat het FAGG op eigen verantwoordelijkheid heeft opgesteld naar aanleiding van de FIA-audit, voorziet in bijkomende maatregelen om de processen rond incidentmeldingen en -opvolging te verbeteren. Concreet zal een werkinstructie worden opgesteld om de ernst van de meldingen objectief te beoordelen en zal een transversale procedure worden ingevoerd tussen hemo- en biovigilantie en de inspectiediensten, zodat de communicatie over voorgestelde acties formeel wordt vastgelegd en de opvolging systematisch verloopt. Ook dat zal de crisismanager nauwgezet opvolgen.

Ondanks de vastgestelde tekortkomingen – waar ik echt zwaar aan til – leest u in het FIA-rapport dat de afgelopen jaren werd geïnvesteerd in de uitbreiding van de inspectiecapaciteit. Er werd intern herschikt, waardoor binnen de afdeling Distributie een volwaardige cel Menselijk Lichaamsmateriaal werd opgericht. Bovendien werd het personeelsplan voor die cel uitgebreid tot zes inspecteurs. In dat kader is men bezig met de aanwerving van een bijkomende inspecteur. In het kader van de begrotingsonderhandelingen dien ik ook een aanvraag in voor een bijkomende uitbreiding met acht inspecteurs.

Het FIA-auditrapport stelt vast dat de inspecteurs van het FAGG geen toegang hebben tot de gepseudonimiseerde gegevens in Fertidata. Dat vloeit voort uit de wet van 6 juli 2007, die de depseudonimisering van donorgegevens niet toelaat. In dat verband, mevrouw De Knop, zou ik met alle nodige nuance willen zeggen dat het principe van anonimiteit op zich inderdaad een hinderpaal vormt om grondig te kunnen inspecteren, op te volgen en klaarheid te scheppen. Dat is mijn aanvoelen en het blijkt ook uit het FIA-rapport.

In het voorontwerp van wet tot wijziging van die wet, dat momenteel binnen mijn beleidscel en administratie wordt voorbereid, wordt voorzien dat bij het FAGG zowel de inspecteurs als de cel Biovigilantie toegang krijgen tot Fertidata voor toezicht, de voorbereiding en uitvoering van inspecties, de opvolging van biovigilantiemeldingen en, waar nodig, het waarschuwen of blokkeren van donoren.

Daarnaast bepaalt het voorontwerp dat de fertiliteitscentra hun retrospectieve gegevens in Fertidata moeten aanleveren en dat die aanlevering binnen negen maanden na de inwerkingtreding van de wet moet plaatsvinden en uiterlijk op 30 juni 2027. Die termijn is qua haalbaarheid afgestemd met de Belgian Society for Reproductive Medicine.

Geachte Kamerleden, ik stel voor dat u ter voorbereiding van de hoorzitting van 18 november tijd vrijmaakt om gerichte vragen aan het FAGG en de FIA te formuleren.

In antwoord op de punctuele vragen van de leden Bury en De Knop kan ik alvast het volgende meedelen.

Ten eerste, één centrum kreeg meerdere waarschuwingen. Voorts werd bij twee centra een intentie tot schorsing geïnitieerd. Het FAGG maakte ook een dertigtal processen-verbaal over aan het parket.

Ten tweede, de digitalisering van de meldingsformulieren voor biovigilantie, wat de notificatieprocedure dient te vereenvoudigen en te versnellen, staat gepland voor 2026.

Mevrouw Gijbels, nu kom ik tot enkele van uw punctuele vragen.

U vroeg waarom in 2022 die beslissing werd genomen. Ik stel voor dat u dat aan het FAGG voorlegt tijdens de hoorzitting, want ik kan daarop eerlijk gezegd niet in plaats van het FAGG antwoorden.

Wel kan ik u al vier elementen meegeven met betrekking tot de specifieke informatie die u vraagt.

Ten eerste, op basis van de contractuele bepalingen is de ESB (European Sperm Bank) verplicht om, in het kader van haar samenwerking met de Belgische fertiliteitscentra, toe te zien op de naleving van de nationale quota. In de contracten die door het FAGG werden geanalyseerd, zijn clausules opgenomen waarin de ESB zich ertoe verbindt om die quota te respecteren. Sinds 2024, met de invoering van het Fertidatasysteem, verwijzen de nieuwe contracten met de ESB expliciet naar het verplicht gebruik van Fertidata aan de zijde van de ESB. Aangezien dat systeem van *pregnancy slots* niet uniform wordt toegepast en bovendien niet door alle spermabanken wordt aangeboden, werd ervoor gekozen om een nationaal systeem, zoals Fertidata, te implementeren, dat in werking is sinds 1 januari 2024.

Fertidata garandeert een uniforme en juridisch afdwingbare aanpak voor alle Belgische centra en biedt een duidelijk kader voor het beheer van donorquota.

Ten tweede biedt Fertidata bovendien een gratis en transparant systeem voor de opvolging van donorgebruik, in tegenstelling tot *pregnancy slot*-systemen, die niet uniform zijn en waarbij per slot een financiële compensatie wordt vereist. In het model van de ESB houdt dat concreet in dat fertiliteitscentra een contract met de spermabank hebben en betalen voor het reserveren van een slot om zo de naleving van de zesvrouwenregel te verzekeren.

Ten derde, Fertidata is ontworpen met een gelijkaardige functionaliteit als *pregnancy slots*, namelijk het vooraf registreren van koppelingen tussen donor en patiënten, gelimiteerd tot het quotum van zes. Het systeem is afgestemd op de Belgische regelgeving en praktijk en laat een uniforme en beter controleerbare opvolging op nationaal niveau toe, in tegenstelling tot de *pregnancy slots* van buitenlandse spermabanken, die doorgaans op lokaal niveau worden beheerd.

Ten vierde, de verplichte preregistratie in Fertidata laat toe om het aantal vrouwen tot het quotum van zes te limiteren. Dat geldt ook voor donorzaad dat uit het buitenland afkomstig is. Het systeem biedt garanties voor elk gebruik van een nieuwe donor, op voorwaarde dat de centra hun verplichtingen naleven, zoals vastgesteld in het koninklijk besluit van 17 december 2023, met name de verplichting tot het correct registreren van het gebruik. De inspectiediensten zien erop toe dat die verplichtingen worden nageleefd en dat het gebruik van donoren op een correcte en conforme wijze gebeurt.

Mevrouw Gijbels, behoudens die vier elementen, wil ik ook verwijzen naar wat ik vorige week heb gezegd. Het FIA-rapport vermeldt een aantal problemen met betrekking tot de concrete efficiëntie waarmee Fertidata vandaag kan worden geïmplementeerd. Dat zijn belangrijke opmerkingen en nuancerings in het FIA-rapport. Ik verwijs daarnaar, maar ik zal ze hier niet herhalen.

Geachte leden, ik vat samen. U weet dat ik zwaar til aan wat voor de zomer aan het licht is gekomen en aan wat de inspectieverslagen en de FIA-audit hebben blootgelegd. Ik heb daarom onmiddellijk forse maatregelen beslist die het vertrouwen in de overheid en in de fertiliteitssector moeten herstellen. We laten dat niet voorbijgaan als een incident. Er is een crisismanager aangesteld die een structureel en grondig herstelplan moet uitvoeren. Er komen nieuwe inspecties bij alle centra en we maken werk van een zeer grondige en diepgaande hervorming van het toezicht.

01.05 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, het is *too little, too late*. Dat is eigenlijk de enige repliek die ik heb.

Ik ben blij voor die inspecteur van de FIA dat hij een veearts is. Die man heeft zich twee weken geleden ook als zodanig voorgesteld. Als ik terugdenk aan wat hij verteld heeft, dan denk ik zelfs dat men met de fertilisatie van raspaarden niet zo onzorgvuldig omspringt.

U zegt dat het FAGG niet moest rapporteren en dat het dat ook niet voor elk verslag hoeft te doen. Dat klopt, dat zullen we niet ontkennen. In deze situatie zien we echter dat het FAGG nooit rapporteerde, geen initiatief nam en dat u ook nooit de vraag hebt gesteld of daar überhaupt wel inspecties gebeurden en of er af en toe resultaten op tafel kwamen. Kamerleden hebben meermaals een audit gevraagd,

maar u ging daar niet op in. Een voogdijminister heeft nochtans de plicht om te weten, de plicht om op te volgen en de plicht om te controleren. U hebt dat niet gedaan. U hebt die wettelijke rol niet vervuld.

We kunnen daaruit afleiden dat ministers niet meer nodig zijn. We zouden namelijk evengoed kunnen beslissen dat de administratie de opvolging verzekert en dat Kamerleden de bevindingen van de administratie bekijken en erover stemmen. Heel de rol van de ministers kunnen we zodoende aan de kant schuiven.

Het is politiek onverdedigbaar dat u aanblijft. U had dat veel vroeger moeten zien. Ik denk dat er nog enorm veel aan het licht zal komen. Het gaat immers niet alleen over ouders die een beroep hebben gedaan op een donor. Als ouders in de fertiliteitscentra een kindje hebben gekregen met hun eigen materiaal, zullen ook daar misschien nog heel wat zaken aan het licht komen, aangezien daar wellicht fouten ook zijn begaan. Ik wil het niet hebben gedroomd, maar ik vrees ervoor.

U hebt uw verantwoordelijkheid niet genomen, terwijl u voogdijminister bent. Vandaar dat ik en mijn collega, mevrouw Sneppe, uiteraard in naam van heel onze fractie, vandaag uw ontslag vragen en een motie van wantrouwen indienen.

01.06 Irina De Knop (Open Vld): Dank u wel voor uw antwoorden, mijnheer de minister. Ze zijn voor een groot deel een herneming van wat we in de pers hebben kunnen lezen.

Ik wil vooraf meegeven dat ik wel een beetje betreur dat we 's morgens een presentatie kregen over de audit, maar niet eens de kans kregen die te bespreken, terwijl u 's middags uitgebreid toelichting gaf over de maatregelen die u neemt. Die maatregelen komen inderdaad laat. Ze zijn inderdaad wel doortastend te noemen, met name de beslissing om een crisismanager aan te duiden. Eigenlijk zegt u zo dat u geen vertrouwen meer hebt in de mensen die de leiding hebben in het FAGG.

Ik treed mijn collega bij als ze zegt dat het te laat komt. Er werden in het Parlement inderdaad sinds 2020 verschillende vragen gesteld over het functioneren van het FAGG. Daar is eigenlijk nooit doortastend opgetreden. Ik begrijp dat u zegt dat het FAGG autonoom is in zijn controlefunctie, maar het werkt natuurlijk wel in opdracht van de federale overheid en bent u de bevoegde voogdijminister. Het lijkt me niet meer dan normaal, zeker nadat er in het verleden herhaaldelijk meldingen kwamen over zaken die fout liepen in de fertiliteitscentra, dat u veel eerder zou vragen daar gestructureerde informatie over te krijgen en dat u zou afspreken hoe het FAGG u op een structurele manier op de hoogte zou houden over eventuele tekortkomingen. U had zeker al veel eerder moeten vragen naar de resultaten van de gebundelde audits. Dan had u zelf veel eerder kunnen vaststellen dat er ondanks de grote tekortkomingen nauwelijks sancties genomen werden en dat er nauwelijks opvolging plaatsvond. Erger nog, ondanks de grote tekortkomingen konden de fertiliteitscentra gewoon blijven voortwerken.

Ook wil ik weten – en ik wil dat we ter zake echt in de diepte gaan – wanneer het FAGG u aangegeven heeft dat het te weinig inspecteurs heeft om zijn opdrachten uit te voeren. Dat is de essentie. Als het FAGG onvoldoende mensen heeft om zijn opdrachten op een ernstige manier uit te voeren, kan ik niet geloven dat het dat in de voorbije vijf jaar op geen enkel moment gemeld heeft aan de bevoegde minister.

Mijnheer de minister, er blijven in dit dossier zoveel onbeantwoorde vragen en losse eindjes dat dit geen *finished business* kan zijn. De audit die u nu aan de FIA heeft gevraagd, had u al veel eerder moeten vragen.

Ik kom nogmaals terug op het principe van anonimiteit. Als er geen systemen zijn die met elkaar verbonden zijn en checken of de regels worden gerespecteerd, dan maakt het helemaal niet uit of een dossier een bepaald cijfer krijgt waarmee anonimiteit wordt gegarandeerd, dan wel of er Jan, Piet of Pol staat. Controlesystemen ontbreken volledig, wat de audit bevestigt. Om al die redenen zullen ook wij een motie indienen. Ik vrees dat het een motie van wantrouwen moet worden, al besef ik ten volle de zwaarwichtigheid daarvan.

01.07 Frieda Gijbels (N-VA): Het hoeft geen betoog dat op verschillende niveaus en in verschillende instellingen ernstige fouten werden gemaakt, met verschillende slachtoffers tot gevolg. Het is belangrijk dat deze zaak volledig wordt uitgeklaard. U gaf zelf ook aan dat het FAGG een onafhankelijk opererende instelling is die de burger moet beschermen. Net op dat vlak heeft het agentschap gefaald.

Door de jaren heen zijn er verschillende signalen geweest dat er een risico bestond op overschrijding van de quota.

