

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 10 DECEMBER 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 10 DECEMBRE 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 50 et présidée par Mme Caroline Désir.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.50 uur en voorgezeten door mevrouw Caroline Désir.

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 **Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het toenemende aantal ziekenhuisopnames van jongeren na een zelfmoordpoging" (56010727C)**

01 **Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les hospitalisations pour tentative de suicide en hausse chez les jeunes" (56010727C)**

01.01 **Caroline Désir (PS):** Il ressort d'une étude récente de la mutualité Solidaris basée sur 28 000 hospitalisations que les hospitalisations faisant suite à une tentative de suicide ont doublé entre 2013 et 2024 chez les jeunes de 13 à 24 ans.

Au niveau national, on observe par ailleurs que la précarité double le risque d'hospitalisation. On constate notamment que les bénéficiaires de l'intervention majorée sont nettement plus touchés que les autres. On observe également que les filles de 14 à 16 ans sont particulièrement concernées, avec un taux d'hospitalisation cinq fois supérieur à celui des garçons de la même tranche d'âge. Ces chiffres sont bien sûr particulièrement interpellants.

C'est sans doute aussi le signe d'un échec collectif de notre société à protéger convenablement ces jeunes et en particulier les plus vulnérables. Mais ce n'est pas tout, car l'étude révèle également des lacunes graves dans la prévention et le suivi, puisqu'on voit qu'un jeune sur six récidive, que 20 % d'entre eux n'ont eu aucun contact avec un médecin généraliste autour de leur hospitalisation et que 40 % d'entre eux n'ont reçu aucun traitement dans les six mois avant ou après.

Ces chiffres traduisent évidemment une détresse psychologique profonde, enracinée dans les inégalités sociales et territoriales. D'autant que le rapport qui, je le rappelle, est basé uniquement sur les hospitalisations, ne montre probablement que la partie émergée de l'iceberg.

Face à cette urgence, Solidaris appelle à une réponse forte et à une stratégie globale avec une prévention ciblée, la formation de sentinelles capables de repérer les signaux de détresse et un accès facilité aux soins via des dispositifs locaux.

Monsieur le ministre, je sais que la santé mentale est l'une de vos priorités – comme l'énonce du reste l'accord de gouvernement.

Quelles mesures concrètes comptez-vous prendre pour répondre à cette crise de santé publique qui touche particulièrement les jeunes? Une CIM Santé s'est-elle récemment réunie sur le sujet? Quelles initiatives ont été prises dans ce cadre? Comment comptez-vous systématiser le suivi post-opératoire et le déploiement de dispositifs locaux? Enfin, comment comptez-vous donner aux médecins généralistes les moyens d'agir en première ligne auprès des jeunes en souffrance?

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je vous remercie, madame Désir.

Comme vous l'avez souligné, ce problème doit vraiment être pris au sérieux.

D'un point de vue politique, la prévention du suicide relève des compétences des entités fédérées. Cela inclut l'organisation d'actions générales et ciblées auprès des populations à risque, la mise en place de services d'écoute et d'intervention, ainsi que la formation des acteurs de première ligne. Cela ne signifie pas pour autant que nous n'avons pas de responsabilité politique avec les instruments dont nous disposons.

Je souhaiterais d'abord rappeler le renforcement de l'accès aux soins psychologiques grâce à la convention INAMI sur les soins psychologiques de première ligne. Comme vous le savez, les jeunes jusqu'à 24 ans sont exonérés du ticket modérateur. Cette offre vise particulièrement les publics vulnérables, avec un travail en lieux d'accroche – comme par exemple les écoles, les maisons de jeunes ou les clubs sportifs – afin d'atteindre les jeunes qui n'accèdent pas spontanément aux soins. En 2025, jusqu'ici, 26,75 % des bénéficiaires sont des bénéficiaires d'intervention majorée (BIM), ce qui confirme l'importance et la portée sociale du dispositif.

Il est également important de noter que nous avons aussi mis à disposition des médecins généralistes la possibilité d'accueillir dans leur cabinet des psychologues cliniciens ou des orthopédagogues cliniciens conventionnés. Cela permet non seulement d'organiser des consultations avec les patients qui passent par le cabinet du médecin généraliste, mais aussi de soutenir le médecin dans son approche globale de ce type de patients. À vrai dire, cette offre n'a pas encore été tellement valorisée sur le terrain. Il reste donc une marge budgétaire pour les médecins généralistes qui peuvent simplement indiquer qu'ils souhaitent, par exemple, la présence d'un psychologue clinicien dans leur cabinet pour soutenir leur pratique.

Enfin, nous investissons de façon très conséquente dans les soins psychiatriques de crise et d'urgence. Ce n'est peut-être pas l'aspect le plus important lorsqu'on réfléchit à la prévention, mais cela reste un aspect qui mérite d'être mentionné.

L'évaluation scientifique EPCAP montre que plus de la moitié des patients présentent des idées suicidaires dans la première ligne – je reviens donc ici sur la première ligne –, et que le cadre de cette convention permet une prise en charge précoce, y compris après une tentative. Comme je viens de le dire, les médecins généralistes jouent un rôle et peuvent jouer un rôle essentiel dans cette détection, et donc ils ont le soutien des psychologues cliniciens conventionnés s'ils le souhaitent.

Pour renforcer la coordination entre le fédéral et les entités fédérées, la CIM Santé du 21 mai a créé un groupe de travail interfédéral santé mentale. Lors des précédentes réunions du GTI SSM, une discussion approfondie a eu lieu sur la base des contributions du gouvernement fédéral et des entités fédérées. Les travaux se poursuivent afin d'aboutir à un plan interfédéral de santé mentale aligné sur les priorités définies par l'OMS.

01.03 Caroline Désir (PS): Merci beaucoup, monsieur le ministre, pour votre réponse, parce qu'on sent que c'est une problématique que vous prenez au sérieux. On a eu l'occasion en d'autres temps de travailler ensemble, notamment sur la question de l'accès aux jeunes jusqu'à 24 ans aux soins psychologiques.

Je pense que c'est une mesure qui a vraiment eu beaucoup de succès, qui continue d'en avoir et qui est vraiment essentielle. Je pense qu'on doit continuer à la promouvoir. Je suis aussi très heureuse d'entendre que la CIM Santé a débouché sur la création d'un groupe de travail interfédéral santé mentale, parce que je crois qu'il est vraiment nécessaire qu'on se retrouve tous, toutes les entités fédérales et fédérées, derrière cette urgence afin d'en faire une cause nationale.

Un plan interfédéral santé mentale me paraît indispensable quand on voit les chiffres que j'ai rappelés en début d'intervention. Je continuerai donc à suivre tout ceci avec intérêt et j'espère aussi que nos auditions en matière de santé mentale pourront alimenter vos travaux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les agressions du personnel hospitalier" (56011226C)

02 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De agressie tegen ziekenhuispersoneel" (56011226C)

02.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, un grave incident s'est produit mardi dernier, si je ne me trompe, au sein de l'unité de psychiatrie de l'Institut Sanatia Saint-Luc à Bruxelles, avec deux membres du personnel qui ont été agressés et blessés à l'arme blanche. Heureusement, leur vie n'est visiblement pas en danger. Mais cet incident dramatique met une nouvelle fois en lumière les conditions de travail particulièrement difficiles dans le secteur psychiatrique, et dans nos hôpitaux en général, car ce n'est pas la première fois que ce genre d'incident se produit. Cet incident vient illustrer une réalité que les soignants dénoncent depuis longtemps, à savoir un manque criant de personnel, des conditions de travail dangereuses et une sécurité insuffisante pour protéger les soignants.

Monsieur le ministre, j'imagine que vous avez été interpellé à la suite de ces événements. Quelles mesures immédiates envisagez-vous pour renforcer la sécurité du personnel hospitalier, et en particulier pour ce qui concerne les unités psychiatriques, afin d'éviter que de tels drames ne se reproduisent? Disposez-vous d'un état des lieux récent sur les agressions subies par le personnel soignant en psychiatrie en Belgique? Pouvez-vous le communiquer au Parlement?

À la suite d'une question orale de ma collègue Ludivine Dedonder, vous vous étiez montré favorable à un plan global face à l'agressivité contre le personnel soignant. Vous affirmiez vouloir développer une démarche avec les partenaires sociaux du secteur. Qu'en est-il aujourd'hui? Quelles concertations sont-elles menées dans ce cadre?

En Belgique, la police, les pompiers et le personnel pénitentiaire bénéficient de plans spécifiques de prévention et de reconnaissance des risques liés à la violence. Les soignants sont finalement exposés à des dangers comparables, mais sans les protections équivalentes. Envisagez-vous de mettre en place un plan national spécifique avec des formations dédiées à cette problématique et une reconnaissance officielle du risque encouru?

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Désir, permettez-moi de commencer par affirmer sans aucune ambiguïté que l'agression envers le personnel soignant, sous quelque forme que ce soit, est totalement inacceptable. Le Conseil fédéral des secours médicaux d'urgence et le Conseil fédéral des établissements hospitaliers ont récemment rendu un avis concernant l'approche à adopter face à l'agression envers les prestataires de soins. J'ai alors demandé au président du Conseil fédéral des secours médicaux d'urgence d'élaborer un concept en vue de la constitution d'un groupe de travail dédié à la lutte contre l'agression envers les prestataires de soins. Mon cabinet est actuellement en contact avec le cabinet du ministre de la Justice et du ministre de l'Intérieur pour discuter de ce concept.

À ce jour, nous ne disposons pas d'un système d'enregistrement uniforme des agressions dans les hôpitaux. L'enregistrement uniforme et le suivi du nombre d'incidents, qu'il s'agisse de formes verbales ou physiques d'agression, font en tout état de cause partie des objectifs que je souhaite atteindre au cours de cette législature. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions obtenir une image précise de la problématique de l'agression et adapter en conséquence nos initiatives politiques.

Concrètement, j'ai demandé de créer un groupe de travail qui, dans le délai de douze mois, devra soumettre des propositions concrètes en ce qui concerne la lutte contre l'agression contre le personnel soignant.

02.03 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je pense effectivement qu'il faut aujourd'hui envoyer un signal fort au personnel soignant, qui se dévoue corps et âme pour soigner les patients. Dès lors, imaginer que ces personnes doivent, dans certains cas, venir travailler la boule au ventre parce qu'elles ont peur de se faire agresser est bien évidemment insupportable. Je pense que les soignants ont besoin d'entendre qu'il existe une réponse politique à la hauteur de l'enjeu.

Je me réjouis que vous vous soyez imposé des délais et que vous ayez décidé de collaborer avec vos collègues de la Justice et de l'Intérieur. Par ailleurs, il est primordial de pouvoir mesurer de quoi on parle, de sorte qu'en l'absence de système d'enregistrement uniforme, il faut impérativement travailler sur ces aspects. Vous avez cité l'expression néerlandaise "Meten is weten", et il est exact qu'on ne peut pas mener une politique adaptée à la réalité si on est incapable de mesurer cette réalité.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- **Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rappel de capteurs de glycémie" (56011239C)**

- **Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rappel des capteurs de glycémie FreeStyle Libre" (56011340C)**

03 Samengevoegde vragen van

- **Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De recall van bloedglucosemeters" (56011239C)**

- **Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugroeping van FreeStyle Libre-glucose-sensoren" (56011340C)**

03.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, l'entreprise Abbott a récemment lancé une vaste campagne de rappel concernant certains capteurs de glycémie FreeStyle Libre 2, FreeStyle Libre 3 et FreeStyle Libre 3 Plus en raison d'un dysfonctionnement susceptible d'entraîner des mesures incorrectes de glycémie basse.

Selon les données communiquées, ce défaut pourrait être lié à au moins sept décès et à plus de 700 incidents graves au niveau international. Une partie des capteurs en question aurait été distribuée en Belgique.