Het is belangrijk te controleren wanneer de adviezen van de European Sperm Bank (ESB) met betrekking tot de detectie van risico's werden uitgebracht en wat daarmee werd gedaan. Het is zeer goed dat Fertidata nu bestaat en verder wordt verbeterd, zoals de FIA eveneens aangeeft. Ik hoop van harte dat die gegevens ook retroactief zullen kunnen worden aangevuld. De inspectieverslagen en de gebrekkige traceerbaarheid stemmen mij immers enigszins ongerust. De vraag blijft dan ook of het FAGG meer had kunnen of moeten doen. We zullen die gerichte vragen volgende week aan de FIA en het FAGG stellen.

Moties **Motions**

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion, les motions suivantes ont été déposées.

Een eerste motie van wantrouwen werd ingediend door de dames Katleen Bury en Dominiek Sneppe en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellaties van de dames Katleen Bury en Irina De Knop
en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding,

- gelet op het eindrapport van de Federale Interne Audit (FIA), gedateerd op 30 oktober 2025, waarin wordt vastgesteld dat het wettelijke controlesysteem inzake menselijk lichaamsmateriaal 'nooit heeft gefunctioneerd';

- gelet op het koninklijk besluit van 28 september 2009 betreffende het toezicht op de weefsels- en cellenbanken, waarin het FAGG expliciet wordt belast met het uitvoeren van regelmatige inspecties, het melden van ernstige tekortkomingen aan het parket en het informeren van de bevoegde minister;

- overwegende dat uit de inspectieverslagen van 2019 tot 2025 blijkt dat:

- dezelfde ernstige tekortkomingen jaar na jaar werden herhaald, zonder structurele remediëring;
- geen enkele tekortkoming als "kritiek" werd aangemerkt;
- het parket niet werd verwittigd bij de flagrante inbreuken op volksgezondheid en wetgeving waarvan sprake in de inspectieverslagen die door de FIA werden doorgenomen;
- erkenningen van in overtreding zijnde centra nooit werden geschorst of ingetrokken;

- overwegende dat de Federale Interne Audit bovendien vaststelt dat er binnen het FAGG een totaal gebrek bestond aan interne communicatie, opvolging en kwaliteitscontrole;

- overwegende dat de minister van Volksgezondheid, als voogdijminister van het FAGG, op de hoogte had moeten zijn van deze structurele tekortkomingen, aangezien zij rechtstreeks voortvloeien uit zijn functie als voogdijminister;

- overwegende dat de minister, ondanks herhaalde signalen vanuit het parlement en de sector, heeft nagelaten het FAGG te laten doorlichten of het toezichtsbeleid te hervormen;

- overwegende dat dit nalaten niet enkel een administratief falen inhoudt, maar een ernstige schending vormt van de plicht tot toezicht en van het vertrouwen dat patiënten, donoren en burgers in het federale gezondheidsbeleid mogen stellen;

roept de Kamer op:

- vast te stellen dat de minister van Volksgezondheid zijn voogdijverantwoordelijkheid over het FAGG niet naar behoren heeft uitgeoefend;

- te verklaren dat de Kamer het vertrouwen in de minister van Volksgezondheid heeft verloren."

Une première motion de méfiance a été déposée par Mmes Katleen Bury et Dominiek Sneppe et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu les interpellations de Mmes Katleen Bury et Irina De Knop

et la réponse du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté,

- compte tenu du rapport final de l'Audit fédéral interne (FAI), daté du 30 octobre 2025, dans lequel il est constaté que le système de contrôle légal en matière de matériel corporel humain 'n'a jamais fonctionné';

- compte tenu de l'arrêté royal du 28 septembre 2009 relatif au contrôle des banques de tissus et de

cellules, conformément auquel l'AFMPS est explicitement chargée d'effectuer des inspections régulières, de signaler les lacunes importantes au parquet et d'informer le ministre compétent;

- considérant qu'il ressort des rapports d'inspection publiés entre 2019 et 2025:

- que les mêmes manquements importants se sont reproduits année après année, sans qu'il n'y ait été remédié structurellement;

- qu'aucun manquement n'a été considéré comme 'critique';

- que le parquet n'a pas été averti des infractions flagrantes en matière de santé et des infractions à la législation dont il est question dans les rapports d'inspection examinés par le FAI;

- que les agréments des centres en infraction n'ont jamais été suspendus ni retirés;

- considérant que, de surcroît, le FAI constate un manque total de communication interne, de suivi et de contrôle de la qualité au sein de l'AFMPS;

- considérant qu'en sa qualité de ministre de tutelle de l'AFMPS, le ministre de la Santé publique aurait dû être informé de ces lacunes structurelles, en ce qu'elles relèvent directement de sa fonction de ministre de tutelle;

- considérant qu'en dépit des signaux envoyés de manière répétée par le Parlement et par le secteur, le ministre a omis de soumettre l'AFMPS à un audit ou de réformer la politique en matière de contrôle;

- considérant que cette omission constitue non seulement une négligence administrative, mais également une violation grave du devoir de contrôle et une atteinte à la confiance que les patients, les donateurs et les citoyens sont en droit de placer dans la politique fédérale en matière de santé;

invite la Chambre:

- à constater que le ministre de la Santé publique n'a pas exercé comme il se doit sa responsabilité de tutelle à l'égard de l'AFMPS;

- à déclarer que la Chambre retire sa confiance au ministre de la Santé publique."

Een tweede motie van wantrouwen werd ingediend door mevrouw Irina De Knop en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellaties van de dames Katleen Bury en Irina De Knop

en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding,

- overwegende dat uit deze verklaringen blijkt dat de minister, ondanks talrijke parlementaire vragen en waarschuwingen in het verleden over de werking van het FAGG, geen tijdige en grondige doorlichting van het agentschap heeft bevolen;

- overwegende dat bovendien duidelijk wordt dat er jarenlang structureel te weinig inspecteurs waren bij het FAGG, waardoor een structureel falend toezichtssysteem is blijven bestaan, met onder meer het niet naleven van de zes-gezinnenregel als gevolg;

- overwegende dat verder blijkt dat er geen eenduidig beleid bestaat inzake de sancties die verbonden worden aan tekortkomingen, en geen uniforme richtlijn of gevolgsgevingsstrategie voor waarschuwingen, processen-verbaal of schorsingen, waardoor vergelijkbare dossiers ongelijk worden behandeld;

- overwegende dat de door de minister aangekondigde maatregelen, waaronder de aanstelling van een crisismanager bij het FAGG, pas komen nadat de problemen zich jarenlang hebben kunnen opstapelen en de schade reeds is aangericht, en dus manifest te laat zijn om het vertrouwen in haar/zijn beleid te herstellen;

- overwegende dat de Kamer enkel haar vertrouwen kan behouden in een minister die tijdig en doortastend optreedt, transparant informeert en zorgt voor een performant en betrouwbaar toezichtssysteem in het belang van patiënten en donoren;

verklaart dat zij het vertrouwen in de minister van Volksgezondheid opzegt."

Une deuxième motion de méfiance a été déposée par Mme Irina De Knop et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu les interpellations de Mmes Katleen Bury et Irina De Knop

et la réponse du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté,

- considérant qu'il ressort de ses déclarations que le ministre, malgré bon nombre de questions parlementaires et d'avertissements formulés dans le passé concernant le fonctionnement de l'AFMPS, n'a pas commandé d'audit approfondi de l'Agence en temps utile;

- considérant qu'en outre, il est clair que le nombre d'inspecteurs est structurellement insuffisant à l'AFMPS depuis plusieurs années, ce qui a fait perdurer un système de contrôle structurellement défaillant, entraînant notamment le non-respect de la règle des six fratries;

- considérant qu'il apparaît également qu'il n'existe pas de politique cohérente en matière de sanctions

infligées en cas de manquements, ni de directive ou de stratégie uniforme pour les suites à donner aux avertissements, procès-verbaux ou suspensions, ce qui crée une inégalité de traitement entre des dossiers similaires;

- considérant que les mesures annoncées par le ministre, dont la désignation d'un gestionnaire de crise au sein de l'AFMPS, n'interviennent qu'alors que les problèmes se sont accumulés pendant des années et que des dommages ont déjà été causés, et que ces mesures arrivent donc manifestement trop tard pour restaurer la confiance dans sa politique;

- considérant que la Chambre peut uniquement maintenir sa confiance dans un ministre qui agit à temps et avec détermination, qui fournit des informations de manière transparente et qui veille à un système de contrôle efficace et fiable dans l'intérêt des patients et des donneurs;
déclare qu'elle retire sa confiance au ministre de la Santé publique."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Jan Bertels.

Une motion pure et simple a été déposée par M. Jan Bertels.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

02 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La publicité pour l'alcool" (56008268C)

02 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Alcoholreclame" (56008268C)

02.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, vous avez proposé un projet d'arrêté royal visant à mieux encadrer la publicité pour les boissons alcoolisées, dans la droite ligne de l'accord de gouvernement, prévoyant le remplacement de la motion "l'abus d'alcool nuit à la santé" par "l'alcool nuit à la santé" et le renforcement de la protection des mineurs face à l'exposition aux messages publicitaires.

Votre texte prévoyait notamment des règles plus strictes en matière de lisibilité et d'audibilité des avertissements sanitaires ainsi que des limitations sur le recours à des figures ou des influenceurs populaires auprès des jeunes. Il introduisait également un encadrement plus strict concernant la diffusion de publicité pour l'alcool dans les médias suivis par un public important de mineurs.

Or, malgré l'importance de ces mesures pour la santé publique, particulièrement en matière de prévention, ce projet a été bloqué au sein du gouvernement.

Dès lors, monsieur le ministre, quelles sont selon vous les principales objections politiques ou techniques qui expliquent le blocage? Quelles démarches comptez-vous entreprendre afin de trouver un compromis respectant l'esprit de l'accord de gouvernement tout en rendant le texte acceptable par vos partenaires de coalition? Quelles garanties pouvez-vous donner pour que la protection de la santé, en particulier des jeunes, reste au cœur des négociations et que l'objectif de réduction de l'exposition des mineurs à la publicité pour l'alcool ne soit pas vidé de sa substance?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les négociations sur le projet d'arrêté sont encore en cours au sein du gouvernement. Les discussions visent à délimiter clairement et précisément le champ d'application de l'arrêté royal.

Les dispositions proposées dans le projet d'arrêté découlent de la stratégie interfédérale 2023-2028 en matière d'usage nocif d'alcool (cf. le plan d'action 2023-2025, points 14 à 19, 22 et 23). Cette stratégie accorde une attention particulière aux mineurs. Son objectif est de protéger les mineurs contre les méfaits de l'alcool, notamment au travers de la restriction des publicités relatives à l'alcool. C'est un projet qui me tient à cœur mais je ne peux donner de garanties alors que les négociations sont en cours.

02.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, j'espère que vous obtiendrez satisfaction, puisque le but poursuivi par votre proposition était tout à fait louable. S'il y a bien un travail de prévention à accomplir en la matière, c'est auprès des mineurs. Par conséquent, j'espère que vous pourrez obtenir satisfaction et que nous en reparlerons positivement.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

03 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation des cas de Covid-19" (56008269C)

03 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toename van het aantal COVID-19-gevallen" (56008269C)

03.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, depuis plusieurs semaines, nous constatons une augmentation sensible des cas de Covid-19 en Belgique, suivant une tendance observée également dans d'autres pays européens. Selon Sciensano, le nombre de consultations pour suspicion de Covid-19 est passé de 9,2 pour 100 000 habitants au milieu de l'été à 13,5 début septembre. Le virologue Steven Van Gucht rappelle que ce pic, survenu à une période inhabituelle de l'année, pourrait être lié à la circulation d'une nouvelle variante aujourd'hui dominante dans notre pays.

Même si le nombre d'infections n'est pas encore alarmant et que l'immunité collective joue son rôle protecteur, les experts rappellent que le virus reste imprévisible et peut encore entraîner des hospitalisations et de graves complications, notamment pour les personnes à risque. Dans le même temps, la campagne de vaccination covid et grippe se poursuit jusqu'à la fin octobre, avec la possibilité d'une double vaccination dans certaines conditions.

Dans ce contexte, monsieur le ministre, comment suivez-vous l'évolution de la propagation de cette variante et quel est son impact réel sur les contaminations et les hospitalisations? Quels moyens de surveillance et de prévention, en collaboration avec les entités fédérées, sont-ils prévus dans les prochaines semaines, notamment dans les écoles, les maisons de repos et les hôpitaux, où les personnes vulnérables sont plus exposées? Quelles mesures sont-elles prises pour renforcer la communication et l'accessibilité de la vaccination covid et grippe, en particulier auprès des groupes à risque? Enfin, quelle est la préparation du système de santé pour faire face à une éventuelle co-circulation du Covid-19, du virus respiratoire syncytial (VRS) et de la grippe dans les mois à venir?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, notre surveillance SARI montre que, depuis fin juin, le sous-type XFG est le sous-type dominant en Belgique. Au cours de la période allant du 4 août au 14 septembre, le variant XFG a été détecté dans 33 des 39 échantillons. Cette évolution est similaire à celle observée dans le reste de l'Europe où XFG est désormais également le sous-type dominant.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), rien n'indique que le sous-type XFG entraîne des formes de la maladie plus graves. L'incidence des consultations chez le médecin généraliste pour suspicion de Covid-19 et pour Covid-19 confirmé est actuellement en diminution, de même que l'incidence hebdomadaire des admissions à l'hôpital par rapport à la mi-septembre. Les niveaux observés sont encore modérés et n'ont pas dépassé ceux observés à la même période de l'année dernière.

Chaque semaine, Sciensano publie le bulletin sur les infections respiratoires aiguës pour suivre l'évolution des infections respiratoires virales comme le Covid-19. Ce bulletin rassemble les données issues des différents systèmes de surveillance, comme le nombre d'hospitalisations pour infection respiratoire aiguë sévère. En outre, le Centre National de Référence (CNR) des Pathogènes respiratoires analyse les échantillons provenant des réseaux de surveillance sentinelles pour les principaux virus, dont le SARS-CoV-2. L'évolution des trois principaux agents pathogènes – le virus de la grippe, le virus respiratoire syncytial (VRS) et le SARS-CoV-2 – est également suivie grâce à la surveillance des eaux usées. Bien qu'il n'existe pas de système de surveillance spécifique dans les écoles, les systèmes existants permettent de suivre l'évolution par tranche d'âge, ce qui rend possible le suivi de la situation chez les enfants.

Pour renforcer la communication et l'accessibilité de la vaccination pour le Covid-19 et la grippe, en particulier auprès des groupes à risques, plusieurs actions sont mises en œuvre. L'avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) du 14 juillet 2025 sur la campagne de vaccination saisonnière a été diffusé largement à l'ensemble des acteurs de première ligne via les canaux habituels en concertation avec

des instances comme le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) afin d'assurer une bonne accessibilité aux différents vaccins disponibles. Les entités fédérées, y compris le secteur de la petite enfance, ont relayé ces informations tant aux professionnels qu'aux populations vulnérables.

À plus long terme, un plan de communication interfédéral est en préparation. Cette approche vise à renforcer durablement la confiance, lutter contre la désinformation et améliorer l'efficacité des campagnes vaccinales.

Pour faire face à une éventuelle co-circulation du Covid-19, du VRS et de la grippe dans les mois à venir, le système de santé s'appuie sur le Plan hiver, mis en place en 2024 et actualisé en septembre 2025. Ces adaptations récentes portent principalement sur l'amélioration de la communication des mesures, afin d'assurer une meilleure compréhension et une meilleure adhésion du public. Dès l'automne 2025, ces ajustements entreront en vigueur, permettant une réponse plus coordonnée et plus efficace en cas de circulation simultanée de plusieurs virus respiratoires.

03.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Merci pour ces différentes réponses, monsieur le ministre.

Comme vous tous, j'imagine, je me réjouis de la diminution des consultations et des hospitalisations relatives au Covid-19. J'entends bien qu'un suivi est effectué. Je me réjouis de cette mise en place du plan de communication interfédéral et de cette réponse coordonnée. Il faut évidemment tenir compte de ce que nous avons vécu pour ne pas refaire les erreurs ou revivre les manquements que nous avons connus à une certaine époque. Cela doit nous servir de leçon, et je vois que c'est le cas.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 **Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan interfédéral en matière de santé mentale" (56008293C)**

04 **Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het interfederale plan inzake geestelijke gezondheid" (56008293C)**

04.01 **François De Smet (DéFI):** Monsieur le ministre, on le sait, et c'est essentiellement dû à l'éclatement des compétences en matière de santé, notre pays consacre dans l'ensemble assez peu de moyens à la prévention de la santé en général, ce qui vaut aussi pour la santé mentale.

Pourtant, le sujet est capital. En France a été instaurée en 2025 une grande cause nationale autour de ce sujet, pour lutter contre la stigmatisation et favoriser l'accès aux soins, avec de nombreux événements de sensibilisation prévus tout au long de l'année, tels que des forums et des marchés.

En Belgique, la Mutualité chrétienne a publié récemment des enquêtes sur l'invalidité – en septembre 2025 – et des articles sur des sujets comme la déconnexion au travail, soulignant l'importance de l'investissement dans la santé mentale.

C'est un champ qui nécessite une coordination entre les différents niveaux de pouvoir, et donc une approche interfédérale, même s'il aurait été plus cohérent – et c'était pourtant l'un des enseignements de la crise covid – de regrouper préventif et curatif au sein d'un seul niveau de compétences.

L'accord de coalition fédérale, il faut le dire, se veut assez volontariste en la matière. Il y est souligné, je cite: "Nous devons travailler main dans la main avec les Communautés pour parvenir à une politique de soins intégrés que nous mettrons en œuvre en collaboration avec les réseaux de santé mentale. Le plan interfédéral prévoit des initiatives nécessaires dans le domaine du traitement de la toxicomanie et de la médecine légale."

Mes questions sont simples, monsieur le ministre. Qu'en est-il du plan interfédéral en matière de santé mentale? Quels sont les éléments d'avancée ainsi que les éventuels blocages? L'exemple français, en dépit de la structure institutionnelle radicalement différente, peut-il nous servir de piste d'inspiration?

04.02 **Frank Vandenbroucke, ministre:** La politique de santé mentale repose sur une collaboration

étroite entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées.

Afin d'assurer la cohérence des actions, la conférence interministérielle Santé publique du 21 mai a créé un groupe de travail intercabinets "Soins de santé mentale". Celui-ci élabore un agenda commun de priorités pour toute la législature, structuré autour des axes définis par l'OMS: gouvernance, organisation de services, approche centrée sur la personne et contribution du secteur de la santé mentale aux déterminants sociaux du bien-être.

Un second groupe de travail intercabinets "Soins médicolégaux" a été institué, associant la justice fédérale et les ministres compétents des entités fédérées. Sa principale mission est d'élaborer un plan interfédéral pour les soins médicolégaux sous la présente législature.

Par ailleurs, la Belgique entretient une collaboration de longue date avec la France. En juin 2025, une délégation fédérale et fédérée a participé à Paris au lancement de la campagne française sur la santé mentale comme grande cause nationale. Cette coopération s'inscrit dans la dynamique du programme européen Joined Action IMpEMENTAL, qui a reconnu la réforme belge des réseaux de soins de santé comme une bonne pratique. La feuille de route française s'inspire de cette approche belge, fondée sur une organisation en réseaux, la participation des usagers et le développement de services ambulatoires accessibles et intégrés.

04.03 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse. Nous nous pencherons sur l'évolution du plan interfédéral dès qu'il nous aura été communiqué.

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

05 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De afficheringsplicht voor psychologen" (56008303C)

05 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'obligation d'affichage pour les psychologues" (56008303C)

05.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, we gaan verder op het domein van het mentaal welzijn. In ons land hebben we een sterke sociale zekerheid – gelukkig maar – en dat systeem zorgt ervoor dat de gezondheidszorg voor patiënten in grote mate toegankelijk en betaalbaar is. Niettemin blijft voor vele mensen een belangrijke drempel bestaan om de juiste zorg te vragen, namelijk het gebrek aan informatie over de kostprijs van de zorg die ze eventueel nodig hebben.

Met de wet van 27 oktober 2021 werd, onder meer dankzij mijn partij Vooruit, voorzien in de verplichting voor zorgverleners om de tarieven van hun meest gangbare vergoedbare verstrekkingen te afficheren. De affiches moeten op het niveau van de hele discipline gelden, zodat het voor de patiënten duidelijk is. Op die manier werken we een belangrijke drempel – de kostprijs – voor de patiënten weg.

Op sectorniveau van de verschillende zorgverstrekkers werden al heel wat affiches ontworpen met de meest gangbare tarieven, waardoor er vandaag een afficheringsplicht geldt voor apothekers, audiciens, bandagisten, kinesitherapeuten, logopedisten, opticiens, orthopedisten, tandartsen, vroedvrouwen en verpleegkundigen. Voor artsen zijn de affiches in opmaak.

Voor klinisch psychologen en orthopedagogen – belangrijke zorgverstrekkers in het kader van het mentaal welzijn – is er op dit moment, voor zover ik weet, nog geen affiche in opmaak. Nochtans is de vraag naar geestelijke gezondheidszorg groot – dat weten we allemaal – en is transparantie over tarieven ook hier een belangrijke factor om die zorg te kunnen verkrijgen. Gelukkig werken heel wat psychologen en orthopedagogen al binnen de conventie waardoor patiënten voor 11 euro en jongeren soms zelfs gratis psychologische hulp kunnen krijgen, maar er zijn ook nog heel wat zorgverstrekkers in die sector die niet aan die tarieven werken. Transparantie over de tarieven is, nogmaals, heel belangrijk, vandaar mijn vraag, mijnheer de minister.

Hebt u zicht op de – hopelijk korte – termijn waarbinnen de afficheringsplicht zal worden uitgebreid naar de klinisch psychologen en orthopedagogen? Ook daar is dat immers nodig. Mijn dank voor uw antwoord.

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Bertels, de klinisch psychologen en de klinisch orthopedagogen zijn gebonden door de verplichting in artikel 73, § 1, zesde lid, van de GVVU-wet om de rechthebbenden duidelijk en voorafgaand aan de verstrekking te informeren over de tarieven die ze aanrekenen voor de voor hun discipline meest gangbare vergoedbare verstrekkingen. Ze dienen ook artikel 8, § 2, derde lid, van de wetgeving houdende patiëntenrechten na te leven, waarin is bepaald dat de patiënt voorafgaand aan de tussenkomst moet worden geïnformeerd over de financiële gevolgen ervan.

Klinisch psychologen en orthopedagogen zijn vandaag echter niet onderworpen aan een wettelijke verplichting tot het afficheren van hun tarieven. Volgens artikel 73, § 1, negende lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – dat is de GVVU-wet – moet een affichemodel met tarieven worden vastgesteld door het Verzekeringscomité, op voorstel of na advies van de bevoegde akkoorden- en overeenkomstencommissies.

Aangezien er voor klinisch psychologen en orthopedagogen momenteel geen dergelijke commissie bestaat, vallen zij buiten het toepassingsgebied van die bepalingen. Daardoor kan er voor die sector momenteel geen officieel affichemodel worden vastgesteld. Aan artikel 73, § 1, negende lid, van de GVVU-wet zou een bepaling kunnen worden toegevoegd inzake het proces voor een sector van zorgverleners die niet over een overeenkomstencommissie beschikt. Een mogelijke oplossing zou zijn dat in zo'n geval het Verzekeringscomité het affichemodel vaststelt, zonder tussenkomst van enig ander orgaan.

Voor klinisch psychologen en orthopedagogen werd weliswaar een apart kader gecreëerd via de ELP-overeenkomst (eerstelijns psychologische zorg). Dat is de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en de netwerken. Vervolgens is er ook een afgeleide van de overeenkomst tussen het netwerk en de klinisch psycholoog of klinisch orthopedagoog op individuele basis. In het kader van die overeenkomst zou een gelijkaardige affichageverplichting kunnen worden ingesteld, met een sanctie wanneer de verplichting niet wordt gerespecteerd.

Uiteraard zou een affichageverplichting alleen rusten op de klinische psycholoog of orthopedagoog die prestaties levert binnen het circuit dat via de ELP-overeenkomst is vastgesteld.

05.03 **Jan Bertels** (Vooruit): Dank u wel, mijnheer de minister. Dat antwoord maakt het heel duidelijk, de verplichting bestaat dus in het kader van de wet inzake de patiëntenrechten. Tegelijk is duidelijk dat er in de huidige procedure met betrekking tot de noodzaak van akkoorden of een conventiecommissie binnen de RIZIV-procedure een lacune bestaat.

Ik zal met de fractie een initiatief nemen om die lacune weg te werken, zodat de affichageplicht ook daar kan gelden na noodzakelijk overleg met de betrokken actoren op het terrein.

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

06 **Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De geestelijke gezondheidszorg bij jongeren" (56008306C)**

06 **Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins de santé mentale chez les jeunes" (56008306C)**

06.01 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, ook deze vraag gaat over het mentaal welzijn, in dit geval van jongeren. We weten immers allemaal dat onze samenleving wordt geconfronteerd met aanzienlijke uitdagingen op het vlak van het mentaal welzijn, zeker ook bij onze jongeren. Af en toe lezen we in de media dat er ter zake nog verbeteringen nodig zijn en dat er gebeurtenissen plaatsvinden die we liever niet zien. Zulke berichten tonen de noodzaak aan om op alle niveaus onze inspanningen te bevestigen, ze onverminderd voort te zetten en zelfs te vergroten.

Onze gezamenlijke overtuiging, die breed wordt gedeeld, is dat investeren in de mentale veerkracht en de zorg voor onze jeugd en jongeren een absolute prioriteit is en moet blijven. We moeten die prioriteiten ook in budgettaire moeilijke tijden handhaven. Er zijn al belangrijke stappen gezet om de

geestelijke gezondheidszorg toegankelijker en laagdrempeliger te maken maar we moeten, zoals gezegd, doorzetten.

Mijnheer de minister, kunt u een stand van zaken geven met betrekking tot de vele inspanningen die al zijn geleverd door de federale regering om een robuust preventief kader te creëren voor het mentaal welzijn, specifiek van jongeren? Hoe verloopt de uitrol van die verschillende initiatieven en inspanningen?

Mijn tweede vraag sluit aan bij wat de heer De Smet al heeft gevraagd. Zowel het federale als het Vlaamse regeerakkoord bevat belangrijke engagementen inzake de geestelijke gezondheidszorg van jongeren. U hebt ter zake al verwezen naar de IMC. Kunt u toelichten hoe de uitrol van die engagementen vordert? Hoe wordt de samenwerking met de gemeenschappen, in het bijzonder met Vlaanderen, bijkomend geoptimaliseerd om onze gezamenlijke doelstellingen te realiseren?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Bertels, u hebt overschot van gelijk. Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en investeringen in mentale veerkracht bij kinderen en jongeren zijn inderdaad cruciale opdrachten in deze tijd. Dat was de voorbije jaren zo en dat zal de komende jaren ook zo blijven.