Monsieur le ministre, avez-vous connaissance du nombre de dispositifs potentiellement défectueux qui ont été commercialisés chez nous? Des incidents ont-ils déjà été notifiés dans notre pays? Si oui, de quels types d'incidents s'agit-il? Des décès ont-ils été notifiés dans notre pays?

Quelles mesures ont été prises pour informer rapidement les patients, les professionnels de santé et les pharmacies de ce rappel, et pour s'assurer que les capteurs concernés soient identifiés et retirés du marché?

Le SPF Santé publique a-t-il mis en place un dispositif spécifique de suivi ou de signalement pour recenser d'éventuels incidents en Belgique liés à ces capteurs?

Quels mécanismes sont prévus pour garantir la continuité de la prise en charge des patients diabétiques concernés, notamment en ce qui concerne le remplacement des capteurs et l'accompagnement médical?

Enfin, quelles mesures envisagez-vous pour renforcer à l'avenir la surveillance et le contrôle de qualité des dispositifs médicaux importés et distribués en Belgique?

03.02 Katleen Bury (VB): Mevrouw de voorzitter, ik verwijst naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Abbott heeft in november 2025 een wereldwijde terugroepactie gestart van bepaalde FreeStyle Libre 3- en FreeStyle Libre 3 Plus-glucose-sensoren. Interne tests toonden aan dat sommige sensoren onjuiste glucosewaarden konden weergeven (met name foutief lage waarden), wat een ernstig veiligheidsrisico vormt. Wereldwijd ontving Abbott meldingen van 736 ernstige incidenten en zeven sterfgevallen die mogelijk met dit defect in verband staan. Deze problemen werden teruggevoerd op één specifieke productielijn in de productie van de sensoren. In de VS alleen zijn naar schatting ongeveer 3 miljoen sensoren uit die betrokken productielijn gedistribueerd. Ook in België heeft de fabrikant een terugroepactie opgestart voor de betrokken FreeStyle Libre 3(-Plus)-sensoren.

Ik heb hierover de volgende vragen:

Over hoeveel mogelijk defecte sensoren gaat het in België? Zijn hier al incidenten gemeld, en zo ja welke? Zijn er in ons land overlijdens geregistreerd die hiermee in verband kunnen worden gebracht? Welke stappen zijn gezet om patiënten, zorgverleners en apotheken snel en correct te informeren en te verzekeren dat betrokken sensoren worden opgespoord en uit de handel genomen?

Heeft de FOD Volksgezondheid, eventueel via het FAGG, een specifieke procedure of meldsysteem opgezet om incidenten met deze sensoren in België te registreren en op te volgen?

Hoe wordt de continuïteit van zorg voor de betrokken diabetespatiënten gegarandeerd, met name inzake tijdige vervanging van sensoren en medische begeleiding?

Welke maatregelen overweegt u om het toezicht en de kwaliteitscontrole op medische hulpmiddelen die in België worden ingevoerd en verdeeld te versterken, zodat gelijkaardige problemen in de toekomst sneller worden opgemerkt?

03.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Le fabricant Abbott est en train de mettre en place deux mesures correctives concernant les valeurs de glycémie erronées avec les capteurs FreeStyle Libre 3 et FreeStyle Libre 3 Plus. Les capteurs Freestyle Libre 2 ne sont pas concernés par ces mesures correctives.

En Belgique, 65 881 capteurs concernés par la mesure corrective relative aux valeurs glycémiques faussement élevées sont disponibles sur le marché. Aucun incident grave n'a été signalé en Belgique dans le cadre de cette mesure corrective.

En Belgique encore, 999 737 capteurs concernés par la mesure corrective relative aux valeurs glycémiques faussement basses sont disponibles sur le marché. Sept incidents ont été signalés avec des capteurs provenant des lots concernés. Un patient a dû être hospitalisé, mais aucun décès n'est à déplorer en Belgique, heureusement.

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) est en train de mener une recherche plus large afin d'avoir une vision claire de la problématique. L'Agence procède actuellement à un filtrage en fonction du type d'incident "valeur glycémique faussement basse".

L'AFMPS fera ensuite un retour d'information au fabricant afin d'évaluer si ces incidents relèvent du cadre de l'action corrective.

Deuxièmement, conformément aux obligations légales, Abbott a envoyé l'avis de sécurité à ses clients. Ceux-ci doivent, à la demande d'Abbott, à leur tour avertir les patients concernés. Afin de s'assurer que les professionnels de santé sont informés de ces mesures correctives, l'Agence a contacté tous les points de contact matériovigilance au sein des hôpitaux et leur a transmis les avis de sécurité.

L'Agence publie aussi systématiquement toutes les Field Safety Notices sur son site web. L'Agence a également publié un communiqué à ce sujet sur son site web ainsi que sur les réseaux sociaux.

Troisièmement, la surveillance du marché des dispositifs médicaux, dont les capteurs, relève de la compétence de l'Agence et non de celle du SPF Santé publique. La cellule matériovigilance de l'Agence veille à la qualité, la sécurité et l'efficacité des dispositifs médicaux sur le marché belge. Chaque rapport d'incident reçu fait l'objet d'une analyse sur base, entre autres, de l'impact sur le patient et du type de problème rapporté. L'Agence évalue ensuite si des mesures telles que des actions correctrices, un retrait du marché, une restriction d'utilisation sont à prendre.

Pour ce faire, l'Agence se base sur l'historique des notifications d'incidents reçus, mais également sur les données fournies par le fabricant et/ou d'autres instances nationales ou internationales. Conformément au règlement européen 2017/745, les fabricants sont tenus de signaler aux autorités compétentes les incidents graves et les mesures correctives de sécurité concernant leurs dispositifs médicaux, tandis que les prestataires de soins de santé en Belgique ont l'obligation de signaler tous les incidents liés aux dispositifs médicaux conformément à la législation nationale et à l'arrêté royal relatif à la matériovigilance.

Quatrièmement, la continuité de la prise en charge des patients diabétiques, y compris le remplacement des capteurs et l'accompagnement médical, relève de la responsabilité du médecin traitant et de l'équipe de soins du patient. Ces aspects ne font pas partie des compétences de l'Agence.

Cinquièmement, j'en viens au changement majeur dans les mois et années à venir concernant la base de données EUDAMED. Celle-ci a été créée sur base du règlement européen 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux et du règlement européen 2017/746 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, règlements qui sont entrés en vigueur respectivement en 2021 et 2022. À terme, EUDAMED sera composé de six modules. Tout récemment, la décision européenne 2025/2371 publiée le 27 novembre a confirmé la pleine fonctionnalité des quatre premiers modules d'EUDAMED. Cela signifie que dès le 28 mai 2026, les opérateurs économiques, les organismes notifiés ainsi que les autorités compétentes seront dans l'obligation d'utiliser quatre modules, à savoir acteurs, dispositifs (UDI), organismes notifiés et certificats et surveillance du marché. EUDAMED a pour objectif de renforcer la transparence globale et d'améliorer l'accès à l'information pour le public et les professionnels de la santé ainsi que d'améliorer la coordination entre les différents États membres de l'Union européenne. La base de données jouera donc un rôle essentiel dans la connaissance du marché européen des dispositifs médicaux. Ce nouvel outil permettra une meilleure surveillance du marché, car il servira de source authentique à la fois pour les fabricants, les dispositifs et les certificats.

L'Agence est également compétente pour exercer la surveillance de l'organisme notifié belge SGS Belgium NV. Via cette surveillance, l'Agence peut également contribuer à la qualité et à l'efficacité des dispositifs médicaux. En outre, des inspections sont également effectuées auprès des différents acteurs belges et des actions thématiques sont mises en place afin de détecter des non-conformités spécifiques.

Daarmee heb ik ook de vragen van mevrouw Bury beantwoord.

03.04 **Caroline Désir** (PS): Merci beaucoup pour cette réponse très exhaustive, monsieur le ministre.

03.05 **Katleen Bury** (VB): Ik heb uw antwoord beluisterd. Het is al heel goed dat er hier geen doden zijn gevallen en dat u goed op de hoogte bent van de problematiek en de procedure die in gang werd gezet. Ik hoop wel dat er geen problemen zullen ontstaan voor de continuïteit van de zorg voor diabetespatiënten. U zegt dat de vervanging van de toestellen de verantwoordelijkheid is van de dokters. Laten we hopen dat daar geen kink in de kabel komt en dat alle dokters en patiënten ingelicht zijn over de schade die kan voortvloeien uit defecte sensoren. Ik volg het verder op.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Voorzitster: Kathleen Depoorter.

Présidente: Kathleen Depoorter.

04 **Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verzwaring van het antibioticaregistratiesysteem voor dierenartsen" (56011089C)

- **Irina De Knop** aan **David Clarinval** (VEM Werk, Economie en Landbouw) over "De onuitvoerbaarheid van het nieuwe systeem voor de registratie van antibiotica" (56011167C)

04 **Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'alourdissement du système d'enregistrement des antibiotiques pour les vétérinaires" (56011089C)

- **Irina De Knop** à **David Clarinval** (VPM Emploi, Économie et Agriculture) sur "L'impossibilité de mettre en oeuvre le nouveau système d'enregistrement des antibiotiques" (56011167C)

De **voorzitster**: Mevrouw De Knop is niet aanwezig.

04.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, op 26 november zijn de Vlaamse en de Waalse beroepsverenigingen collectief opgestapt tijdens een infosessie van de federale overheid. Dat is ongezien. Het is niet zo dat zij tegen digitalisering zijn, maar het nieuwe, zwaardere antibioticaregistratiesysteem is een breekpunt voor hen.

Ze wijzen erop dat ze al tien jaar uitzonderlijke resultaten boeken in de strijd tegen antimicrobiële resistentie en dat het gebruik van antibiotica in de dierengeneeskunde met meer dan 60 % is gedaald

sinds 2011. Dat is top in Europa en dat werd bovendien gerealiseerd zonder extra middelen, maar wel met een groeiende administratieve belasting. In de praktijk betekent dat heel lange werkdagen waarbij men de gegevens 's avonds laat nog in de computer dient in te voeren in systemen die het vaak laten afweten. De dierenartsen zien zichzelf zo eerder als administratieve krachten in dienst van de overheid in plaats van als zorgverstrekkers.

Daarbovenop komt nu een systeem dat verder gaat dan Europa vraagt en dat werd ontwikkeld zonder co-creatie met de sector. Alsof dat nog niet genoeg is, blijkt dat de overkoepelende structuur achter de antibioticaregistratie jaarlijks meer dan 650.000 euro subsidies krijgt, terwijl de dierenartsen op het terrein daarvan geen cent krijgen. Mogelijk komt er in 2019 een 'encodagepremie', maar die is sowieso totaal onvoldoende. Dat voelt voor veel dierenartsen als een kaakslag.

Waarom wordt een zwaarder systeem doorgedrukt dat verder gaat dan de Europese verplichtingen en ontwikkeld werd zonder gedragen overleg?

Erkent u dat dit de werkbaarheid van de praktijkdierenartsen zwaar ondermijnt en de zorgcontinuïteit bedreigt?

Bent u bereid de invoering op te schorten, een onafhankelijke evaluatie uit te voeren en de dierenartsensyndicaten eindelijk structureel te betrekken bij een herwerking?

Hoe verantwoordt u dat de overkoepelende structuren honderdduizenden euro's subsidies ontvangen, terwijl de praktijkdierenartsen – die de lasten dragen – niets krijgen?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, ik ontvang vrijdag samen met minister Clarinval de beroepsorganisaties van de dierenartsen om het over die problemen te hebben. We zullen samen de materie in alle sereniteit constructief bespreken en op zoek gaan naar strategieën om een antwoord te bieden op de aangekaarte problemen.

Om het overleg alle kansen te geven, ga ik vandaag niet in op de specifieke vragen die u hebt gesteld.

04.03 **Katleen Bury** (VB): Het doet me veel plezier dat u de organisaties vrijdag ontvangt. Ik wijs erop dat het echt wel om een noodkreet gaat, als de dierenartsenverenigingen collectief de zaal verlaten. Er moet zeker rekening worden gehouden met het menselijke aspect, de werkbaarheid en de mentale belasting. De sector staat bekend om de heel hoge zelfmoordcijfers. Ik ben dus blij dat de verenigingen vrijdag mogen langskomen en hoop dat de verzwareningen worden herbekeken, dat er misschien een onafhankelijke evaluatie volgt en dat u hen volwaardig betreft en niet alleen maar eventjes luistert. Dankuwel.

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

05 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Kleimaskers met zware metalen" (56011194C)**

05 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Des masques à l'argile contenant des métaux lourds" (56011194C)**

05.01 **Katleen Bury** (VB): Ik las in Testaankoop dat tien kleimaskers werden getest. Daarin vond men meerdere zware metalen, zoals lood, cadmium en arseen. Die producten zouden vandaag nog steeds in de Belgische winkels liggen. Testaankoop heeft het dossier inmiddels formeel aan u bezorgd.

Hebt u dat dossier ondertussen ontvangen? Over welke kleimaskers gaat het? Zijn er bijkomende analyses of staalnames opgestart? Zijn er al maatregelen genomen om de betrokken producten uit de handel te nemen? Welke normen hanteert u voor zware metalen in cosmetica? Welke vervolgstappen plant u om consumenten te beschermen zolang het onderzoek loopt?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Testaankoop heeft ons de resultaten van zijn analysecampagne bezorgd vóór de publicatie voor het grote publiek, zoals ook vermeld in het persbericht.

Vooreerst benadruk ik dat cosmetische producten op Europees niveau worden gereguleerd door de geharmoniseerde verordening 1224/2009. Die verordening legt momenteel geen specifieke normen op voor zware metalen. Testaankoop heeft Duitse richtlijnen gebruikt om te beoordelen of de producten conform waren. Die richtlijnen hebben evenwel geen juridische waarde in België of in de Europese Unie.

Aangezien klei van nature zware metalen bevat, is het de verantwoordelijkheid van de operator om de veiligheid van het product aan te tonen. Dat gebeurt door rekening te houden met mogelijke contaminanten en via een verplichte toxicologische studie, uitgevoerd door een veiligheidsbeoordelaar. Die evaluaties zijn opgenomen in het veiligheidsrapport dat beschikbaar is voor de toezichthoudende autoriteiten van het land waar de verantwoordelijke persoon is gevestigd.

Na onderzoek door de FOD Volksgezondheid is gebleken dat geen van de geanalyseerde producten een verantwoordelijke in België heeft. Het is dus aan de markttoezichthouders van andere lidstaten om te bepalen of de producten conform zijn, rekening houdend met de gedetecteerde hoeveelheden zware metalen en met de naleving van art. 17 dat de aanwezigheid van technisch onvermijdelijke sporen toelaat op voorwaarde dat ze voldoen aan de goede fabricagepraktijken en de veiligheid van het product niet in gevaar brengen.

Momenteel loopt er een evaluatie van de cosmeticaverordening. Het ontbreken van normen voor zware metalen is een van de punten die België heeft aangekaart om de verordening te verbeteren en een hoog niveau van consumentenbescherming te waarborgen.

05.03 Katleen Bury (VB): Dankuwel, mijnheer de minister.

Het feit dat er evaluatie komt omdat er geen reglementering is over de maximale aanwezigheid van zware metalen – die van nature eigenlijk altijd aanwezig zijn – is een goede zaak. Ik volg het verder op.

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

06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Urinaire autosondage" (56011238C)

06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'autosondage urinaire" (56011238C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): We zijn eigenlijk gisteren al kort ingegaan op urinaire autosondages en de nomenclatuur die niet langer wordt terugbetaald voor thuisverpleegkundige zorg bij autosondages. Daarnaast signaleren thuisverpleegkundigen dat die wijziging een probleem is voor kwetsbare patiënten en kinderen, maar ook voor personen met een handicap, zoals u gisteren zei.

U hebt mij gisteren aangegeven dat er een overleg zou plaatsvinden. Ik weet niet of dat vandaag was of in de nabije toekomst. De casus waarover ik het heb betreft een kindje dat twee sondages per dag op school krijgt. De overige sondages gebeuren thuis met hulp van ouders of grootouders. Sinds de nieuwe regeling worden die twee zorgtaken op school echter niet meer terugbetaald, wat een substantiële financiële last voor de ouders vormt.

Mijn concrete vragen zijn de volgende.

Werd binnen de Overeenkomstencommissie al stilgestaan bij dergelijke casussen bij de invoering van de nieuwe regelgeving? Hebt u daar weet van? Welke oplossingen zijn daar naar voren gebracht? Hoe is de discussie verlopen? Mijn derde vraag hebt u min of meer al beantwoord; bent u bereid om binnen de bevoegde organen te pleiten voor een aanpassing of uitzondering, of dit op zijn minst te onderzoeken?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik denk dat ik dit gisteren op het laatste moment heb toegevoegd, maar ik wil dat gewoon bevestigen.

Wij hebben die vraag doorgestuurd naar het RIZIV. Het RIZIV is gevraagd om de knelpunten te

analyseren en met voorstellen te komen. Het verbod op de cumul tussen de verpleegkundige prestatie voor sondage en het forfaitair bedrag voor autosondagemateriaal is op dit moment dus nog in analyse bij het RIZIV. Zodra ik van de administratie van het RIZIV conclusies en aanbevelingen heb gekregen, zal ik verder bekijken wat we daarmee doen en de nodige stappen ondernemen.

06.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, mijnheer de minister.

Zeer goed dat het onderzocht wordt, maar ik denk dat u niet hebt geantwoord op mijn vraag of het bij de initiële regelgeving is besproken in de Overeenkomstencommissie dan wel of het gewoon over het hoofd is gezien.

06.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, u hebt inderdaad die vraag gesteld. Ik heb daar nu geen antwoord op, in alle eerlijkheid. Men heeft mij daar geen antwoord op gegeven. Ik heb het helemaal doorgestuurd naar het RIZIV, maar ik heb daar geen antwoord op.

06.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Oké, dan komen we daar ongetwijfeld nog op terug.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Ramlot is niet aanwezig om haar vraag nr. 56011242C te stellen.

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aankoop van producten via de webshops van mutualiteiten" (56011252C)

07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'achat de produits par le biais des magasins en ligne des mutualités" (56011252C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de aankoop van producten met korting via de webshops van ziekenfondsen is een oud zeer. Ik herinner mij dat ik een paar jaar geleden ook met u een discussie had over de praktijk waarbij patiënten die lid waren van een bepaald ziekenfonds, via de apotheek of via de website van het ziekenfonds incontinentiemateriaal met een korting konden aankopen. Groot was mijn verbazing dan ook toen ik recentelijk opnieuw vernam dat de Christelijke Mutualiteit een korting van 30 euro aanbiedt voor de aankoop van foliumzuur, maar enkel wanneer het product via de eigen webshop van het ziekenfonds wordt aangekocht. Dat beperkt niet alleen de vrije keuze van de patiënt, maar omzeilt ook de rol van de huisapotheker voor de preventie.

Preventie in de gezondheidszorg kan enkel succesvol zijn, wanneer ze breed gedragen wordt door zowel patiënten die keuzevrijheid hebben als door zorgverstrekkers. Met die korting omzeilt men echt wel de rol van de vaste huisapotheker op cruciale momenten als de zwangerschap. De huisapotheker speelt een heel belangrijke rol voor medicatiebegeleiding en opvolging, en voor het bespreken van de gezondheidsaspecten bij zwangerschap.

Hoe evalueert u de praktijk waarbij ziekenfondsen financiële voordelen koppelen aan aankoopkanalen die de rol van de huisapotheker mogelijks ondermijnen en die vooral de patiënten naar de verkoopkanalen van de eigen organisatie leiden, waar ze een commerciële activiteit uitvoeren. Zijn de wettelijke bepalingen ter zake gevolgd? Zijn die van toepassing?

Overweegt u maatregelen om ervoor te zorgen dat preventieve voordelen, zoals tussenkomsten voor foliumzuur, steeds beschikbaar zijn met behoud van volledige apothekerskeuze, of de keuze van het kanaal waar het foliumzuur gekocht wordt?

Zult u een onderzoek instellen naar die manier van werken? Zult u de CM aanspreken indien blijkt dat zij buiten haar wettelijke bevoegdheden of de geldende regelgeving is getreden?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, mijn antwoord op uw vragen is gebaseerd op de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 betreffen de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Ik wil eerst en vooral benadrukken dat de patiënte in het heel specifieke geval volledig vrij blijft om haar apotheker of arts te raadplegen gedurende de hele zwangerschapsperiode. Hier gaat het enkel en alleen om een voorwaarde om een eenmalige tussenkomst van 30 euro te kunnen genieten bij aankoop van foliumzuur. Het gaat om een product dat vrij besteld kan worden, ook online, zonder advies van een apotheker.

Wat de vragen over de aanvullende voordelen van ziekenfondsen betreft, zal ik wat in herhaling vallen, maar het is wel belangrijk om enkele elementen aan te stippen.

Ziekfondsen zijn verenigingen van natuurlijke personen die tot doel hebben het fysiek, psychisch en sociaal welzijn te bevorderen. Dat stemt overeen met de definitie van de notie gezondheid volgens de Wereldgezondheidsorganisatie.

Naast hun deelname aan de uitvoering van de verplichte verzekering moeten ze minstens één dienst in het kader van de aanvullende verzekering organiseren, die als doel heeft, ten eerste, het financieel tussenkomen in de kosten ingevolge preventie en behandeling van ziekte en invaliditeit of het toekennen van uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid of wanneer zich een toestand voordoet waarbij het fysiek, psychisch of sociaal welzijn kan worden bevorderd; en, ten tweede, het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met het oog op het bevorderen van het fysiek, psychisch of sociaal welzijn. Ze moeten met die doelen dus minstens één dienst organiseren in het kader van de aanvullende verzekering.

In dat kader bepaalt de Algemene Vergadering van de ziekenfondsen zelf, samengesteld uit leden van de ziekenfondsen verkozen door de stemgerechtigde leden ervan, en mits naleving van de van toepassing zijnde wettelijke bepalingen welke voordelen ze aanbieden aan hun leden in het kader van de aanvullende verzekering. Dat is ook de voorwaarde om van die voordelen te kunnen genieten. Alle voordelen, de toepasselijke voorwaarden en de door de leden te betalen bijdrage moeten in de statuten worden opgenomen. De voordelen van de aanvullende verzekering worden uitsluitend gefinancierd door de bijdragen van de leden en niet met overheidsgelden.

De Controledienst voor de ziekenfondsen moet de organisatie van de voordelen goedkeuren, vooraleer ze aangeboden kunnen worden en kan die slechts weigeren wanneer ze strijdig zijn met wettelijke of reglementaire bepalingen, waaronder een gebrek aan overeenstemming met de notie gezondheid.

In het kader van de aanvullende verzekering worden door de ziekenfondsen tussenkomsten aangeboden die niet zijn voorzien in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Aangezien de Algemene Vergadering van de ziekenfondsen beslist over de aangeboden voordelen, heeft dat tot gevolg dat de voordelen en de voorwaarden om ervan te kunnen genieten, verschillen naar gelang van het ziekenfonds.

Vaak zijn de ziekenfondsen innoverend via de aanvullende verzekering en dat onder hun eigen verantwoordelijkheid. Soms worden tussenkomsten die oorspronkelijk in de aanvullende verzekering waren voorzien, nadien opgenomen in de nomenclatuur van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De toekenning door een ziekenfonds van een tussenkomst voor foliumzuur, onder de voorwaarden die in de statuten zijn opgenomen, kadert zonder twijfel in de brede definitie van de notie gezondheid en werd dan ook door de controledienst goedgekeurd.