We hebben daarom de afgelopen jaren al heel wat geïnvesteerd in zowel laagdrempelige psychologische zorg in de eerste lijn via de RIZIV-conventie als via het budget financiële middelen van de ziekenhuizen. Dan ging het over het intensifiëren van de kinderpsychiatrische diensten, zowel voor, tijdens als na de opname en over de intensifiëring van de liaisonteams vanuit de kinderpsychiatrie naar pediatrie, spoed- en andere ziekenhuisdiensten. Dat betekent dat men meer mensen ter beschikking stelt die kennis hebben over hoe zij die problemen bij kinderen en jongeren moeten aanpakken en dat men de omkadering verbetert en op die manier ook de capaciteit vergroot om de problemen aan te pakken.

Elk netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren (GGKJ) kreeg een fundamentele versterking van de teams voor crisiszorg en langdurige zorg. Bovendien werd er ook extra capaciteit voorzien voor de transitieleeftijd – jonge mensen tussen jeugd en jongvolwassenheid – voor eetstoornissen en voor problemen waarbij er een dubbele diagnostiek is van zowel een mentale handicap als een probleem waarvoor geestelijke gezondheidszorg nodig is.

Er werd ook tegemoetgekomen aan de onderfinanciering in het forensisch kinderpsychiatrisch aanbod, met name door de ondersteuning van de For-K-bedden. Ten slotte wordt ook in elk netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren een participatiecoach gefinancierd, met als opdracht de actieve betrokkenheid en de inspraak van kinderen en jongeren, maar ook hun context in het geestelijke gezondheidsbeleid te versterken.

Specifiek in Vlaanderen werd op basis van een gemeenschappelijke visie en een gedeelde Vlaams en federale investering ingezet op drie heel concrete acties. In een eerste actie wordt de afstemming en de concrete samenwerking tussen de OverKop-netwerken en de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren met betrekking tot psychologische zorg in de eerste lijn georganiseerd. Met een tweede actie werd een intensieve intersectorale samenwerking uitgebouwd tussen de crisisbegeleidingsdienst van de jeugdhulp en het mobiel crisisteam van een netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren. Op die manier verknopen en versterken we de crisiscapaciteit bij vroegtijdige crisisinterventie voor meervoudige en complexe problemen.

In het kader van een derde actie werd de expertise van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), het Agentschap Opgroeien en de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren (GGKJ) gebundeld. Mensen en middelen worden daarbij intersectoraal ingezet op nieuwe of bestaande verblijfplaatsen.

Naast die drie hogervermelde gezamenlijke acties is er een ruimere afstemming bezig met betrekking tot opportuniteiten in de toekomstige intersectorale samenwerking. De doelstellingen van het Vlaamse geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid en het Perspectiefplan 2040 van het VAPH worden daarbij afgetoetst aan de federale doelstellingen inzake geestelijke gezondheidszorg van het regeerakkoord.

Die afstemming en intersectorale samenwerking vormen de basis voor afspraken die zullen worden

opgenomen in een interfederaal plan geestelijke gezondheidszorg. Dat interfederaal plan wordt op dit moment verder uitgewerkt binnen de interkabinettenwerkgroep Geestelijke Gezondheidszorg. Ik verwijs naar wat ik eerder al heb gezegd in antwoord op de vragen van uw DéFI-collega de heer De Smet, waar ik meer precisering heb gegeven over de oprichting en de agenda van de werkgroepen.

06.03 Jan Bertels (Vooruit): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister. Twee elementen lijken mij bijzonder belangrijk.

Ten eerste, er worden nu al initiatieven genomen die verder worden uitgewerkt met de gemeenschappen; wat mij betreft is dat met Vlaanderen. Ik stel vast op het terrein, ook als burgemeester van een kleine stad, dat de samenwerking tussen bijvoorbeeld het netwerk OverKop en de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren fundamenteel is en dat ze elkaar versterken. Hetzelfde geldt voor de expertise van het VAPH en de netwerken die ik eerder noemde. Over crisisopvang is iedereen het eens: elke samenwerking daar is nuttig en nodig.

Ten tweede stel ik vast dat – naast die samenwerkingen die al lopen op het terrein en die verder moeten worden versterkt – de gemeenschappelijke doelstellingen om het mentaal welzijn van onze jongeren en kinderen te ondersteunen en te verbeteren, zowel op federaal niveau als in de deelgebieden, intersectorale samenwerking vereisen. Ik hoop dan ook, mijnheer de minister, dat het interfederaal plan geestelijke gezondheidszorg waarnaar u verwees en waaraan de werkgroepen en interkabinettenwerkgroepen momenteel werken, in de nabije toekomst kan leiden tot de noodzakelijke versterking van ons landschap voor geestelijke gezondheidszorg en ruimer gezien tot een groter mentaal welzijn voor kinderen, jongeren en iedereen.

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

07 Samengevoegde vragen van

- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het seizoen 2025 voor de griepvaccinatie" (56008336C)
- Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De kosten van het covidvaccin voor het RIZIV" (56009050C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het tekort aan versterkte griepvaccins voor 65-plussers" (56009245C)

07 Questions jointes de

- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La saison 2025 de vaccination contre la grippe" (56008336C)
- Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les coûts pour l'INAMI du vaccin contre le covid " (56009050C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de vaccins antigrippaux renforcés pour les personnes de plus de 65 ans" (56009245C)

07.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het griepvaccinatieseizoen is gestart. De Hoge Gezondheidsraad adviseert dat 65-plussers, zwangere vrouwen, personen die werkzaam zijn in de gezondheidssector en personen die samenwonen met risicopersonen, zich laten vaccineren. Nieuw dit jaar is dat de raad ook aanbeveelt om meer gebruik te maken van versterkte vaccins, gezien het zware griepseizoen van vorig jaar, zowel voor 75-plussers als voor 65-plussers.

Uit een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt dat in 2023 maar 50 % van de 65-plussers en 43 % van de mensen met chronische ziektes zich lieten vaccineren tegen de griep, terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie een minimale vaccinatiegraad van 75 % aanbeveelt. In uw beleidsverklaring kondigde u aan een aantal initiatieven te willen nemen en in dat kader heb ik enkele vragen. Ik laat enkele vragen vallen, aangezien u in de door u ingediende wet diverse bepalingen al uitvoerig bent ingegaan op de rol van de apothekers. Ik veronderstel dat dat ook uw antwoord vormt op mijn aanvullende vragen over de apothekers, tenzij u daar nog extra initiatieven over plant.

Ik wil me dus concentreren op de andere vragen.

Welke concrete nieuwe initiatieven plant u dit jaar om de vaccinatiegraad tegen griep bij 65-plussers

en andere risicogroepen te verhogen?

Voor de terugbetaling van de versterkte vaccins is een machtiging 'hoofdstuk IV' van het RIZIV vereist. Dat zorgt voor extra administratieve rompslomp. Hoe schat u de impact daarvan in op de vraag en de toegang tot die specifieke vaccins, gelet op het advies van de Hoge Gezondheidsraad om de versterkte vaccins dit jaar ruimer toe te dienen?

Hoeveel griepvaccins, inclusief specifieke versterkte vaccins alsook covid-vaccins, worden ten slotte dit jaar in België beschikbaar gesteld? Is dat voldoende om alle risicogroepen die de Hoge Gezondheidsraad heeft gedefinieerd, te vaccineren?

07.02 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, dans le même registre, la campagne de vaccination contre le Covid-19 pour l'hiver 2025-2026 a officiellement été relancée à la mi-octobre dans un contexte marqué par l'apparition d'un nouveau variant surnommé Frankenstein. Il est la combinaison de plusieurs souches de la variante Omicron. Selon les experts, ce variant n'est pas plus dangereux que celui de l'an dernier, mais il présente une contagiosité accrue. Celle-ci justifie une vigilance renforcée à l'égard des publics les plus fragiles, en particulier les personnes âgées de plus de 65 ans et les patients à risque, souffrant d'insuffisance chronique.

La campagne vaccinale vise à prévenir une surcharge du système hospitalier et des cabinets de médecine générale en cas de concomitance avec les épidémies saisonnières de grippe et de VRS. Elle repose sur la gratuité du vaccin covid et la possibilité de se faire vacciner simultanément contre la grippe, notamment via les pharmaciens qui regroupent les patients afin d'éviter le gaspillage des doses.

Monsieur le ministre, quel est le coût estimé par l'INAMI de la campagne de vaccination contre le covid pour l'hiver 2025-2026, incluant l'achat, la distribution et l'administration des vaccins? Comment évolue ce budget par rapport aux campagnes précédentes? Quelles économies ou optimisations ont été réalisées? Quelle part de ce financement est spécifiquement destinée aux pharmaciens et aux maisons de repos pour l'administration des vaccins? Quelle prévision de couverture vaccinale l'INAMI et Sciensano ont-ils établie pour cette nouvelle campagne? Quels dispositifs sont envisagés pour renforcer la communication et la participation du public à la vaccination?

07.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, de Hoge Gezondheidsraad beveelt dit jaar voor het eerst aan om versterkte griepvaccins toe te dienen aan alle personen vanaf de leeftijd van 65 jaar. Het gaat om hooggedoseerde vaccins, die een krachtigere immuunrespons opwekken en zo betere bescherming bieden aan ouderen.

Toch blijkt nu dat niet alle 65-plussers dit najaar met zo'n versterkt vaccin zullen kunnen worden ingeënt, wegens een gebrek aan voldoende vaccins. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad werd pas in juni uitgebracht, terwijl de bestellingen al veel eerder moesten worden geplaatst. Daardoor konden geen bijkomende leveringen meer worden voorzien.

Intussen wijzen experten erop dat België opnieuw een zwaar griepseizoen tegemoet kan gaan. Vorig jaar werd zelfs de hoogste oversterfte in zeven jaar opgetekend, met bijna negen op de tien overlijdens bij 65-plussers.

Mijnheer de minister, erkent u dat de huidige beschikbaarheid van versterkte vaccins onvoldoende is om te voldoen aan de aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad?

Hoe zult u ervoor zorgen dat de bestelprocedures en planningen in de toekomst beter worden afgestemd op nieuwe wetenschappelijke adviezen, zodat dergelijke tekorten niet opnieuw ontstaan? Zult u daarover overleg voeren met de bevoegde ministers van de deelstaten om een gecoördineerde aanpak te verzekeren, zeker met het oog op sensibilisering bij risicogroepen?

Overweegt u bijkomende maatregelen om de vaccinatiegraad bij 65-plussers en risicopatiënten te verhogen, bijvoorbeeld via gerichte communicatie of een actieve uitnodiging via huisartsen en apothekers?

07.04 Minister Frank Vandenbroucke: Geachte Kamerleden, ik wil nogmaals beklemtonen dat het beheer van de vaccinatiestrategie een bevoegdheid is van de gemeenschappen en gewesten.

Ten tweede blijft de rol van de apotheker in het seizoen 2025-2026 ongewijzigd ten opzichte van het seizoen 2024-2025. Mijnheer Van Lysebettens, we hebben vorige week in de commissie inderdaad een tweede lezing gehouden van een wetsontwerp waarbij de rol van de apotheker ook wettelijk wordt bestendigd. We zullen dat dus niet elk jaar moeten vernieuwen, indien het ontwerp ook in de plenaire vergadering wordt goedgekeurd.

Ten derde moeten we de middelen hoe dan ook weloverwogen gebruiken. Dat geldt voor geneesmiddelen zoals voor andere onderdelen van de gezondheidszorg. Dat geldt ook voor vaccins, aangezien onze budgetten nu eenmaal beperkt zijn.

De verplichte machtigingsaanvraag voor duurdere griepvaccins moet verzekeren dat de vaccins terechtkomen bij de mensen die er het meeste baat bij hebben, op basis van de afweging die de arts maakt in functie van een individuele klinische situatie. Vanwege de beperkte stock van versterkte vaccins moet de arts bijvoorbeeld de immuunstatus van de patiënt in overweging nemen. Artsen kunnen de aanvraag van het versterkte vaccin op papier of elektronisch via CIVARS indienen. Bij een elektronische indiening volgt het akkoord automatisch, zonder bijlagen, wat de procedure versnelt. Op die manier wordt oneigenlijk gebruik voorkomen, zonder de toegang voor rechthebbenden te bemoeilijken.

Ten vierde, op dit moment zijn er in totaal ongeveer 2 miljoen griepvaccins beschikbaar voor de herfstcampagne van 2025 voor de Belgische bevolking. De aantallen zijn gebaseerd op de noden van de voorbije jaren. Voor het griepseizoen 2025-2026 zijn er 2.645.000 griepvaccins beschikbaar, waarvan 235.000 versterkte vaccins en 2.410.000 typische griepvaccins. We kunnen stellen dat de hoeveelheid voor het komende seizoen voldoende zou moeten zijn.