Om een dienst van de aanvullende verzekering te organiseren, kan het ziekenfonds bovendien met een derde samenwerken, zoals een zorgwinkel, in het belang van de leden. Dat wordt niet verboden door de wetgeving en moet duidelijk in de statuten worden opgenomen. Een dergelijke samenwerking bestaat overigens niet alleen met de Christelijke Mutualiteit en kan tal van andere gezondheidsprestaties of producten betreffen.

Rekening houdend met al die elementen moet ik op uw laatste vraag, namelijk of ik van mening ben dat hier wettelijke bepalingen worden overschreden, ontkennend antwoorden.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind een korting van 30 euro op foliumzuur aan leden van één bepaalde ziekenfonds via de eigen webshop een hallucinante vorm van oneerlijke

concurrentie ten aanzien van de eerstelijnszorgverstreker, met name de apotheker, die instaat voor preventie bij zwangere vrouwen. De apotheker begeleidt zwangere vrouwen en zorgt ervoor dat ze tijdens de volledige zwangerschap gezondheidsmatig effectief worden opgevolgd.

Het kan niet zijn dat een ziekenfonds – vandaag staat het bovendien breed in de krant – een eigen commercieel circuit ondersteunt onder het motto van preventie. Dat is wat hier in werkelijkheid gebeurt. U zegt dat een ziekenfonds in het belang van de leden met een derde kan samenwerken. Dat is niet in het belang van de leden. Er wordt 30 euro korting gegeven om eigen commerciële circuits te ondersteunen.

De CM is al eens door de BMA veroordeeld met betrekking tot incontinentiemateriaal. Ik ben ervan overtuigd dat er hier ook een geurtje aan hangt. Die praktijk is niet aanvaardbaar. Het gaat niet om preventie. Als men aan preventie wil doen, als men voor foliumzuur een korting aan zwangere vrouwen wil geven, een product dat essentieel is – op dat punt ben ik het met u eens –, dan zal men zo'n aanbod breed moeten uitspreiden en dergelijke kortingsbon ook in andere circuits voorzien.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Questions jointes de

- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport de la Cour des comptes au sujet du Fonds des accidents médicaux" (56011258C)

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'audit de suivi de la Cour des comptes auprès du FAM" (56011341C)

08 Samengevoegde vragen van

- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verslag van het Rekenhof over het Fonds voor de medische ongevallen" (56011258C)

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De opvolgingsaudit van het Rekenhof bij het FMO" (56011341C)

08.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, de opvolgingsaudit van eind november door het Rekenhof over het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) stelt dat van de 24 aanbevelingen uit de audit van 2020 er 11 volledig zijn uitgevoerd, 12 nog in uitvoering zijn en 1 aanbeveling helemaal niet werd uitgevoerd. Het Rekenhof merkt vooral op dat de kostprijs per dossier enorm is. De gemiddelde kostprijs bedraagt ongeveer 16.500 euro per dossier. Ook de preventieopdracht van het FMO krijgt nog steeds onvoldoende aandacht. Een evaluatie of herziening van de wet van 21 maart 2010 is tot heden nog steeds uitgebleven.

Ik had hierover enkele vragen.

Hoe kan de gemiddelde werkingskost per dossier worden verminderd?

Van de aanbevelingen uit 2020 zijn er na vijf jaar 11 uitgevoerd. Hoe verloopt de implementatie van de overige aanbevelingen en van die ene waar nog niets mee is gedaan?

Welke maatregelen zult u nemen om de preventieopdracht meer aandacht te geven?

Wanneer plant u een evaluatie van de wet van 2010?

Tot slot, welk nut ziet u in de dure adviezen van het FMO voor dossiers waarin het uiteindelijk geen schadevergoeding uitkeert, gezien de blijvend hoge kostprijs per dossier?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Met betrekking tot uw eerste vraag wil ik opmerken dat we het bedrag van 16.500 euro met enige nuance moeten benaderen. Zoals het Rekenhof in zijn verslag aangeeft, gaat het hier slechts om een globale schatting op basis van een eenvoudige verhouding tussen het werkingsbudget en het aantal uitgebrachte adviezen. Met het werkingsbudget van het FMO moeten echter ook andere zaken gefinancierd worden, zoals het opstellen van tegensprekelijke deskundigenrapporten en het verrichten van informatica-investeringen, bijvoorbeeld de ontwikkeling

van een datawarehouse.

De tegensprekelijke expertises worden uitgevoerd door externe artsen en deskundigen, die via een openbare aanbesteding worden geselecteerd, waardoor hun objectiviteit wordt gewaarborgd. Het tekort aan deskundigen, dat ook de rechtbanken treft, maakt deze oefening echter complex en prijzig.

Bovendien weerspiegelt dit werkingsbudget niet de besparingen die het FMO verricht voor justitie, aangezien de meeste dossiers dankzij het FMO niet voor de rechtbank moeten komen. Dat is niet alleen een winst voor de schatkist, maar ook voor de slachtoffers. In tegenstelling tot de vaak lange gerechtelijke procedures gebeurt de adviesverlening hier veel sneller. Zo krijgt 80 % van de aanvragers binnen 13 maanden een advies, tegenover gemiddeld 4 jaar in eerste aanleg.

Nu zal ik een gedeelte in het Frans voorlezen, aangezien de heer Gatelier ook betrokken was bij deze vraag.

Il est exact que, jusqu'à présent, 11 des 24 recommandations ont été pleinement mises en œuvre. Cela ne signifie toutefois pas que les autres recommandations ne sont pas déjà en cours d'exécution. Sur les 13 recommandations restantes, 12 font l'objet de projets en cours. Seule la mission de médiation prévue par la loi n'a pas encore été mise en œuvre, principalement en raison de l'absence de demande explicite en ce sens de la part des parties.

En effet, l'article 8, 5° de la loi relative aux accidents médicaux, prévoit que le FAM organise une médiation à la demande des patients, des prestataires de soins ou des assureurs. Le FAM examine néanmoins des formules possibles à cet égard.

De derde vraag ging over de preventieopdracht van het FMO. Het fonds is door de aanzienlijke toename van het aantal aanvragen in de laatste jaren, gecombineerd met een ongewijzigd personeelsbestand, genoodzaakt de inspanningen te concentreren op de behandeling van individuele aanvragen om nieuwe vertraging te voorkomen. Op 7 december 2025 had het FMO bijvoorbeeld 771 openstaande dossiers, tegenover slechts 362 in 2020. In die context kan de preventieopdracht inderdaad niet optimaal worden uitgevoerd. Er moet hier nog een betere balans worden gevonden. Het FMO wil een datamanager aanwerven om initiatieven te kunnen nemen in het kader van de preventieopdracht.

Quant à la quatrième question, le FAM a lui-même proposé d'évaluer la disposition de la loi afin de lever certaines ambiguïtés et de prévenir d'éventuels litiges.

À cette fin, il établira un inventaire des modifications à envisager qui sera discuté lors d'ateliers avec son comité de gestion, composé de représentants des pouvoirs publics, des organisations d'employeurs et de travailleurs, des institutions d'assurance, des professionnels et établissements de soins, des patients, ainsi que de deux professeurs ou enseignants spécialisés en droit médical.

En accord avec la cellule stratégique, le FAM procédera ainsi en 2026, avec son comité de gestion, à une analyse préalable d'évaluation de sa législation, conformément aux recommandations de la Cour des comptes et dans l'esprit de l'accord de gouvernement, afin de garantir un fonctionnement fluide, transparent et correct du Fonds des accidents médicaux et de permettre à cette institution essentielle de poursuivre sa mission de manière efficace.

Ten vijfde bieden de adviezen van het Fonds voor de medische ongevallen ook bij niet-vergoedbare dossiers een belangrijke meerwaarde. Aanvragers ontvangen relatief snel een gratis gespecialiseerde expertise. Zo kreeg in 2023 80 % van de aanvragers binnen de 13 maanden een advies. Dat biedt snel duidelijkheid over de omstandigheden van medische ongevallen en kan het verwerkingsproces na een traumatische gebeurtenis ondersteunen.

Dossiers die bij het FMO worden afgehandeld en niet tot een geschil leiden, verminderen bovendien de druk op justitie. De meeste dossiers zijn complex en vereisen een diepgaande medische analyse, ongeacht of ze vergoedbaar zijn of niet. Een eenvoudig dossier mag niet zomaar worden verward met een niet-vergoedbaar dossier.

Ten slotte herinneren we eraan dat justitie haar doeltreffendheid evenmin afmeet aan het aantal dossiers waarin ze de aanvrager in het gelijk stelt, maar wel aan de kwaliteit en de snelheid van het

gegeven antwoord.

08.03 Katleen Bury (VB): Ik voel me hoogst ongemakkelijk bij de werking van dit fonds. Ik begrijp dat u de bedragen nuanceert per dossier, maar het blijven torenhoge werkingskosten voor een relatief beperkt resultaat.

Waar staat u precies met alle aanbevelingen? U stelt dat er 24 aanbevelingen zijn: 11 volledig uitgevoerd, 12 nog in uitvoering en 1 niet uitgevoerd. Mijn vraag is concreet: hoever staan we? Daar krijg ik geen antwoord op. Op die manier blijven we rondjes draaien en wordt het een domme mondelinge vraag waarop geen antwoord komt.

Ook over de preventietaak zegt u weinig concreets. Het is nochtans fundamenteel om de koe daar bij de hoorns te vatten. U overweegt een ambtenaar aan te werven. Ik hoop dan maar dat daar snel werk van wordt gemaakt. Het woord personeelstekort mag geen afdoende verklaring zijn; het blijft zeer belangrijk dat de preventieopdracht zorgvuldig wordt bekeken.

Daarnaast blijf ik inzake de evaluatie van de wet op mijn honger. Dit dossier is dus niet in orde en zal nog vaak op uw bord belanden. Er is werk aan de winkel.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56011305C van mevrouw Bury wordt omgezet om in een schriftelijke vraag.

09 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nieuwe EU-geneesmiddelenwet (magistrale bereidingen en medicijntekorten in België)" (56011342C)

09 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La nouvelle loi UE sur les médicaments (préparations magistrales et pénuries en Belgique)" (56011342C)

09.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik heb in de ingediende tekst van mijn vraag eerst opgelijst waar we nu ongeveer staan met de Critical Medicines Act. U hebt daar al heel vaak vragen over beantwoord. Nu kwam er een waarschuwing uit Nederland dat er in de huidige ontwerp teksten voor ziekenhuis- en bereidingsapothekers onvoldoende waarborgen zijn voor magistrale bereidingen. Mutatis mutandis bekijk ik dat door een Belgische bril en daarom wil ik u daarover bevragen.

Hoe zit dat in België? Wat is het aandeel van magistrale bereidingen, en voor welke patiëntengroepen?

Acht u het in het licht van die Nederlandse waarschuwingen reëel dat er ook in het Belgische systeem druk zal ontstaan op de magistrale bereidingen?

Welke concrete waarborgen vraagt België in de Europese onderhandelingen? Moeten bepaalde zaken worden teruggeschroefd of bijgestuurd?

Zult u, zoals wij natuurlijk altijd vragen, het Parlement daarover blijvend informeren?

09.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, in antwoord op uw eerste vraag kan ik meegeven dat het RIZIV momenteel bezig is met het verzamelen van de nodige informatie om u een correct antwoord op uw vraag te bezorgen. Ik moet daar dus later op terugkomen.

Op uw tweede vraag kan ik antwoorden dat apotheken vandaag al grote batches voorraadbereidingen maken, soms tot zes maanden vooruit wanneer de houdbaarheid dat toelaat. Dat verhoogt de kwaliteit en de stabiliteit van de bereidingen.

Een eerste Europees voorstel, namelijk maximaal zeven dagen voorraad en alleen in ziekenhuis-apotheken, was in de praktijk onwerkbaar. België heeft daarom gepleit voor een bredere toepassing voor alle apotheken en voor een langere termijn. In de ontwerpovereenkomst komt dat nu neer op drie weken.