Voor dit seizoen heeft de Hoge Gezondheidsraad inderdaad aanbevolen om 65-plussers bij voorkeur te vaccineren met een versterkt griepvaccin. De beschikbare hoeveelheden zijn echter niet voldoende om elke 65-plusser met dat versterkt vaccin te vaccineren. Ik kan u wel verzekeren dat er voldoende andere griepvaccins beschikbaar zijn die doeltreffend en veilig zijn, ook voor 65-plussers.

De Risk Management Group van de FOD Volksgezondheid heeft daarom een aanbeveling gepubliceerd om de versterkte vaccins voor te behouden voor patiënten bij wie de potentiële winst het grootst is, zoals ouderen met een bijkomende immuundeficiëntie. De firma's plannen maanden op voorhand de productie van hun vaccins, aangezien dat proces enige maanden tijd in beslag neemt. Daarnaast hebben de betrokken actoren, zoals de apothekers en de lokale overheden, de gewoonte om al in december of januari een voorbestelling te plaatsen voor het komende griepseizoen. Dat helpt de firma's uiteraard om de nood beter in te schatten.

In die specifieke context is het advies van de Hoge Gezondheidsraad inderdaad te laat gekomen om nog optimaal geïntegreerd te kunnen worden in de lopende vaccinatiecampagne van dit jaar. Ik betreur dat. De Hoge Gezondheidsraad is natuurlijk een onafhankelijk orgaan en dat moet ook zo blijven. Ik beklemtoon echter dat een vroeger advies alle actoren ten goede zou moeten kunnen komen.

Ik geef wel nog mee dat in functie van de aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad nog een dossier voor wijziging van de vergoedingsmodaliteiten van Efluelda is opgestart om ze te aligneren op de modaliteiten van Fluad.

En ce qui concerne le coût des vaccins, je peux vous dire qu'il est actuellement financé par la SPF Santé publique. Il s'élève pour l'année 2025 à environ 39,5 millions d'euros annuels pour 2 millions de vaccins. En ce qui concerne l'administration des vaccins, j'attends encore les données spécifiques de l'INAMI. En ce qui concerne les dépenses, il faut savoir que les coûts fédéraux liés à l'achat des vaccins contre le Covid-19 se sont élevés à 405,4 millions d'euros en 2022, 258,2 millions d'euros en 2023 et 48 millions d'euros en 2024. Ils sont estimés à 39,5 millions d'euros pour 2025.

Depuis la fin de la crise du Covid-19, les coûts liés à la vaccination ont été réduits d'un facteur dix. Cette diminution s'explique principalement par la révision à la baisse des quantités commandées en concertation avec les fabricants, ainsi que par la réduction du nombre de doses par flacon afin de limiter les pertes. Comme je l'ai déjà dit, la gestion de la stratégie de vaccination relève de la compétence des Communautés et des Régions.

En ce qui concerne le volume, je peux vous indiquer qu'à l'heure actuelle, 2 026 450 vaccins contre le covid, destinés à l'ensemble de la population belge, sont disponibles pour la campagne de l'automne 2025. Ces chiffres sont basés sur les besoins des différentes entités ainsi que sur le nombre de vaccins administrés au cours des dernières années.

Pour répondre à vos autres questions, monsieur Dufrane, j'attends encore les détails précis de l'administration. Je vous tiendrai au courant.

07.05 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ten eerste, ik volg u uiteraard wanneer u stelt dat we de middelen weloverwogen moeten gebruiken. Enigszins vreemd in het verhaal is wel dat het advies te laat werd ontvangen. Ik ben het met u eens dat we er alles aan moeten doen om dat in de toekomst vroeger te verkrijgen. We worden nu geconfronteerd met een te laat advies van de Hoge Gezondheidsraad dat stelt dat 65-plussers zich bij voorkeur met een versterkt vaccin zouden moeten laten vaccineren, wat gezien de aankopen en bestellingen niet mogelijk is. De Belgische burger wordt dus geconfronteerd met een advies van de Hoge Gezondheidsraad, een onafhankelijk gezondheidsorgaan, dat aanbeveelt om zich te laten vaccineren met een versterkt vaccin. Vervolgens zal de burger evenwel van de arts te horen krijgen dat er niet genoeg vaccins zijn en dat een andere indeling zal worden toegepast dan in het advies vermeld staat. Dat schept volgens mij weinig vertrouwen in ons gezondheidssysteem.

Ten tweede, u merkt op dat er wel voldoende andere griepvaccins zijn om iedereen in te enten. U geeft echter zelf aan dat de inkoop is gebaseerd op de noden van de voorbije jaren. De voorbije jaren werd echter niet iedereen ingeënt. Als ik u goed heb begrepen, hebben we 2,9 miljoen vaccins in voorraad. Indien echter iedereen van de doelgroepen zich laat vaccineren, niet met het versterkt griepvaccin, maar met het gewone griepvaccin, hebben we volgens de apothekersbond 4 miljoen vaccins nodig hebben. Ik begrijp daaruit dat ook voor gewone vaccins theoretisch een tekort dreigt. Dat ondergraaft volgens mij toch enigszins het vertrouwen.

07.06 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour tous les éléments de réponse communiqués, même si certains me seront transmis via l'administration dans les prochains jours.

Tout comme mon collègue, je suis aussi un minimum inquiet par rapport au fait que face aux recommandations de vaccins renforcés pour le public de plus de 65 ans, ceux-ci ne seront pas disponibles en suffisance – ils sont limités à 300 000. Néanmoins, je relève que, selon vous, les stocks devraient être suffisants.

Je clôture en vous remerciant encore pour tous les éléments fournis et pour ceux que vous m'apporterez dans le futur.

07.07 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, ik heb geen bijkomende vragen.

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

08 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aanpak van de decarbonisatie binnen het NEHAP" (56008372C)

08 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La gestion de la décarbonation au sein du NEHAP" (56008372C)

08.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn mondelinge vraag.

Ter opvolging van een eerdere vraag van collega De Sutter (56005776C) wens ik een stand van zaken over de uitvoering van het "Nationaal Plan Leefmilieu en Gezondheid" (NEHAP 3).

Broeikasgassen zijn de belangrijkste oorzaak van klimaatopwarming, die aanzienlijke gezondheidsrisico's met zich meebrengt.

Tegelijk is de zorgsector zelf verantwoordelijk voor circa 5% van de Belgische uitstoot, zo berekende Healthcare Without Harm Europe. Zonder nieuw beleid zouden deze emissies tegen 2050 met 61% stijgen, waardoor de sector door haar eigen klimaatimpact méér mensen ziek dreigt te maken en de kosten nog verder doet oplopen.

België engageerde zich op COP26 om de zorgsector klimaatneutraal te maken tegen 2050 en nam daarvoor acties op in NEHAP 3, met verduurzaming en decarbonisatie als pijlers. Volgens uw beleidsnota zal de NEHAP-werkgroep "koolstofarme gezondheidszorg" de aanbevelingen van Healthcare Without Harm op hun haalbaarheid onderzoeken. Vanuit de sector klinken echter bezorgdheden dat dit thema onvoldoende prioritair wordt behandeld, terwijl budgetten voor noodzakelijke investeringen onder druk staan.

Vandaar mijn vragen:

In uw antwoord aan mijn collega stelde u dat in september een nota met maatregelen aan de MC Leefmilieu en Volksgezondheid zou worden voorgelegd. Hoe zal u op basis daarvan de zorgsector concreet decarboniseren?

Hoe definieert u "haalbaarheid" en welke criteria worden hiervoor gehanteerd?

Hoe verhoudt deze "haalbaarheid" zich tot de maatschappelijke kosten van ongewijzigd beleid? Wie draagt de rekening als uitstoot verder stijgt? Het planbureau waarschuwt alvast dat de extra jaarlijkse kost van de klimaatopwarming in 2050 oploopt tot 1,4% van het BBP, en noemt dit zelfs een optimistische inschatting.

Dreigen de besparingen niet te maken dat aanbevelingen bij voorbaat onhaalbaar zijn, aangezien inspanningen zelden kostenneutraal zijn?

Healthcare Without Harm Europe beweert dat zelfs bij volledige de implementatie van de maatregelen de uitstoot de doelstelling van net zero uitstoot tegen 2050 niet gehaald zal worden. Deelt u deze analyse? Welke structurele oorzaken ziet u daarvoor?

Gezien ETS2 ook financieel zal doorgerekend worden naar koolstofuitstotende sectoren, gaat u als gevolg van het niet halen van de net zero uitstoot extra budget voorzien om dat te betalen?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De decarbonisatie van de zorg was een van de hoofdthema's op de gemengde interministeriële conferentie Leefmilieu en Gezondheid van 22 september. In overleg met de verschillende beleidsniveaus werd daar het volgende afgesproken, met als horizon het einde van dit jaar.

Ten eerste zullen we de activiteiten definiëren die een bijdrage leveren aan het pad richting nuluitstoot in de gezondheidszorg, activiteiten die men binnen de eigen administratie nu al uitvoert of plant uit te voeren.

Ten tweede zullen we de activiteiten definiëren die een interfederaal karakter hebben en die men specifiek wil uitvoeren in het kader van de nationale werkgroep.

Ten derde identificeren we voor welke van die interfederale activiteiten welk budget kan worden vrijgemaakt en waarvoor men de lead en verantwoordelijkheid kan nemen.

Op basis van die informatie zal de werkgroep houdende decarbonisatie van de zorg binnen het NEHAP voorstellen van prioritaire interfederale acties voorleggen tijdens de volgende gemengde interministeriële conferentie Leefmilieu en Gezondheid. Die conferentie zou begin 2026 plaatsvinden.

De vergroening van de gezondheidszorg bevindt zich op het kruispunt van vele bevoegdheden en expertises. Een interfederale, transversale aanpak biedt in dat kader potentieel om een efficiënter middelengebruik over administraties en beleidsdomeinen heen te realiseren.

Met betrekking tot het al dan niet halen van ons engagement tegen 2050 zijn enkele belangrijke

nuances te maken. De studie stelt inderdaad dat als alle interventies in het rapport zouden worden toegepast, de emissies van de gezondheidszorg met 73 % zouden kunnen worden verminderd. Daarbij stellen de onderzoekers wel expliciet dat ze in de studie niet exhaustief alle mogelijke interventies om te decarboniseren hebben onderzocht. Er is dus zeker nog ruimte om verdere maatregelen te identificeren.

Uit de studie bleek ook dat amper 11 % van de emissies in de zorg zogenaamde scope 1-emissies zijn, namelijk directe emissies door de werking van de sector en waarover de sector zelf directe controle heeft. Het overgrote deel van de emissies, namelijk 86 %, komt uit de toeleveringsketen, de zogenoemde scope 3-emissies. De medische toeleveringsketen is multinational en zeer complex. Het rapport stelt dat om *net zero* te bereiken, ook buiten de sector om de globale economie zal moeten decarboniseren en dat daarvan dus al veel afhangt.

Over de besteding van de ETS2-middelen lopen er gesprekken binnen de regering. Die worden geleid door mijn collega Crucke.

08.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister.

Ik begrijp dat de planning wat is opgeschoven. U zei eerder dat er in september een nota met maatregelen zou worden voorgesteld, maar dat zal dus nog even duren.

ETS2 is echter ook met een jaar uitgesteld. Dat geeft u dus wat extra tijd, maar we zullen dit zeker verder opvolgen. De kern van de zaak blijft immers dat we moeten vermijden dat een deel van de middelen voor gezondheidszorg moet worden aangewend omdat we niet klaar zijn om onze internationale engagementen na te komen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'imagerie médicale" (56008374C)

09 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Medische beeldvorming" (56008374C)

09.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, vous avez annoncé vouloir réduire le recours à certains examens d'imagerie, notamment pour les douleurs dorsales non spécifiques. Je rappelle que ce ne sont pas les patients qui décident d'une IRM, d'un scanner ou d'une échographie: ce sont bien les médecins qui les prescrivent, sous leur responsabilité clinique et médicolégale. Réduire les examens peu utiles est un objectif légitime si l'on s'appuie sur les recommandations. Cependant, il existe un risque symétrique: passer à côté d'une pathologie grave ou la découvrir trop tard.

Monsieur le ministre, quelles garanties concrètes proposerez-vous pour que la réduction du recours à l'imagerie ne se traduise pas par une hausse de sous-diagnostics ou de diagnostics tardifs? Comment comptez-vous accompagner les prescripteurs – médecins généralistes ou spécialistes – afin que les recommandations soient appliquées sans accroître la charge administrative ni l'anxiété médicolégale? Pouvez-vous me fournir des tableaux de bord combinant taux de prescription et délais d'accès, afin d'objectiver l'impact et d'identifier les écarts de pratiques? Bien entendu, vous pourrez me les fournir dans un deuxième temps. Enfin, quelle stratégie d'information et de sensibilisation des patients prévoyez-vous pour réduire la pression ressentie par les médecins, tout en maintenant bien évidemment la vigilance sur les signes d'alarme?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, dans vos première et deuxième questions, vous vous référez à l'importance des recommandations fondées sur des preuves scientifiques (*evidence-based*). Celles-ci visent à soutenir le médecin dans le choix de réaliser ou non un examen radiologique et, le cas échéant, à déterminer lequel. Les recommandations fondées sur des preuves scientifiques constituent les meilleures preuves disponibles pour orienter la décision clinique. Il importe de souligner que le médecin peut toujours s'en écarter, en fonction de son jugement clinique ou de raisons propres au patient. De cette manière, la liberté diagnostique, consacrée dans l'article 4 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, est garantie.