Vanaf 1 januari 2026 worden de PICS-normen verplicht in ziekenhuisapotheken. Ze versterken de kwaliteit en de patiëntveiligheid, maar ze vergen aanzienlijke investeringen. Tegelijk laten ze toe om bereidingen met een langere houdbaarheid op een hoog kwaliteitsniveau te produceren. Een te sterke beperking van bewaartermijnen zou betekenen dat apothekers vaker en in kleinere hoeveelheden moeten produceren of bestellen. Dat verhoogt de kosten en kan de toegankelijkheid van bepaalde vaak duurdere bereidingen voor patiënten verminderen. Het FAGG kan momenteel niet aangeven welke specifieke bereidingen het meest getroffen zouden worden.

In antwoord op uw derde vraag moet ik zeggen dat het momenteel te vroeg is om daarover uitspraken te doen. Het FAGG blijft de ontwikkelingen van die Europese wetgeving wel nauwlettend volgen. Bij toekomstige vragen geef ik u steeds met plezier de laatste stand van zaken.

09.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. We zien toch dat er enige voorzichtigheid nodig is.

Op mijn eerste vraag antwoordt u dat het RIZIV momenteel bekijkt hoeveel magistrale bereidingen er in België worden gemaakt en welke patiëntengroepen dat betreft. Moet ik dat schriftelijk vragen of bezorgt u mij dat sowieso zodra u die cijfers hebt?

09.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik zal u die informatie schriftelijk laten bezorgen.

09.05 Katleen Bury (VB): Goed, dan dien ik daarvoor geen aparte vraag in.

In antwoord op mijn tweede vraag merkt u op dat het een vooruitgang is dat die maximumvoorraad van zeven dagen enkel geldt voor ziekenhuizen, terwijl apothekers momenteel producten tot zes maanden vooruit kunnen maken. U vergelijkt dat met de wetgeving die wijst op een vergroting naar drie weken. U ziet dus dat wat op Europees niveau mogelijk op tafel ligt, geen zeven dagen maar drie weken, terwijl de thans geldende zes maanden veel beter zijn.

Ik begrijp dat u nog geen concrete antwoord kan geven op mijn derde vraag over de Europese onderhandelingen. U hebt zich altijd geprofileerd als voortrekker in die wetgeving. Het is dus belangrijk dat we onze eigen ruiten niet inslaan en dat er goede regelgeving komt die de juiste dingen oplevert en ons niet in problemen brengt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De werking van de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit" (56010851C)

10 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le fonctionnement de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité" (56010851C)

10.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, we hebben vernomen dat de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit in ongeveer 99 % van de gevallen de beoordeling van de adviserend artsen van de ziekenfondsen bevestigt. Er is ook onduidelijkheid over de samenstelling van de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit. Volgens het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bestaat de commissie uit negen artsen van het RIZIV en negen artsen van de verzekeringsinstellingen. In de praktijk zou het effectieve aantal leden echter lager liggen. Voorts is het ook niet duidelijk volgens welke richtlijnen die commissie haar beslissingen neemt.

Mijnheer de minister, klopt het dat de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit in ongeveer 99 % van de dossiers de beoordeling van de adviserende artsen van het ziekenfonds bevestigt? Hoe verklaart u dit uitzonderlijk hoge bevestigingspercentage?

Meent u dat de commissie voldoende onafhankelijk is samengesteld om dossiers objectief te beoordelen? Hoe beoordeelt u het feit dat artsen van ziekenfondsen mee kunnen oordelen over een dossier opgesteld door een arts van hetzelfde ziekenfonds?

Bestaan er vanuit de overheid of het RIZIV specifieke richtsnoeren of beleidslijnen die door de commissie bij de beoordeling van invaliditeit moeten worden gevolgd? Zo ja, kunt u die toelichten? Heeft de commissie zelf de bevoegdheid om richtsnoeren of beleidslijnen vast te stellen?

Op welke manier neemt de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit beslissingen? Gebeurt dit op basis van stukken of worden de betrokken arbeidsongeschikte personen daadwerkelijk opgeroepen? Kunt u dit specificeren met cijfers?

Hoe komt men tot een beslissing voor de erkenning van een dossier? Gebeurt dit bij eenparigheid van stemmen, bij meerderheid van stemmen of op een andere manier?

Kunt u bevestigen wat de huidige samenstelling van de commissie is en hoe die zich verhoudt tot de samenstelling vastgelegd in het koninklijk besluit van 3 juli 1996? Indien de samenstelling afwijkt van de wettelijke bepalingen, wat zijn daarvoor de redenen? Worden er maatregelen genomen om terug te keren naar de voorziene samenstelling of overweegt u een actualisatie van het KB?

Voorzitter: Katleen Bury.

Présidente: Katleen Bury.

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, in het kader van maatregelen die ik in 2024 heb genomen en die ik eerder heb beschreven als een tweede golf van maatregelen, werd de organisatie van het proces van beoordeling van de arbeidsongeschiktheid door de ziekenfondsen grondig hervormd en werden de opdrachten van de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit (GRI) gewijzigd.

De Hoge Commissie spreekt zich niet meer uit over individuele dossiers inzake arbeidsongeschiktheid. De beslissingsbevoegdheid ligt nu bij de artsen van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV, leden van de GRI. Hun bevoegdheden en missies zijn in het kader van die tweede golf van maatregelen uitgebreid en zijn bepaald bij KB van 3 juli 1996, artikelen 171 en 176. Die artikelen bepalen ook het beslissingsproces dat de artsen van de Dienst voor uitkeringen moeten volgen.

Ik schets dat beslissingsproces.

Ten eerste kan de arts van de Dienst voor uitkeringen op basis van het voorstel dat door de GRI is ontvangen van de adviserend arts of van de medewerker van het multidisciplinaire team een beslissing nemen over de erkenning van de intrede of de verlenging van de invaliditeit.

Ten tweede, wanneer de arts niet in de mogelijkheid is om een beslissing te nemen, bijvoorbeeld wegens onvoldoende gegevens, organiseert hij een zogenoemde afdeling van de Hoge Commissie of gaat hij over tot een medisch onderzoek dat een andere arts van de Dienst voor uitkeringen uitvoert. Een afdeling van de Hoge Commissie is een overleg tussen de arts van de Dienst voor uitkeringen die het voorstel heeft onderzocht en de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team die het voorstel aan de GRI heeft verzonden. Op basis van die afdeling kan de arts van de Dienst voor uitkeringen beslissen om de arbeidsongeschiktheid al dan niet te erkennen, of hij kan beslissen om alsnog over te gaan tot een medisch onderzoek van de verzekerde door een andere arts van de Dienst voor uitkeringen.

Ten derde, de arts die de verzekerde heeft onderzocht, stelt een verslag op van zijn bevindingen en bezorgt dat aan de arts die het onderzoek heeft aangevraagd. Vervolgens neemt die arts van de Dienst voor uitkeringen, lid van de GRI, een beslissing over het dossier.

De evaluatie van arbeidsongeschiktheid in de uitkeringsverzekering voor werknemers gebeurt op basis van de voorwaarden vermeld in artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Er moet gekeken worden naar onder andere een vermindering van het verdienvermogen tot een derde of tot minder dan een derde in vergelijking met wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door de betrokkene verricht tot hij arbeidsongeschikt geworden is, of in de verschillende beroepen die hij uitgeoefend heeft of uitgeoefend zou kunnen hebben in hoofde van zijn beroepsopleiding. Dat zijn de zogenaamde referentieberoepen. Voor zelfstandig verzekerden moet volgens het koninklijk besluit van 20 juli 1971

bekeken worden of ze in staat zijn om het even welke beroepsbezigheid uit te oefenen die hen billijkerwijze opgelegd zou kunnen worden, inzonderheid rekening houdend met hun stand, hun gezondheidstoestand en hun beroepsopleiding.

De Dienst voor uitkeringen telt op dit moment 14 voltijds eenheden artsen. Jaarlijks behandelen ze manueel 5 % tot 10 % van de ontvangen fluxen. De selectie van deze fluxen gebeurt op basis van selectiecriteria, goedgekeurd door de beheerscomités van de Dienst voor uitkeringen na advies van de Hoge Commissie. De overige fluxen maken deel uit van een collectieve validatie.

Sinds de maatregelen die ik genomen heb in het kader van de tweede golf worden op deze collectief gevalideerde fluxen thematische controles uitgevoerd door de artsen van de Dienst voor uitkeringen. De thema's worden beslist door de Dienst voor uitkeringen en de beheerscomités bevestigen de inhoud van de thematische controles.

Het doel van deze audittoefeningen is de kwaliteit en de uniformiteit van de evaluaties van arbeidsongeschiktheid door de ziekenfondsen te verbeteren. Daarnaast bestaat er een proces van gerichte herbeoordeling dat wordt uitgevoerd door de artsen van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV. Het doel van de gerichte herbeoordeling is om op basis van een steekproef na te gaan of de adviserende arts vanaf de zevende maand primaire arbeidsongeschiktheid de vermindering van het verdienvermogen waardeert ten aanzien van de referentieberoepen en niet uitsluitend ten aanzien van het gewone beroep van de verzekerde, zoals dat bepaald is in artikel 100, paragraaf 1, van de gecoördineerde wet, dat de voorwaarden bepaalt om als arbeidsongeschikte te worden erkend in het stelsel van de loontrekkenden.

In 2024 werden 5.076 dossiers geselecteerd voor deze gerichte herbeoordeling. Het percentage dossiers waarin een einde werd gesteld aan de arbeidsongeschiktheid door de arts van de Dienst voor uitkeringen bedroeg tussen 1,5 % en 5,7 %, afhankelijk van de gecontroleerde verzekeringsinstelling.

Het koninklijk besluit van 3 juli 1996, artikel 168, bepaalt dat de Hoge Commissie, samengesteld uit 9 werkende en 12 plaatsvervangende leden, artsen van de Dienst voor uitkeringen, en 9 werkende en 18 plaatsvervangende leden, adviserend artsen voorgedragen door de verzekeringsinstellingen. Om de vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen vast te stellen, wordt er rekening gehouden met hun ledentallen. Elke verzekeringsinstelling heeft ten minste recht op 1 werkend lid en 1 plaatsvervangend lid. Alle artsen tewerkgesteld binnen de Dienst voor uitkeringen zijn werkend of plaatsvervangend lid van de Hoge Commissie. De verzekeringsinstellingen hebben 9 werkende en 18 plaatsvervangende leden.

10.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, dit is een heel technisch antwoord, dat ik nog verder moet analyseren. Ik heb op een aantal vragen echter geen antwoord gekregen.

Ik vroeg u of er vanuit de overheid of het RIZIV specifieke richtsnoeren of beleidslijnen moeten worden gevolgd bij de beoordeling van invaliditeit, maar ik heb daarop geen antwoord gehoord. Ik vroeg u of het nemen van beslissingen om een dossier te erkennen gebeurt bij eenparigheid of bij meerderheid van stemmen of via een andere beslissingswijze, maar ook daarop heb ik niet echt een antwoord gekregen.

U zegt dat u in uw tweede golf de procedure hebt gewijzigd, maar u verwijst in uw antwoord ook naar de eindbeslissing die wel degelijk bij de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit berust. Uw antwoord is toch wat tegenstrijdig en dus heb ik eigenlijk nog meer vragen dan ik antwoorden heb gekregen.

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

De **voorzitter**: Mevrouw De Knop, ik zie op de agenda dat wij nog één samengevoegde vraag hebben, over het grensoverschrijdend gedrag. Men is echter nog aan het werken aan het antwoord, dus zodra ik meer nieuws heb kunnen we overgaan tot die vraag, maar nu zijn er eerst een aantal vragen van mij aan de orde.

Gaat u ermee akkoord dat ik die stel vanop de voorzittersstoel? (Ja)

11 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De geestelijke gezondheid van jonge kinderen" (56010644C)
11 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La santé mentale des jeunes enfants" (56010644C)

11.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, het advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) nr. 9742 wijst op de geestelijke gezondheid en problematieken daarrond bij jonge kinderen van 0 tot 5 jaar.