Concernant la liberté diagnostique, cette loi dispose explicitement que le professionnel des soins de santé doit se laisser guider par des données scientifiques pertinentes et son expertise, tout en tenant compte des préférences du patient. Cela signifie notamment qu'il faut tenir compte des recommandations et éviter les prestations inutiles. Le professionnel en soins de santé doit pouvoir justifier à tout moment son choix, notamment en se référant aux recommandations utilisées. Il lui incombe également de se tenir informé des dernières évolutions scientifiques et des recommandations.

Les professionnels des soins de santé peuvent utiliser des outils d'aide à la décision informatisée pour prendre leurs décisions. L'introduction de l'aide à la décision Prescription Search Support for Radiology (PSSR) en est une mise en œuvre pratique par laquelle nous souhaitons mettre à disposition des recommandations fondées sur des preuves scientifiques de manière conviviale et intégrée dans la prescription de renvoi numérique. Le système est conçu de manière à rechercher automatiquement la recommandation pertinente sur base des informations déjà nécessaires pour établir une prescription valide comme déterminée par la nomenclature.

Le système ne nécessite donc pas d'information supplémentaire et les médecins ne doivent pas chercher manuellement les recommandations. Cela garantit que le médecin est soutenu de manière conviviale par des recommandations fondées sur les preuves scientifiques les plus récentes.

Dans votre question, vous évoquez le risque de sous-diagnostic ou de diagnostic tardif. L'utilisation des recommandations aidera les médecins à choisir l'examen le plus approprié, ce qui contribue à un diagnostic meilleur et plus rapide. Prescrire un examen non indiqué n'aide pas le patient, mais entraîne une perte de temps, car l'examen nécessaire est précédé d'un examen inapproprié. Cette perte de temps peut avoir des conséquences cliniques négatives pour le patient.

De plus, cela entraîne une exposition inutile aux rayonnements et des coûts superflus. Les recommandations qui seront utilisées dans l'aide à la décision sont celles de la Société Européenne de Radiologie (ESR), déjà utilisées dans plusieurs pays et mises à jour périodiquement. Nous prévoyons l'implémentation de ces systèmes de PSSR à l'aide de projets pilotes à partir du deuxième semestre de 2026.

En ce qui concerne votre troisième question, je peux vous procurer un tableau indiquant par Région le nombre d'examens radiologiques attestés par des radiologues. Il s'agit du nombre d'examens réalisés par Région et non du nombre de prescriptions.

Mes administrations ne disposent pas de données sur les délais d'attente par type de prestation radiologique.

S'agissant de votre quatrième question, la campagne la plus récente, intitulée "Pas de rayons sans réflexion", sur l'utilisation judicieuse de l'imagerie médicale date du début de l'année 2023. Cette campagne mettait l'accent sur le mal de dos, une indication pour laquelle des examens inutiles sont souvent prescrits.

Le grand public a été sensibilisé à l'importance de ne pas insister pour obtenir un examen si le médecin ne le juge pas nécessaire. Le message était également que, dans les cas où un examen radiologique est indiqué, celui-ci s'inscrit dans un plan d'approche plus large.

Dans le cadre du projet PSSR, un volet de communication est également prévu. Mes administrations préparent actuellement ce volet.

Madame la présidente, je peux vous fournir le tableau récapitulatif du nombre de prestations réalisées dans les hôpitaux, par année comptable et par Région.

09.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Je vous remercie pour ces réponses.

Je suis évidemment un petit peu inquiète puisque nous avons déjà eu cette discussion sur la hausse du prix des médicaments. Vous vouliez augmenter le prix de certains médicaments pour éviter que les gens en prennent trop.

J'ai évidemment estimé que ce n'était pas une mesure judicieuse dans la mesure où, si les patients

consomment effectivement trop de certains médicaments, cela ne relève pas de leur volonté puisqu'ils sont prescrits par un médecin. C'est donc la compétence des médecins qui se trouve remise en cause. Par ailleurs, cela revenait à considérer qu'ils prenaient ces médicaments par plaisir et qu'il fallait les sanctionner financièrement pour qu'ils en consomment moins. Je pense que ce n'était pas la bonne méthode.

Ici, lorsqu'il est question de réduire le recours à certains examens d'imagerie, je comprends qu'il puisse y en avoir en nombre trop important. Mais, à nouveau, je n'ai pas le sentiment que, lorsque vous consultez votre médecin, ce soit vous qui demandiez à subir toute une série d'examens.

Je crois que nous avons tous connu la situation où le médecin nous prescrit une série d'examens que nous n'avons justement pas trop envie de faire. Il y a donc là deux enjeux. Premièrement, la compétence des médecins qui prescrivent est sans cesse remise en cause, tant pour les médicaments que pour les examens radiologiques. Deuxièmement, on place une responsabilité dans le chef du patient, tant au niveau des médicaments qu'au niveau des examens, comme si le patient devait dire à son médecin de ne pas en prescrire trop au risque que le médecin se trompe ou de passer à côté d'une pathologie. Voilà mon inquiétude.

Mais je comprends le principe. Il faut de la prévention au niveau des médicaments et au niveau des examens d'imagerie médicale. Il faut de la prévention dans le chef des patients et des médecins, évidemment. Mais on crée un climat dans lequel la pression est sans cesse placée sur les médecins et dans lequel on met en doute leurs compétences. Ce climat n'est certainement pas de nature à rassurer ni à renforcer l'attractivité de ce métier très important.

Je vous remercie pour les données mais, je vous en prie, ne tombez pas dans les discussions que l'on a pu avoir sur la hausse du prix des médicaments. Je crois qu'il y a moyen, par les campagnes de sensibilisation et de prévention, d'amener les gens à voir les choses autrement, sans nécessairement les culpabiliser ou remettre en cause leur jugement.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De commercialisering van de tandzorg" (56008381C)

10 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La commercialisation des soins dentaires" (56008381C)

10.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, volgens een publicatie van de FOD waren er in 2024 zo'n 10.129 geregistreerde tandartsen, waarvan er 7.000 actief zijn. De spreiding van het aantal actieve tandartsen is echter ongelijk, met een hoge dichtheid in het centrum van het land en een lage dichtheid in de perifere provincies, aldus *BeCare Magazine* van november 2024. Het exacte aantal tandartspraktijken is echter onbekend. Het aantal ketens in handen van *private equity*, bijvoorbeeld Dentius en Odontolia, groeit gestaag. Zij zouden tot 10 % van de praktijken overgenomen hebben.

Kent u het aantal tandartspraktijken en hun exacte spreiding in België? Zo niet, plant u een oplossing om daar accuraat gegevens over te verkrijgen? Hebt u een zicht op het exacte aantal tandartspraktijken dat ondertussen is overgenomen door private investeerders en waar zij hun diensten aanbieden? Hoe evalueert u dat?

Een verregaande commercialisering van de tandzorg houdt een risico in voor de betaalbaarheid ervan. We stellen vast dat commercialisering gepaard gaat met deconventionering. In uw beleidsnota somt u een aantal maatregelen op die het voor zorgverleners interessanter zouden moeten maken om zich te conventioneren en minder interessant om zich te deconventioneren.

Hoe zit het met de uitrol van die maatregelen om de betaalbaarheid te garanderen? Hoe specifiek zult u dat op commerciële praktijken richten? Overweegt u een actieve rol te spelen om de gaten in de beschikbare tandzorg te dichten, zowel op vlak van de geografische spreiding als op

conventioneringsvlak.

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: In antwoord op uw eerste vraag kan ik meedelen dat artikel 42 van de wet van 2019 inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg voorziet in de opmaak van een register om de identificatie van de actieve gezondheidszorgbeoefenaars in de toekomst te vereenvoudigen. Daarin wordt een algemene beschrijving opgenomen van de gezondheidszorg die door elke beroepsbeoefenaar wordt verleend, de plaats waar de zorg wordt verleend en de eventuele samenwerkingsverbanden met andere beroepsbeoefenaars. Dat register zal alle gezondheidswerkers bevatten die in België hun beroep mogen uitoefenen en zal het op termijn mogelijk maken te weten wie in welke sector en op welke plaats actief is.

Momenteel zijn er nog geen gedetailleerde gegevens beschikbaar over de werkplaatsen van alle tandartsen. In het kader van de bovenvermelde wet bouwen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV samen een praktijkregister uit dat meer inzicht zal geven in de praktijkvoering van tandartsen. Tandartsen kunnen hun werkadressen nu al beheren via een vernieuwde module in ProGezondheid, ontwikkeld in het kader van dat praktijkregister. In de komende maanden volgt een communicatiecampagne met als doel een zo volledig mogelijk praktijkregister te realiseren.

In antwoord op uw tweede vraag kan ik meedelen dat ik momenteel geen zicht heb op het aantal praktijken dat is overgenomen door private investeerders. De toenemende overname van tandartspraktijken door commerciële ketens is inderdaad zorgwekkend. Ik kreeg en krijg signalen dat zij jonge tandartsen in dienst nemen met contracten die deconventionering stimuleren. Die winstgedreven logica leidt tot ondoorzichtige tarieven, maakt het voor jonge zorgverleners moeilijker om in het conventiesysteem te stappen en dreigt de zorgketen te versnipperen, wat ten koste gaat van de continuïteit en de toegankelijkheid van de zorg.

In antwoord op uw derde vraag kan ik meedelen dat het voorontwerp van wet betreffende hervormingen in de gezondheidszorg voorziet in sterke stimulansen voor conventionering, met name door een beperking van de supplementen en de mogelijkheid om richttarieven vast te stellen. Het doel is voldoende flexibiliteit te laten en ruimte te bieden voor innovatie in de sector. Die stimulansen treden naar verwachting in werking in januari 2028.

De Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen speelt ook een rol in die hervorming, met name door te werken aan een hervorming van de nomenclatuur om de tarieven te objectiveren en de toegankelijkheid tot tandheelkundige zorg te waarborgen.

Wat uw vierde vraag betreft, is de federale Planningscommissie-medisch aanbod momenteel bezig met het uitwerken van toekomstscenario's om de verhouding tussen het aanbod aan tandartsen en de behoeften aan tandheelkundige zorg van de Belgische bevolking tussen 2021 en 2046 te onderzoeken. De resultaten zullen als basis dienen voor de bepaling van de quota vanaf 2032.

Hoewel de subquota en de inzichten over de verdeling van de tandartsen over het Belgische grondgebied onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen, heb ik het initiatief genomen om binnen de IKW Gezondheidszorg een werkgroep Planning op te richten, waarin alle actoren van de verschillende bestuursniveaus vertegenwoordigd zijn, zodat onze respectieve acties goed op elkaar kunnen worden afgestemd om aan de behoeften van de bevolking te voldoen.

10.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben blij dat u in ieder geval de diagnose deelt en dezelfde signalen opvangt, namelijk dat de gecommmercialiseerde praktijken leiden tot minder conventionering.

Ik heb nog een bijkomende vraag. U zei dat de federale Planningscommissie de noden in kaart aan het brengen is. Ik begrijp niet goed waarom dat pas vanaf 2032 impact zal hebben. Dat lijkt mij toch vrij ver in de toekomst. Baseert u zich daarvoor op wettelijke termijnen? Hoe moet ik dat zien?

10.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Als de Planningscommissie vandaag quota vastlegt, dan is dat altijd voor binnen een paar jaar. De quota worden vastgelegd met het oog op wie na de basisopleiding een verdere gespecialiseerde opleiding mag volgen, bijvoorbeeld huisarts of arts-specialist in de een of andere discipline.

10.05 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Het gaat over een opleidingsquotum.

10.06 Minister Frank Vandenbroucke: De quota gelden voor binnen een aantal jaren. In functie daarvan worden hier en nu de quota bepaald aan de hand waarvan de toelatingsexamens worden georganiseerd. De Planningscommissie doet een voorstel voor de quota die we federaal hanteren en die gelden altijd maar binnen een paar jaar. Die studenten moeten immers nog afstuderen.

10.07 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Het gaat dus over een opleidingsquotum en geen vestigingsquotum. Dat was mijn vraag. Ik dank u voor de verduidelijking.

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

11 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De kosten van het systeem van de verhoogde tegemoetkoming" (56008396C)

11 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le coût du système de l'intervention majorée" (56008396C)

11.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, er is nieuwe regelgeving die bij ons een aantal vragen oproept. Die vragen hadden we eerder als schriftelijke vraag ingediend, maar het nam nogal veel tijd in beslag om er een antwoord op te krijgen. Daarom hebben we de vraag omgezet in een mondelinge vraag.

Mijnheer de minister, we vernemen graag van u hoeveel bijkomende personen kunnen genieten van een verhoogde tegemoetkoming als gevolg van het koninklijk besluit van 12 mei 2024.

Hoe is de verdeling van die bijkomende personen, opgesplitst per verzekeringsinstelling?

Hoeveel personen werden uitgesloten van de ambtshalve toekenning van het recht op de verhoogde tegemoetkoming?

Hoe groot zijn de bijkomende kosten als gevolg van de toekenning van het recht op de verhoogde tegemoetkoming op initiatief van het ziekenfonds?

Werd door het RIZIV al een evaluatie gemaakt van de maatregelen, zowel op het vlak van de budgettaire kosten voor de ziekteverzekering als op het vlak van de extra uitgaven in andere beleidsdomeinen?

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, in 2024 kunnen de gemiddelde ZIV-kosten voor een patiënt zonder voorkeurregeling geschat worden op ongeveer 2.607 euro, terwijl de gemiddelde ZIV-kosten voor een patiënt met voorkeurregeling ongeveer 5.076 euro bedragen.

Het is echter niet juist te concluderen dat de meerkosten als gevolg van het voorkeursstatuut ongeveer 2.469 euro bedragen. Het RIZIV beschikt niet over cijfers om een schatting te maken van die meerkosten vanwege het statuut. Personen met een voorkeursstatuut hebben immers vaak een grotere zorgbehoefte, want het zijn oudere mensen of chronisch zieke mensen, zodat zelfs zonder de voordelen van het voorkeursstatuut de ZIV-kosten voor die patiënten hoger zouden zijn dan voor personen zonder dat statuut. Daarnaast bestaat ook een structurele bias in de vergelijking. Voor eenzelfde medische prestatie ontvangen de mensen met een verhoogde tegemoetkoming een hogere terugbetaling dan verzekerden zonder verhoogde tegemoetkoming. De vergelijking op basis van uitgaven overschat dus enigszins hun gebruik van de zorg in termen van het volume van gebruikte prestaties.

In 2024 bedroeg de totale terugbetaling in de ziekteverzekering 35,97 miljard euro, waarvan 11,55 miljard euro naar personen met een verhoogde tegemoetkoming ging.

Het aandeel van de gerechtigden met verhoogde tegemoetkoming in de totale uitgaven blijft jaar na jaar lichtjes stijgen, van 31,2 % in 2022 naar 32 % in 2023 en 32,1 % in 2024. Die toename weerspiegelt deels het feit dat de gerechtigden met verhoogde tegemoetkoming gemiddeld meer en complexere

zorg nodig hebben, maar ook de vermelde bias in de uitgaven tussen de groepen. Het blijft duidelijk dat sociale kwetsbaarheid gepaard gaat met een hogere zorgnood, wat ook het belang onderstreept van een solidair gefinancierd gezondheidszorgsysteem.

11.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, ik denk niet dat ik een antwoord heb gehoord op mijn eerste vraag, maar ik heb wel genoteerd dat u zei dat er een stijging is van het aantal mensen en dat de mensen met verhoogde tegemoetkoming 32,1 % uitmaken in 2024.

11.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik weet niet precies wat u met de eerste vraag bedoelt. Als het gaat over de cijfers voor 2022 en 2023 kan ik u via het secretariaat een uitgebreide tabel bezorgen waarin ik de gemiddelde terugbetalingen geef voor die jaren, opgesplitst per verhoogde tegemoetkoming en niet verhoogde tegemoetkoming, en de totale massa's.

11.05 Irina De Knop (Open Vld): Dat is interessant, maar eigenlijk is mijn vraag heel eenvoudig.

Met de gewijzigde wetgeving zorgden we voor een uitbreiding van die groep. Alleenstaande rechthebbenden zijn nu automatisch toegevoegd. Mijn vraag is hoeveel van die mensen ondertussen kunnen genieten van de verhoogde tegemoetkoming, terwijl zij daarvoor vroeger niet voor in aanmerking kwamen. We willen dus weten wat het gevolg is van de nieuwe wetgeving van 2024.

11.06 Minister Frank Vandenbroucke: Dat zie ik niet in de tekst van uw vraag zoals u die hebt ingediend.

11.07 Irina De Knop (Open Vld): Toch wel.

Wat is daarnaast het antwoord op mijn vijfde vraag? Werd er door het RIZIV al een evaluatie gemaakt van de maatregelen, zowel budgettair als op het vlak van de extra uitgaven?

11.08 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, ik zie niet goed welke vragen u bedoelt. Ik heb drie vragen ontvangen in uw schriftelijke voorbereiding, maar de specifieke vragen die u nu opnoemt, zitten daar niet bij. Als u echt vindt dat er heel specifieke informatie ontbreekt, dan zult u daarop moeten terugkomen.

11.09 Irina De Knop (Open Vld): Ik zie hier een vraag vier en vijf, maar blijkbaar zijn die bij u verloren geraakt.

11.10 Minister Frank Vandenbroucke: Het kan ook mijn fout zijn en dan verontschuldig ik mij daarvoor.

11.11 Irina De Knop (Open Vld): Goed, bedankt.

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

12 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De personeelsnormen voor ziekenhuizen" (56008397C)

12 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les normes de personnel pour les hôpitaux" (56008397C)

12.01 Irina De Knop (Open Vld): Tijdens de vorige legislatuur hebben we het onderscheid tussen de basisverpleegkundigen en de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg wettelijk verankerd. Als gevolg van dat onderscheid werd ook omschreven welke handelingen basisverpleegkundigen mogen stellen.

De eerste basisverpleegkundigen studeren in juli 2026 af. Het onderscheid tussen basisverpleegkundigen en verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg, en de lijst van handelingen die een basisverpleegkundige mag uitvoeren, maakt dat ziekenhuizen zich voor die nieuwe situatie zullen moeten organiseren.

Mijnheer de minister, zullen de personeelsnormen voor verpleegkundigen in ziekenhuizen worden aangepast als gevolg van het onderscheid tussen basisverpleegkundigen en verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg. Zo ja, wanneer zullen ze beschikbaar zijn?

Kunt u een beeld schetsen van de impact van de opdeling op de organisatie van de zorg in ziekenhuizen?

Zijn er aanpassingen bij het IFIC (Instituut voor Functieclassificatie) gepland als gevolg van de opdeling tussen de basisverpleegkundigen en de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Artikel 8, ten vijfde van de gecoördineerde ziekenhuiswet definieert een verpleegkundige als "de beoefenaar van de verpleegkunde, bedoeld in artikel 45, § 1, van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015". Die definitie verwijst alleen naar de eerste paragraaf van artikel 45 van de WUG. Dat betekent dat momenteel alleen de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg wordt gevisieerd en niet de basisverpleegkundige, die in artikel 45, § 1/2, wordt vernoemd. Dat heeft tot gevolg dat, wanneer in de ziekenhuiswet of in de bijbehorende uitvoeringsbesluiten het woord 'verpleegkundige' wordt gebruikt, alleen de 'verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg' wordt bedoeld.

Het spreekt voor zich dat de definitie in de ziekenhuiswet moet worden verruimd, maar de aanpassing van alle uitvoeringsbesluiten is een complexe aangelegenheid.

Eerst moet worden geanalyseerd of in elke norm zowel de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg als de basisverpleegkundige in aanmerking kan komen om de betrokken functie te vervullen. Daarnaast moet worden nagegaan wie bevoegd is om de aanpassingen door te voeren.

Zoals u weet, zijn de gemeenschappen principieel bevoegd voor de erkenningsnormen. De federale overheid is, wat de erkenningsnormen van ziekenhuizen betreft, alleen bevoegd voor de zogenaamde organieke normen. De gemeenschappen zullen dus minstens moeten worden betrokken. Het is ook denkbaar dat bepaalde normen enkel door de gemeenschappen kunnen worden aangepast.

In dit stadium is het nog te vroeg om precies te bepalen welke impact de invoering van het profiel van basisverpleegkundige zal hebben op de organisatie van de zorg in ziekenhuizen.

De nieuwe beoefenaar van de verpleegkunde, van wie de eerste afgestudeerden in juli 2026 worden verwacht, zal autonoom werken in minder complexe situaties. In complexere contexten zal de basisverpleegkundige binnen een gestructureerd zorgteam nauw samenwerken met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts, wanneer die de referentiepersoon van het team is. Belangrijk daarbij is dat de complexiteit geen vast gegeven is. Ze hangt af van het moment zelf, van de zorgcontext, van de beschikbare ondersteuning en van het type patiënt. Daarom gebeurt de inschatting van de complexiteit altijd binnen het team.

Zoals bij elk nieuw professioneel profiel is er een aanpassingsperiode nodig zodat iedereen zijn rol binnen een zorgteam kan opnemen. Die overgangsfase zal het mogelijk maken om protocollen en interprofessionele samenwerking te optimaliseren en waar nodig aan te passen.

Om de integratie van de basisverpleegkundigen in de ziekenhuisvoorzieningen te ondersteunen, buigt de Federale Raad voor verpleegkunde zich momenteel, op eigen initiatief, over de rol en de plaats van de verschillende verpleegkundige profielen, waaronder de basisverpleegkundige, de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en de verpleegkundig specialist, binnen de verpleegafdelingen en de zorgeenheden van de instellingen. Ik verwacht dat advies, dat me zeer nuttig lijkt, tegen februari 2026.

Daarnaast zal ik ook aan de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen vragen om een advies over de actualisering van de personeelsnormen voor ziekenhuizen, en om me dat advies uiterlijk tegen maart 2026 te bezorgen.

Het is belangrijk te benadrukken dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft, aangezien de basisverpleegkundige een beoefenaar van de verpleegkunde blijft, opgeleid is om te voldoen aan de eisen van het werkveld en steeds in teamverband werkt in complexe situaties.

Wat de plaats van de basisverpleegkundige binnen het IFIC-loonmodel betreft, is het aan het IFIC om te bepalen tot welke baremische categorie die functie behoort. Binnen het IFIC-systeem wordt het loon niet uitsluitend bepaald door het diploma, maar door de functie die effectief wordt uitgevoerd en de bijbehorende verantwoordelijkheden. Wanneer iemand overstapt naar een andere functiecategorie, geldt het barema dat overeenstemt met die functie. Het doel van dat model is verloning transparant en eerlijk te maken, gebaseerd op de werkelijke professionele werklast en verantwoordelijkheden. De functie-analyse van het IFIC steunt op een weging volgens zes objectieve criteria: kennis en kunde, leiding geven, communicatie, probleemoplossing, verantwoordelijkheid en omgevingsfactoren. Op basis van die weging wordt de baremische inschaling vastgelegd.

In december 2024 heeft mijn administratie de functie van basisverpleegkundige voorgesteld tijdens een vergadering met het IFIC, waarbij ook de functieladder werd toegelicht. Het IFIC zal op basis daarvan bepalen tot welke baremische categorie die functie zal behoren. Dat proces volgen we nauw op.

Intussen zijn ook gesprekken opgestart met de sociale partners die betrokken zijn bij de sectorale paritaire akkoorden in de gezondheidszorg, met name de werkgeversfederaties en de vakbonden, met als bedoeling een tussentijdse oplossing te vinden in afwachting van de IFIC-inschaling van de basisverpleegkundige. Het is belangrijk dat die tussentijdse oplossing spoedig wordt gevonden.

12.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, ik heb een verduidelijkende vraag. Op een gegeven moment zei dat u voor de invulling van de verschillende rollen een advies vraagt van ... en dan ben ik het even kwijt.

12.04 Minister Frank Vandenbroucke: Er komt een advies van de Federale Raad voor verpleegkunde over de rol en de plaats van de verschillende profielen. Daarnaast heb ik zelf een advies gevraagd aan de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen over de actualisering van de personeelsnormen. Dat advies verwacht ik tegen maart. Het zijn twee verschillende adviesraden en twee verschillende onderwerpen, maar ze draaien uiteraard rond dezelfde kwestie.

12.05 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw technische maar duidelijke antwoorden.

Het is natuurlijk wel zo dat juli 2026 heel dichtbij is. Ik kan mij inbeelden dat zo'n IFIC-inschaling dringend nodig is om duidelijkheid te brengen voor de mensen die in die situatie zitten. Ik heb geprobeerd om goed te luisteren en neem aan dat ziekenhuizen, in functie van de weging die zij maken, onafhankelijk een inschaling kunnen doen.

Ik volg het verder op.

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

13 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De New Deal" (56008398C)

13 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le New Deal" (56008398C)

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

Vorige legislatuur is gestart met een nieuw financieringssysteem voor de huisartsenpraktijk, met name de New Deal. Het nieuwe financieringssysteem bevat 3 financieringspijlers: een financiering per prestatie, een forfaitaire en gewogen financiering per patiënt met een vaste therapeutische relatie en een premiefinanciering voor de praktijk die moet inzetten op kwaliteit, ondersteuning, beschikbaarheid en samenwerking. Daarnaast is er nog een premie voor praktijkmanagement en een optionele premie voor de aanwezigheid van een verpleegkundige in deze praktijk.

De eerste instapdatum was 1 april 2024 waarbij 48 praktijken en 158 artsen in het nieuwe financieringssysteem instapten.

Graag vernam van ik van de minister:

1. Hoeveel artsen en artsenpraktijken zitten ondertussen in het nieuwe financieringssysteem New Deal?

2. Er was op 15 juni 2025 een aanmeldingsmoment met het oog op een instapmoment op 1 oktober 2025. Hoeveel artspraktijken met hoeveel artsen hebben zich aangemeld op 15 juni om in te stappen in het systeem van de New Deal?

3. Hoeveel zijn er effectief ingestapt op 1 oktober?

4. Werd al een evaluatie gemaakt van het systeem?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, momenteel nemen 147 artsen van 50 praktijken deel aan het proefproject. Het gaat over 33 groepspraktijken en 17 solopraktijken. Er zijn 14 artsen van 6 praktijken aangemeld om te starten op 1 oktober. Die 14 artsen zijn artsen in 5 groepspraktijken en 1 solopraktijk.