Ik heb een heel aantal vragen opgesteld, omdat ik weet dat u een federaal programma, het 1000-dagenprogramma, hebt gelanceerd, met de nadruk onder meer op de prenatale psychosociale screening, maar dus ook op die eerste belangrijke 1000 dagen. Vandaar mijn eerste vraag. Wat is de stand van zaken van dat programma? Welke onderdelen zijn al uitgerold? Zijn er vertragingen? Zijn er bijstellingen nodig naar aanleiding van het advies van de Hoge Gezondheidsraad?

Mijn tweede vraag gaat over het feit dat de Raad stelt dat screening enkel zinvol is als ook opvolging gegarandeerd is. Hoe verzekert u die opvolging, de juiste doorverwijzing, de continuïteit van de zorg en zeker de samenwerking met de gemeenschappen?

In het advies zijn ook structurele problemen gemeld over gegevensdeling tussen gynaecologen, vroedvrouwen, huisartsen en kinderartsen. Welke stappen onderneemt u om dat medisch dossier beter te koppelen?

De HGR vraagt ook om lokale, toegankelijke multidisciplinaire netwerken. Hoe versterkt u deze netwerken, ook in samenwerking met de gemeenschappen? De raad pleit eveneens voor de opleiding van zorgprofessionals, zodat zij vroeger signalen of hechtingsproblemen kunnen oppikken. Welke initiatieven plant u in samenwerking met de gemeenschappen? Het advies vraagt verder om een systematische monitoring. Zult u dat doen?

Zult u tot slot structureel overleg met de gemeenschappen instellen over preventie, gegevensdeling en zorgopvolging zodat dit niet versnipperd blijft?

Dank u wel voor uw antwoorden.

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, het programma is in het najaar van 2024 officieel gelanceerd door de federale overheid en de deelstaten. De implementatie binnen de verschillende regio's verloopt op basis van een per regio opgesteld implementatieplan. De uitvoering gebeurt dus in verschillende snelheden, afhankelijk van de lokale context. In Vlaanderen is de implementatie het verst gevorderd. Het thema perinataliteit wordt daar al meerdere jaren behandeld, waardoor er sprake is van een goede voedingsbodem.

Sinds april 2025 werden met Vlaamse en federale middelen implementatiecoaches ingezet binnen de expertisecentra Kraamzorg en het Born in Belgium Professionals Team, om een doorstart te maken in de implementatie van het programma. In Brussel organiseert BRUSANO op het niveau van de zorgzones workshops en andere activiteiten met zorgverleners om te informeren, te sensibiliseren en te begeleiden bij de implementatie van het programma. In de Duitstalige Gemeenschap onderhoudt het ministerie van de Duitstalige Gemeenschap rechtstreeks contact met de actoren om de implementatie te ondersteunen. In Wallonië zijn de implementatieactiviteiten van het perinatale zorgprogramma nauw verbonden met de hervorming van de eerstelijnszorg. Sinds kort zijn daar eveneens implementatiecoaches actief betrokken. Ze werken samen met het team Born in Belgium Professionals om het programma uit te rollen.

In elke regio zien we een gestage positieve evolutie in het aantal uitgevoerde screenings bij zwangeren. De implementatie verloopt echter traag door de complexiteit van geïntegreerde zorg en de noodzaak om lokale samenwerkingen op te zetten.

Het einde van 2025 komt dichterbij. Binnenkort moeten alle deelstaten hun activiteitenrapporten indienen om formeel verslag uit te brengen over de stand van zaken van hun implementatieactiviteiten. Op basis van die rapporten kan samen met de entiteiten worden bekeken welke aanpassingen nodig

zijn in de implementatiestrategie of eventueel in de inhoud van het perinatale programma, indien die de uitrol zou bemoeilijken.

Het programma bevordert geïntegreerde zorg voor die specifieke doelgroep en samenwerking tussen professionals op verschillende niveaus. Dat ga ik hier niet allemaal herhalen.

We stimuleren lokale netwerkvorming. Lokale multidisciplinaire netwerken worden ondersteund door implementatiecoaches, BRUSANO en het ministerium, die actoren samenbrengen om het regionale zorg- en ondersteuningsaanbod in kaart te brengen, op elkaar af te stemmen en concrete afspraken te maken voor de opvolging van kwetsbare zwangeren. Dat moet leiden tot een cultuur van meer geïntegreerde zorg. Het BIB-platform centraliseert alle relevante informatie, zodat zorg- en welzijnsprofessionals beter kunnen samenwerken rond het psychosociale welzijn.

Ik denk dat het programma volledig in lijn is met de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, met name wat betreft het versterken van multidisciplinair en netwerkgericht werken, het verbeteren van gegevensdeling tussen zorgverleners om de zorg en begeleiding van de doelgroep te optimaliseren alsook de vroegtijdige detectie van alarmsignalen bij moeder en kind. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad zal in beraad worden genomen in de verdere gesprekken met de deelstaten en in de doorontwikkeling van huidige en toekomstige interfederale programma's en andere initiatieven met betrekking tot geïntegreerde zorg tijdens de perinatale periode.

De netwerken Geestelijke Gezondheidszorg Kinderen en Jongeren bieden vandaag al ondersteuning voor jonge kinderen, zowel in de basiszorg als in de gespecialiseerde zorg. Ze investeren ook in vorming en deskundigheidsbevordering rond de geestelijke gezondheidszorg voor het jonge kind, ook om gezinnen preventief te versterken en om natuurlijk de professionaliteit van de hulpverleners te vergroten.

Zie daar mijn antwoord.

11.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u die drie laatste zinnen ook hebt uitgesproken, want het ging echt over de mentale gezondheid van jonge kinderen.

U hebt vooral veel gedeeld over het implementatieplan en de implementatiecoaches en stelde dat u fier bent op de grotere screening van zwangere vrouwen. Dat is zeer terecht en heel belangrijk, maar het programma met betrekking tot de eerste 1.000 dagen betreft kinderen tot 3 jaar.

De Hoge Gezondheidsraad wijst op veel te veel schermtijd en veel te weinig hechting. Daarom ben ik benieuwd naar het rapport waarmee u naar zult buiten komen en dat bestudeerd zal worden. Het is goed dat het over de uitgevoerde gescreende zwangerschappen gaat, maar het mag niet alleen daarover gaan, het moet veel verder gaan. Die jonge kinderen moeten blijvend opgevolgd worden, zeker in probleemgezinnen en gezinnen met weinig middelen. De eerste 1.000 dagen zijn absoluut cruciaal. Ik kijk dan ook uit naar die rapporten en zal die samen met u bestuderen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "PCOS" (56010645C)

12 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le SOPK" (56010645C)

12.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het polycysteus-ovariumsyndroom, afgekort PCOS. Dat syndroom komt voor bij 8 tot 13 % van de Belgische vrouwen, het is dus niet echt zeldzaam. Het betreft een multifactoriële problematiek, met hormonale, reproductieve en psychologische componenten. Op langere termijn hangt het ook samen met insulineresistentie, diabetes type 2 en cardiovasculaire risico's. Vrouwen die erover getuigen, geven vaak aan dat de diagnose vrij laat wordt gesteld, dat de zorgtrajecten uiteenlopend zijn en dat er een gebrek aan afstemming is tussen gynaecologen, endocrinologen en de eerstelijnszorg.

Bestaat er binnen uw administratie of binnen het RIZIV een geïntegreerde visie op PCOS? Ziet u een

nood aan een geactualiseerd klinisch pad om het syndroom sneller te herkennen? Plant u een bewustmakingscampagne zodat het syndroom beter wordt herkend, zowel bij het publiek als bij zorgverleners?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, ik erken dat het polycysteus-ovariumsyndroom een belangrijke en ook een niet zeldzame aandoening is, met hormonale, reproductieve, metabole en psychologische implicaties. Vroege herkenning is inderdaad cruciaal om latere gezondheidsrisico's, zoals insulineresistentie, diabetes type 2 en cardiovasculaire aandoeningen, te beperken.

Binnen het RIZIV bestaan er momenteel geen specifieke klinische paden of geïntegreerde zorgmodellen die exclusief op PCOS gericht zijn. De ontwikkeling van klinische paden behoort in de eerste plaats tot de bevoegdheid van de wetenschappelijke verenigingen en de zorgsector zelf, in overleg met de gemeenschappen.

Ik kan bevestigen dat er nood is aan sensibilisering en educatie van zorgverleners, zowel in de eerstelijnszorg als in de gespecialiseerde zorg. Dat kan bijdragen tot een snellere herkenning en een meer afgestemde doorverwijzing. Daarnaast is het belangrijk om ook de publieksbekendheid te vergroten, zodat vrouwen sneller hulp zoeken bij symptomen die op PCOS kunnen wijzen.

12.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. U erkent het allemaal, maar ik zie niet echt een pad dat u wilt inslaan. Ik blijf wat op mijn honger zitten.

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

13 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Tuberculose" (56010646C)**

13 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La tuberculose" (56010646C)**

13.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, een aantal infectieziekten wint opnieuw aan terrein, onder andere polio, waarover ik u ook al ondervraagd heb. Wij stellen nu hetzelfde vast met tuberculose. Er waren 950 gevallen in 2024. Dat is een stijging met 10 % in één jaar. Daarbij komt dat de cijfers die we van de diensten ontvangen, altijd met een jaar vertraging binnenkomen. De actuele problematiek kan dus aanzienlijk groter zijn dan wij denken.

Tuberculose treft vooral kwetsbare groepen, zoals mensen in armoede, daklozen, bewoners van nachtopvang, mensen met een precair verblijfsstatuut en personen afkomstig uit landen met hoge tuberculosecijfers. De instroom speelt opnieuw een grote rol. De aanbevelingen van Sciensano zijn bekend maar de uitvoering blijft ook hier achterwege.

Ten eerste, hoe verklaart u de stijging van 10 %?

Ten tweede, welke risicogroepen of instroomprofielen liggen aan de basis?

Ten derde, waarom blijft gerichte screening van kwetsbare groepen zo beperkt?

Ten vierde, hoe garandeert u behandeling en opvolging bij mensen zonder vaste woonplaats of papieren? Ik verwijs daarbij naar uw eerdere antwoorden over polio, waarin u aangaf dat personen bij binnenkomst hun eerste vaccin krijgen. Plots verhuizen zij echter, waardoor zij niet meer bereikbaar zijn voor de tweede of derde dosis. Hier rijst dezelfde problematiek.

Ten vijfde, welke maatregelen neemt u tegen multiresistente tuberculose? Zult u, zoals ik u bij polio heb gevraagd, werk maken van een geïntegreerde aanpak?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, ondanks de toename in 2024 blijven de cijfers onder het niveau van voor COVID-19. De uitzonderlijke daling die we zagen in 2020 door het beperken van contacten, wordt nu gevolgd door een normalisering, net zoals in andere West- en Noord-Europese landen.

In tegenstelling tot wat u bij uw zesde vraag impliceert, kunnen we tuberculose niet bestempelen als een loutere importziekte. Dat is ook wat de WHO stelt. De risicogroepen zijn niet alleen bepaalde groepen uit landen met een hoge incidentie, maar ook meer algemeen personen in armoede en in zeer moeilijke levens- en werkomstandigheden, dak- en thuislozen, mensen met zwaar drug- of alcoholgebruik en gedetineerden en ex-gedetineerden.

Op uw derde vraag kan ik antwoorden dat er een mobiele screeningunit is, die kan worden ingezet op locaties waar veel kwetsbare mensen verblijven, al vormt in Brussel de afwezigheid van de regering een belemmering voor de inzet daarvan. De Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding en het Fonds des Affections Respiratoires, beschikken in elke provincie over gratis gezondheidscentra voor screening en begeleiding. Een uniek RIZIV-project waarborgt in samenwerking met die twee organisaties een gratis behandeling voor iedereen, een door de WHO erkende best practice inzake kostenefficiëntie.