Op 1 oktober 2025 zijn 14 artsen van 5 praktijken daadwerkelijk ingestapt. Dat gaat over 4 groepspraktijken en 1 solopraktijk. De evaluatie zal worden uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) na afloop van het proefproject op 31 maart 2027. De dataverzameling en enquêtes daarvoor worden nog uitgevoerd op verschillende tijdstippen.

13.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, 14 artsen in totaal is natuurlijk heel beperkt. Ik veronderstel dat alle artsen konden opteren om op dit systeem over te stappen of is dat beperkt tot de artsen van het proefproject? Dit dossier moet verder worden opgevolgd.

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

14 **Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De BRCA-testen" (56008420C)
- **Carmen Ramlot** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De screening op het BRCA1- en BRCA2-gen, die wijzen op een verhoogd risico op borstkanker" (56008639C)

14 **Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les tests BRCA" (56008420C)
- **Carmen Ramlot** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le dépistage des gènes BRCA1 et BRCA2 associés à un risque élevé de cancer du sein" (56008639C)

14.01 **Katleen Bury** (VB): Mevrouw de voorzitter, weet u of mevrouw Ramlot nog komt? (Nee)

Mijnheer de minister, oktober is traditioneel de maand tegen borstkanker. Pink Ribbon lanceerde een oproep om de toegang tot de genetische testen op de borstkankergenen BRCA1 en BRCA2 te verruimen. Uit hun cijfers blijkt dat 5 tot 10 % van de borstkankers erfelijk is en dat dragers van een BRCA-mutatie een risico van 60 tot 80 % lopen. In België zouden naar schatting 33.000 tot 55.000 personen drager zijn zonder dat te weten.

Artsen signaleren dat de cascadeopsporing die vandaag in de genetische centra wordt gedaan vaak stokt, omdat indexpatiënten hun familie niet inlichten en verwanten zodoende geen recht hebben op een test. Pink Ribbon vraagt daarom dat borstkankerpatiënten en ex-borstkankerpatiënten systematisch getest worden en dat hun naaste verwanten laagdrempelig toegang krijgen tot counseling en terugbetaalde testing.

Ik heb daarover een heel aantal vragen. De vragen naar cijfermateriaal heb ik als schriftelijke vragen ingediend. Nu stel ik mijn mondelinge vragen.

Mijnheer de minister, bent u binnen uw federale bevoegdheid bereid om de toegang tot BRCA-testen uit te breiden tot alle borstkankerpatiënten en hun naaste verwanten, volgens een uniform cascadeprotocol? Plant u een KCE-update over de kosteneffectiviteit van die ruimere cascadescreening?

Hoe wilt u het recht op testing voor familieleden garanderen wanneer de indexpatiënt weigert of niet beschikbaar is? Voorziet u federale middelen voor genetische counseling, cascadeopsporing en klinische opvolging?

Beschikt u over federale monitoringgegevens inzake wachttijden? Welke federale hefboomen zet u in om die te verkorten?

Hoe garandeert u een gelijke toegang per gewest, ook voor mannen met een verhoogd BRCA-risico? Komt er via de federale colleges en het KCE een duidelijk verwijzingskader voor huisartsen en specialisten? Voorziet u een sensibiliseringscampagne met Pink Ribbon en de genetische centra?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Ramlot is niet aanwezig, maar ik heb een geïntegreerd antwoord voorbereid en ik stel voor dat ik dat dan ook geef.

Mevrouw Bury, het is een belangrijk thema, in het kader van de borstkankermaand, maar ook los daarvan. De aandacht gaat onder meer uit naar erfelijke vormen van kanker en naar de nood aan toegankelijke en kwalitatief goede genetische zorg.

Binnen de federale bevoegdheid zijn middelen voorzien voor genetische counseling, voor genetische testing bij personen die aan de indicatiecriteria voldoen en voor de klinische opvolging, onder meer via de RIZIV-nomenclatuur. De acht centra voor menselijke erfelijkheid beschikken daarvoor over de nodige middelen via de nomenclatuur en via specifieke overeenkomsten voor genetische counseling.

Les critères actuels d'indication pour les tests génétiques, y compris les tests BRCA, sont actuellement basés sur des critères de sélection tels que l'âge, les antécédents familiaux et personnels ainsi que le type de tumeur, comme indiqué dans la directive nationale belge relative aux critères diagnostiques pour le cancer héréditaire du sein et de l'ovaire, élaborée par le Collège Belge de Génétique Humaine et Maladies Rares.

Lorsque le patient index refuse ou n'est pas disponible, les généticiens cliniques des centres de génétique humaine peuvent, conformément à la directive, décider au cas par cas de tester un membre de la famille non atteint, en privilégiant celui ou celle qui présente la probabilité la plus élevée de porter une mutation.

Les critères sont régulièrement mis à jour et résultent d'une collaboration entre instances et experts, notamment au sein du Collège, qui se basent sur les données scientifiques ainsi que sur les directives belges et internationales.

De vraag om de toegang tot BRCA-testen uit te breiden naar alle borstkankerpatiënten is begrijpelijk, maar moet voldoende sterk wetenschappelijk onderbouwd zijn en rekening houden met de voor- en nadelen van dergelijke screening, waaronder de psychosociale impact op de betrokkenen en hun naasten, eventuele onzekerheid in de resultaten, de impact op het gezondheidszorgsysteem, zoals beschikbare middelen en eventuele wachttijden, en andere relevante klinische, gezondheidseconomische en ethische overwegingen.

Momenteel bestaat er geen consensus onder experts dat elke patiënt met een nieuwe borstkankerdiagnose automatisch een erfelijkheidstest aangeboden zou moeten krijgen. Ook in onze buurlanden, het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Frankrijk en Nederland, blijft de aanpak gebaseerd op selectiecriteria. Er wordt geen systematische screening van alle borstkankerpatiënten aangeboden of aanbevolen.

Het blijft echter belangrijk om de wetenschappelijke evidentie en internationale evoluties op te volgen en de *standard of care* aan te passen wanneer nieuwe inzichten of veranderende omstandigheden, zoals sterk dalende testkosten, dat verantwoorden. Zoals aangegeven, worden de criteria daartoe

regelmatig geactualiseerd in overleg met de betrokken experts en instanties.

Bien que les chiffres exacts ne soient pas disponibles, on constate que tous les membres de la famille ne se présentent pas pour le test prédictif lorsqu'une mutation est identifiée chez une patiente atteinte d'un cancer du sein. À cet égard, il subsiste une marge d'amélioration. Mieux informer, accompagner et motiver ce groupe à haut risque constitue, dans l'état actuel des choses, non seulement une utilisation plus efficace des ressources mais aussi une approche plus pertinente sur le plan de la santé publique que l'élargissement à grande échelle des critères d'indication à des personnes présentant un risque plus faible.

14.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dit is een treurig antwoord. U verklaart dat u het eerst moet bestuderen voordat het wordt uitgebreid, dat u moet bekijken of er voldoende beschikbare middelen zijn, dat er momenteel geen consensus is en dat u rekening moet houden met nieuwe inzichten.

Pink Ribbon is echter met nieuwe inzichten en cijfers naar u gekomen. Naar schatting 33.000 tot 55.000 personen zijn drager zonder dat te weten. Dat vind ik een heel belangrijk inzicht. Ik vind het dan ook heel spijtig dat u daar verder niet op ingaat.

Ik heb geen uitbreiding gevraagd. Mijn eerste vraag is duidelijk: een KCE-update over de kosteneffectiviteit. Ook daarover rept u met geen woord. Het antwoord is absoluut niet bevredigend. Ik ben heel teleurgesteld dat u niet eens een KCE-update plant.

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

15 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De KCE-studie over de behandeling van minderjarigen met genderdysforie" (56008467C)

15 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude du KCE relative au traitement de mineurs souffrant d'une dysphorie de genre" (56008467C)

15.01 Dominiek Snelpe (VB): Tijdens de bespreking van uw beleidsnota zei u dat u het KCE hebt gevraagd om een studie te laten uitvoeren naar het gebruik van hormoonremmers bij jongeren in het kader van genderdysforie. Dat stond ook zo in het regeerakkoord. We weten ondertussen dat het KCE bekijkt wanneer die studie in het jaarprogramma kan worden opgenomen.

Mijnheer de minister, heeft het KCE dat onderwerp al in zijn jaarprogramma kunnen opnemen? Wanneer mogen we de resultaten verwachten? Wat is precies de scope van de studie?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het KCE heeft het onderwerp dit jaar opgenomen in zijn studieprogramma en zal in juli 2026 met het onderzoek kunnen starten. Het KCE plant de resultaten van de studie in oktober 2027 te publiceren.

15.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, kunt u nog verduidelijken wat u precies aan het KCE hebt gevraagd? Wat is de scope van de studie die zij moeten uitvoeren?

15.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb dat al zo vaak gezegd hier.

15.05 Dominiek Snelpe (VB): U hebt het al zo vaak gezegd, maar blijkbaar is het nog altijd niet helemaal duidelijk. Wat ik daaruit kan afleiden, is dat u eigenlijk ook niet goed weet wat de scope van de studie is. Mijn vrees is dat het om een zeer beperkte studie zal gaan. Het zal eerder een opsomming van internationale en andere studies zijn, waaruit al dan niet zal blijken dat hormoonremmers bij jongeren met genderdysforie goed zijn.

Wat we daarin zeker niet zullen terugvinden, is een uitgebreid klinisch onderzoek naar de effecten van puberteitsremmers op de hersenontwikkeling. Men zal waarschijnlijk ook geen gegevens verzamelen over het aantal en de leeftijd van de kinderen die een medische transitie ondergaan of starten of over

het aantal mensen in transitie dat zelfmoord pleegt of een poging tot zelfmoord onderneemt. De gegevens over het aantal mensen dat spijt heeft van een transitie of vroegtijdig stopt met de transitie zullen vermoedelijk ook ontbreken. Het gaat nochtans om zeer pertinente vragen en gegevens als we dat thema in zijn geheel willen bekijken.

Ook kan er bijvoorbeeld onderzoek worden gevoerd naar de mogelijkheid van een zogenaamd *lock-in effect* ten gevolge van puberteitsremmers. Ook dat zullen we echter niet te horen krijgen. Het echte thematische debat over de vraag of het nu al dan niet goed is, zal hier niet aangezwengeld worden. We zullen gewoon verdergaan met wat we al jaren doen. We zullen jongeren met genderdysforie blijven behandelen met hormonen, terwijl internationale studies aantonen dat dat geen goed idee is. Heel wat landen hebben al beslist om dat niet meer te doen bij minderjarigen.

Ik zie dat die studie hier weinig zoden aan de dijk zal zetten, wat jammer is voor onze jongeren die zich in die situatie bevinden. Ook zij hebben recht op de beste zorg en dat dat absoluut zeer grondig moet worden bekeken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De (peri)menopauze" (56008468C)

16 Question de Dominiek Sneepe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La (péri)ménopause" (56008468C)

16.01 Dominiek Sneepe (VB): Mijnheer de minister, tijdens de bespreking van de beleidsnota 2025 zei u: "Wat bijvoorbeeld de menopauze betreft, heeft de IMC op 4 december 2024 de oprichting van een speciale werkgroep goedgekeurd. Haar belangrijkste opdracht is het opstellen van een volledige inventaris van bestaande initiatieven in België. Dat werk wordt uitgevoerd door het interadministratief platform (IAP). Op basis van deze bestaande initiatieven en in vergelijking met de aanbevelingen van het rapport dat vorig jaar werd opgesteld na een studiedag met experts en ervaringsdeskundigen, zal de werkgroep nu maatregelen voorstellen die op de verschillende bevoegdheidsniveaus moeten worden genomen om de aanpak van de menopauze in België te verbeteren."

Mijnheer de minister, hoever staat het interadministratief platform ondertussen met de inventarisering?

Wat is het resultaat van die inventarisering? Kan de inventaris ook gedeeld worden met onze commissie, of is die ergens raadpleegbaar?

Welke concrete maatregelen werden reeds voorgesteld? Zijn dat budgetneutrale maatregelen? Indien niet, in welk budget zal voorzien worden?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneepe, de IMC Volksgezondheid heeft de oprichting van een speciale werkgroep goedgekeurd. Die werkgroep is samengesteld uit ambtenaren van de verschillende deelstaten die vertrouwd zijn met de problematiek, bijvoorbeeld met de seksuele gezondheid.

De werkgroep heeft als eerste opdracht de bestaande initiatieven te inventariseren, een taak die onder de bevoegdheid van de deelstaten valt, en die door het Waals Gewest gecoördineerd wordt. Het AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité) heeft een vragenlijst opgesteld met het oog op een enquête bij de verschillende deelstaten. Zodra de vragenlijst goedgekeurd is door de betrokken partijen van het interadministratief platform kan die worden verspreid. Het verzamelen van de resultaten zal ons vervolgens, opnieuw in samenwerking met de verschillende entiteiten, in staat moeten stellen om concrete maatregelen op te starten.

16.03 Dominiek Sneepe (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Ook in dit dossier werd er blijkbaar nog maar weinig vooruitgang geboekt. Er wordt immers nog steeds geïnventariseerd. Is dat dan allemaal zo moeilijk? Mocht men in de privésector zoveel werk hebben om een inventaris af te werken, zou men nogal wat boetes oplopen. De overheid is echter zijn eigen baas. Het gaat dus tergend traag en intussen wordt het probleem niet aangepakt. We zullen dat verder

opvolgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 29.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.29 uur.