Wat uw vierde vraag betreft, in België krijgt iedereen dezelfde intensieve en kwalitatieve tuberculosezorg, ongeacht papieren of woonadres. Dezelfde zorg wordt dus overal voor iedereen gegarandeerd. Daarenboven is er in Brussel een specifiek opvanghuis voor zes dakloze tuberculosepatiënten, ingericht door de vzw Vrienden van Het Huizeke. Het Sint-Pietersziekenhuis beschikt ook over een moderne afdeling voor langer verblijf met humane isolatie en gespecialiseerde zorg.

Op uw vijfde vraag kan ik antwoorden dat elke diagnose van tuberculose onmiddellijk wordt getest op resistentie. Dat gebeurt in nauwe samenwerking met Sciensano, dat ook de *whole genome sequencing* uitvoert. Uit de huidige cijfers blijkt dat multiresistentie slechts ongeveer 2 % van de patiënten treft. Indien multiresistente tuberculose wordt aangetroffen, wordt via een speciaal project de toegang verzekerd tot de meest geavanceerde door de WHO aanbevolen geneesmiddelen. Voor elke patiënt vindt overleg plaats met de MDR-TB-expertgroep om de optimale therapie te bepalen. Dankzij die intensieve opvolging zijn de behandelingsresultaten zelfs licht beter dan bij niet-resistente stammen.

De Risk Management Group heeft in oktober 2025 beslist om de interfederale werkgroep Gezondheid en Asielaanvragers opnieuw op te starten. Het doel van de werkgroep is het ontwikkelen van een pragmatische en geïntegreerde aanpak waarbij zowel de verdeling van bevoegdheden als de gezondheidsaspecten van geïmporteerde ziekten in aanmerking worden genomen.

13.03 **Katleen Bury** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister.

U werpt op dat tuberculose ook kwetsbare personen treft en niet uitsluitend mag worden gezien als een importziekte. Ik ben al blij dat u toch werk maakt van een geïntegreerde aanpak. Het is wel zo dat de ziekte amper nog in België aanwezig was en nu opnieuw voorkomt en de aanwezigheid ervan zelfs toeneemt. Kwetsbare groepen zijn uiteraard het eerste slachtoffer – gedetineerden, daklozen. Dat neemt niet weg dat we de situatie bij mensen die uit gebieden komen met een hoge incidentie van tuberculose onder controle moeten houden.

Kunt u dat niet, zoals bij polio, opvolgen? Uw antwoord is dat er een huis is waar patiënten dezelfde zorg krijgen. Dat weet ik ook wel; het is niet meer dan normaal dat iedereen hier dezelfde zorg krijgt. Kunt u überhaupt mensen zonder papieren en zonder vaste woonplaats bereiken? Als ze het land binnenkomen en een eerste screening krijgen, kunt u ze nadien ook nog bereiken? Uw antwoord op de poliovragen was veel transparanter. U erkende dat er een probleem was en dat men niet altijd wist waar mensen plots heentrekken en verbleven. Wat tuberculose betreft gaat u er wel heel licht overheen. U sust dat er slechts in 2 % van de gevallen sprake is van multiresistentie. Door er zo licht overheen te gaan, zou het mij niet verbazen dat die cijfers verder stijgen en dat we met een groot probleem zullen zitten.

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

14 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Hypertensie bij kinderen" (56010648C)

14 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'hypertension chez les enfants" (56010648C)

14.01 Katleen Bury (VB): Steeds meer kinderen kampen met hypertensie. Het wordt vaak niet opgemerkt en kinderartsen waarschuwen dat dit een tikkende tijdbom is. Het komt door een combinatie van ultrabewerkte voeding, te veel zout en uiteraard zwaarlijvigheid bij kinderen. Vandaag is het niet uitzonderlijk dat een twaalfjarige al bloeddrukmedicatie nodig heeft.

Kijken we even naar andere Europese landen. Frankrijk legt bindende regels op rond reclame voor ongezonde voeding en hanteert zoutmaxima in populaire kinderproducten. Het Verenigd Koninkrijk beperkt reclame op televisie en digitale media. Spanje voert campagnes en wettelijke normen in scholen in om ultrabewerkt voedsel te beperken. Bij ons zien we eigenlijk vooral de zelfregulering van de voedselindustrie. Er zijn niet echt afdwingbare normen of controles.

Ik las dat het niet eenvoudig is om bloeddruk bij kinderen te meten. Stel dat we dit invoeren via scholen, waar het CLB kan langskomen om de kinderen te controleren. De kinderen moeten dan stil en rustig zijn, wat niet altijd het geval is als ze van de speelplaats naar het CLB gaan. Daardoor zullen de resultaten niet echt de juiste cijfers geven. Bovendien zijn de bloeddrukmeters vaak niet aangepast aan de kleinere kinderarmpjes.

Mijnheer de minister, hebt u cijfers over hypertensie en obesitas bij kinderen en jongeren?

Welke oplossingen ziet u om de bloeddruk bij kinderen systematisch te screenen?

Waarom bestaat er nog steeds geen geïntegreerde, terugbetaalde, multidisciplinaire begeleiding voor kinderobesitas?

Welke concrete stappen zet u om het zoutgehalte in populaire kinderproducten te verlagen? Acht u de zelfregulering door de voedingsindustrie voldoende om ongezonde voeding bij kinderen aan te pakken? Of kijkt u ook naar wettelijke kaders zoals in Frankrijk, Spanje of het Verenigd Koninkrijk?

Bent u bereid jaarlijks te rapporteren over die patronen bij kinderen, zoals obesitas, hypertensie en consumptiepatronen, zodat wij dit beter kunnen opvolgen?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, op uw eerste vraag kan ik het volgende antwoorden. De voedselconsumptiepeiling die Sciensano in de periode 2022-2023 heeft uitgevoerd, geeft een schatting van het percentage kinderen en adolescenten met obesitas. Volgens die gegevens lijdt 4% van de kinderen van 3 tot 9 jaar aan obesitas en 7% van de adolescenten van 10 tot 17 jaar. Er zijn geen objectieve gegevens beschikbaar voor hypertensie. Een recente Europese meta-analyse geeft echter aan dat de prevalentie van hypertensie bij kinderen en adolescenten in Europa ongeveer 4% bedraagt.

Wat uw tweede vraag betreft, er is voorlopig geen consensus over het belang van een systematische opvolging van de bloeddruk bij kinderen en jongeren. Zoals u zelf aangeeft, is dat in de praktijk niet altijd haalbaar. Ik wil daarom de focus leggen op het verhogen van bloeddrukmetingen en de registratie ervan bij risicogroepen, zoals kinderen met overgewicht en obesitas. In de toekomst willen we ook huisartsen en kinderartsen in de eerste lijn meer vertrouwd maken met het Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSSP), dat functioneert als een risico-inschattingsinstrument. Als huisartsen en kinderartsen hier meer mee vertrouwd raken, zullen zij hopelijk vaker en systematischer de bloeddruk meten bij jonge kinderen. Het interfederaal programma geïntegreerde zorg voor kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas dat wij ontwikkelen, zal hierbij een belangrijke rol spelen.

Wat uw derde vraag betreft, er bestaat in België al een aanpak voor kinderen met obesitas. Zo is er al jarenlang een multidisciplinaire aanpak en, in de meest ernstige gevallen, een residentiële aanpak. De federale overheid heeft in oktober 2023 het initiatief genomen om 24 pediatrische multidisciplinaire obesitascentra op te richten. Die centra vormen een tweede stap in het zorgmodel. Daarnaast werd de revalidatienomenclatuur voor diëtetiek uitgebreid, zodat diëtisten van het eerste niveau de verstrekkingen kunnen aanrekenen vanaf de leeftijd van 2 jaar. Het remgeld van deze verstrekkingen

werd geschrapt om de toegankelijkheid te verbeteren. Dit jaar zijn ook de werkzaamheden van het interfederale programma voor overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten gelanceerd, dat streeft naar een holistische aanpak die rekening houdt met de multifactoriële aard van overgewicht en obesitas. Verder zal blijvend worden ingezet op het stimuleren van borstvoeding bij pasgeborenen, omdat onderzoek heeft aangetoond dat er een verband bestaat tussen borstvoeding en een verhoogd risico.

Wat betreft uw vierde vraag inzake concrete stappen rond het zoutgehalte, men kan dat op twee manieren benaderen. Ten eerste zou het aankoopgedrag moeten veranderen. We zouden ouders moeten nudgen om minder producten met een te hoog zoutgehalte te kopen voor hun kinderen. Daarom wordt de verdere uitrol van de Nutri-Score aangemoedigd. Tevens is overleg met de voedingssector lopende om bijvoorbeeld prijspromoties voor ongezonde voedingsproducten te beperken. Ten tweede kan er ook in de formulering van de voedingsproducten zelf worden gewerkt om een lager zoutgehalte te verkrijgen. De sector leverde tijdens de vorige legislatuur al inspanningen op het vlak van zoutreductie. Er komt een vervolg op het Nutri-Pact in 2026. De voedingssector zal opnieuw worden gevraagd om een engagement aan te gaan rond zout, suiker en vezels.

Wat uw vijfde vraag betreft, de lancering van de nieuwe zelfregulerende reclamecode van Fevia het afgelopen voorjaar werd als een goede stap voorwaarts beoordeeld. Tegelijk heb ik opgemerkt dat er voor mij belangrijke tekortkomingen bestaan, zoals het gebrek aan een transparante evaluatie van de naleving van de maatregelen die in de code zijn afgesproken. Ik ben reeds van bij het begin van deze legislatuur in constructief overleg met de sector en hoop met hen een objectiever evaluatiekader af te spreken.

Wat uw zesde vraag betreft, zodra de contouren van het interfederaal programma concreter zijn uitgetekend met de deelstaten, zal met de experts worden samengezeten om een monitoring- en evaluatiestrategie van het programma uit te werken. Ik ben er zeker voorstander van om het uiteindelijke resultaat van het programma transparant te delen met de buitenwereld.

14.03 Katleen Bury (VB): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister.

U hebt cijfers van Sciensano gegeven. Bloeddrukmetingen zijn er niet bij. U hebt dan toch een schatting van 4 % gegeven. We spelen hier dus eigenlijk blind, want cijfers zijn er niet.

Als concrete oplossing ziet u bloeddrukmetingen bij risicogroepen. Zover zijn we toch al. U wilt ook de huisartsen en kinderartsen meer vertrouwd maken met de risico-instrumenten die bestaan. Daar ging u op inzetten. Ik hoop dat u dat dan ook doet.

Als het dan gaat over concrete stappen met betrekking tot gezonde voeding in de rekken, zegt u dat men het aankoopgedrag moet veranderen. Echter, als men ziet hoe dat in winkels wordt uitgestald en op welke hoogte, dan liggen de meest ongezonde producten te grijp voor de kleine kinderhandjes. Het is soms heel moeilijk voor ouders om na een vermoeiende werkdag toch niet zo'n zakje in de kar te gooien.

De engagementen die u aangaat met de sector, zowel voor zout, suiker en vezels, stemmen mij heel tevreden. Ik hoop dat ze daarin ver genoeg willen gaan. Gezonde voeding is ook superlekker. Men moet het gewoon worden om het te eten. Eén keer die switch is gemaakt, willen de kinderen niks anders meer. Ik ben daar zeker van. Ik hoop dat de sector ver genoeg wil gaan en dat u daarin goed onderhandelt.

Ik ben ook blij dat u het interfederaal programma transparant met ons zal delen, op het moment dat de resultaten beschikbaar zijn.

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

15 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Hormonale anticonceptie en borstkanker" (56010649C)

15 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La contraception hormonale et le cancer du sein" (56010649C)

15.01 Katleen Bury (VB): Uit een recente studie van Uppsala University blijkt dat met name het gebruik van de minipil het risico op borstkanker verhoogt. Zo'n minipil wordt vaak voorgeschreven bij borstvoeding, omdat er dan geen andere soort pil kan worden gebruikt. Bij langdurig gebruik blijkt de minipil het risico op borstkanker met ongeveer 50 % te verhogen. De andere types die progestageen bevatten verhogen het risico nauwelijks.

Bent u op de hoogte van dat verhoogde risico bij de minipil? Onderneemt u stappen om vrouwen en artsen correct te informeren? Overweegt u het FAGG te vragen de bijsluiter aan te passen zodat vrouwen een beter geïnformeerde keuze kunnen maken?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, ten eerste bevestigt een studie, gepubliceerd in *JAMA Oncology* en uitgevoerd tussen 2006 en 2019 bij 2,1 miljoen vrouwen, een relatief verhoogd risico op borstkanker bij gebruiksters van hormonale anticonceptie. Als men de *hazard ratios* omzet, komt dat in absolute termen overeen met ongeveer 3 extra gevallen per 100.000 vrouwen per jaar, wat relatief gezien een laag cijfer is. Na vijf tot tien jaar gebruik stijgt het relatieve risico met 24 %. Dat risico wordt al vermeld in de bijsluiters van de betrokken producten.

De studie suggereert verschillen in afhankelijkheid naargelang het type progestageen, maar zonder directe vergelijking met andere hormonale anticonceptiva, waardoor geen definitieve conclusies mogelijk zijn. Concluderend blijft de toename van het absolute risico gering en moet ze worden afgewogen tegen de goed aangetoonde voordelen van hormonale anticonceptiva.

Andere studies tonen aan dat het risico op eierstokkanker of endometriumkanker met 30 % tot 50 % wordt verminderd en dat het risico op colorectale kanker met 20 % lager ligt.

Een analyse van de baten-risicoverhouding moet alle beschikbare gegevens omvatten, zowel de aangetoonde beschermende effecten als de bijwerkingen, om volledige informatie aan de patiënten te waarborgen.

Ten tweede voert het FAGG verschillende acties uit om correcte en transparante informatie te waarborgen. De bijsluiters en samenvattingen van de productkenmerken worden regelmatig bijgewerkt om de meest recente gegevens weer te geven. De aanbevelingen van het Europees Geneesmiddelenbureau worden geïntegreerd en doorgegeven om Europese coherentie te verzekeren. Bij belangrijke wijzigingen worden informatiebrieven naar artsen en apothekers gestuurd om hen op de hoogte te brengen van de risico's en de voorschrijfaanbevelingen. De informatie wordt ook toegankelijk gemaakt voor het publiek en voor gezondheidszorgbeoefenaars via de website van het FAGG, onder meer via de VIG-news en de Flash VIG-news. Tot slot voert het FAGG op dit moment een farmacoepidemiologische studie uit over hormonale anticonceptiva, die onder meer betrekking heeft op risicobeperkende maatregelen en de voorschrijfgewoonten van gezondheidszorgbeoefenaars. De resultaten zullen in de loop van 2026 op de website van het agentschap worden gepubliceerd.

Daarnaast werd op 18 december 2023 de webtool FarmalInfo.be gelanceerd. Deze tool biedt betrouwbare, duidelijke en toegankelijke informatie over geneesmiddelen en gezondheidsproducten aan op maat van de Belgische burgers. Voor anticonceptiepillen zijn er reeds meerdere informatiefiches beschikbaar en er wordt gewerkt aan de publicatie van de overige fiches. In deze fiches vindt de burger duidelijke uitleg over het juiste gebruik van het geneesmiddel en de risico's die eraan verbonden zijn. Voor elke anticonceptiepil is een link naar de bijsluiter beschikbaar. Op deze manier kunnen burgers eenvoudig en correct geïnformeerd worden over de verschillen in risico tussen de verschillende anticonceptiepillen op de Belgische markt.

Ten derde, het risico op borstkanker wordt reeds vermeld in de bijsluiter van de betrokken geneesmiddelen, in overeenstemming met de Europese aanbevelingen. De studie levert bijkomende gegevens die verschillen suggereren afhankelijk van het type progestageen, maar zonder rechtstreekse vergelijking met andere hormonale anticonceptiva.

Elke wijziging van de bijsluiters of de SKP's wordt onderworpen aan een rigoureuze wetenschappelijke beoordeling door het EMA en het Risicobeoordelingscomité voor geneesmiddelenbewaking (PRAC). Als de nieuwe gegevens als robuust worden beschouwd, kunnen ze leiden tot een update, zoals recentelijk gebeurde voor het risico op meningenomen dat verband houdt met progestagenen. Het FAGG heeft toen onmiddellijk maatregelen genomen om gezondheidszorgbeoefenaars en het publiek te informeren.

15.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dank u voor uw volledige antwoord. Ik kijk uit naar de studie hierover van het FAGG in 2026.

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

16 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vernietiging door het Grondwettelijk Hof van het verbod op tabaksverkoop" (56010657C)

16 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'annulation par la Cour constitutionnelle de l'interdiction de la vente de tabac" (56010657C)

16.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, inzake de opvolging van het tabaksverbod hebt u intussen kunnen vaststellen dat het Grondwettelijk Hof een deel van de wet inzake het verbod op de verkoop van tabak, meer bepaald het discriminatoir onderscheid tussen voedingswinkels groter dan 400 m² en kleinere winkels, heeft vernietigd. We hebben gelezen dat de situatie voor eind 2026 moet zijn rechtgezet.

Bent u reeds bezig met een bijsturing? In welke zin gebeurt dat?

Bent u van plan om daarmee naar het Parlement te komen, zodat we samen die discriminatie kunnen wegwerken en corrigeren?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, het arrest van het Grondwettelijk Hof van 6 november 2025 is uitvoerig gemotiveerd. Ik wil vooral beklemtonen dat het Hof de meeste kritieken van de verzoekende partijen heeft verworpen. Ik verwijs daarvoor naar het persbericht van het Hof – ik citeer: "Het Hof verwerpt met name de kritieken die betrekking hebben op, ten eerste, het tijdelijk verkoopverbod van tabaksproducten dat als strafrechtelijke sanctie kan worden opgelegd; ten tweede, het verbod op het uitstallen van tabaksproducten in en aan verkooppunten en het verbod op de verkoop van tabaksproducten in tijdelijke verkooppunten; ten derde, de verplichting voor een verkoper van tabaksproducten om het identiteitsbewijs te vragen aan al wie tabaksproducten wil kopen en jonger lijkt dan 25 jaar." De kritiek die betrekking had op die elementen is dus verworpen.

De bepaling die een verkoopverbod invoert voor tabaksproducten in voedingswinkels groter dan 400 m² werd evenwel vernietigd door het Hof. Het Hof bevestigt echter dat het concept voedingswinkel niet ter discussie staat en vindt dat een stapsgewijze aanpak in de vermindering van het aantal verkooppunten aanvaardbaar is.

Rekening houdend met de interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie, waarin de beperking van het aantal verkooppunten als doelstelling is opgenomen, is het mijn intentie om tegen eind 2026 een nieuwe regeling uit te werken. Ik bekijk momenteel met mijn administratie hoe we dat op de beste manier kunnen doen. Gelet op het feit dat het verkoopverbod nog geldt tot eind 2026, zal de inspectiedienst dat tot dan zeker blijven handhaven.

16.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik heb niet echt een antwoord gekregen op mijn vraag of u uw oplossing tijdig in het Parlement zult voorleggen. U hebt geantwoord welke stukken van de wet niet vernietigd zijn, maar daarover ging mijn vraag niet. Waar het mij om ging, is dat er een discriminatie is vastgesteld. Kunnen we daarover dan ook tijdig samenzitten en nagaan hoe dat kan worden opgelost?

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vraag waar men een klacht kan indienen bij niet passend gedrag van een gezondheidszorgverlener" (56011197C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het grensoverschrijdende gedrag van een gynaecoloog" (56011275C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aanpak van klachten en het toezicht bij grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg" (56011343C)

17 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La question de savoir où porter plainte en cas de comportement inapproprié d'un prestataire de soins" (56011197C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le comportement transgressif d'un gynécologue" (56011275C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le traitement des plaintes et le contrôle des comportements transgressifs dans les soins de santé" (56011343C)

17.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, aangezien het dossier waarover ik enkele dagen geleden een vraag indiende al enige evolutie heeft gekend, zal ik mijn vraag wat actualiseren.

De recente zaak over de gynaecoloog in Tienen doet bij heel veel mensen de vraag rijzen waar ze een klacht moeten indienen als ze niet-passend gedrag van een arts hebben ervaren. We vernamen dat er minstens tien klachten werden ingediend bij de politie en bij het Vlaams Meldpunt Grensoverschrijdend Gedrag. Ik lees in de media dat er ondertussen al meer dan 250 meldingen van grensoverschrijdend gedrag zijn gedaan door huidige of gewezen patiënten.

De Federale Toezichtscommissie heeft de arts voor acht dagen geschorst, waardoor hij in die periode geen patiënten kon ontvangen. Dat leek me een nuttige en relevante maatregel. Natuurlijk zijn we nu erg ongerust over het feit dat de schorsing is opgeheven, terwijl de meldingen nog steeds accuraat zijn en het gerechtelijk onderzoek nog loopt. Als vrouw ben ik toch zeer ongerust over de lauwe reactie van de Federale Toezichtscommissie, des te meer gelet op het type arts.

Mijnheer de minister, begrijpt u dat het voor veel burgers onduidelijk is bij wie ze klacht moeten indienen, indien ze worden geconfronteerd met ongepast handelen van een gezondheidszorgbeoefenaar? Hoe wilt u de mensen accuraat informeren over waar zij terechtkunnen met hun klacht, zodat een correcte en snelle opvolging kan gebeuren bij dat soort belangrijke klachten over grensoverschrijdend gedrag?

Professor Goffin gaf aan dat heel wat meer inspanningen nodig zijn om mensen te informeren waar zij terechtkunnen, indien ze een klacht willen indienen. Wat is uw standpunt over de uitspraken van de professor met betrekking tot het feit dat klachteninstanties onvoldoende op elkaar zijn afgestemd?

Hoe beoordeelt u de beslissing van de Federale Toezichtscommissie? Ik las dat het een onafhankelijke beslissing is, maar ik vind het erg belangrijk om u als minister van Volksgezondheid te vragen hoe u de beslissing inschat.

17.02 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik vond het hallucinant dat u pas op de hoogte werd gesteld van de schorsing, nadat nadat u daarover zelf een melding had gedaan, zo begreep ik toch uit uw antwoord in de plenaire vergadering van 4 december. U verwees toen ook altijd naar het Vlaamse meldpunt en naar minister Demir. Ik denk dat u haar naam wel tot zes keer toe liet vallen. Er zijn echter wel degelijk ook federale instrumenten en die vallen onder uw bevoegdheid. Zodra de bal aan het rollen ging, werd de man wel snel geschorst, zonder schrapping van het RIZIV-nummer en zonder voorafgaand verhoor.

Dat roept bij mij verschillende vragen op.

Ten eerste, hoe verklaart u dat u pas via een eigen melding bij de Toezichtcommissie vernam dat er

een arts met zoveel meldingen was geschorst? In welke mate blijven andere dossiers met meldingen over grensoverschrijdend gedrag onopgemerkt door dat gebrek aan informatiedoorstroming?

Erkent u dat de trage reactie in de zaak te maken heeft met een gebrek aan coördinatie en tijdige informatiedeling? Hoe verklaart u dat de betrokken arts uiteindelijk binnen 24 uur kon worden geschorst, terwijl eerdere signalen jarenlang geen gevolg kregen?

Kunt u bevestigen dat een snelle voorlopige schorsing van een arts mogelijk is binnen het bestaande juridische kader? Dat hebben we nu ook gezien. Is er dan nood aan drastische maatregelen, zoals de schrapping van het RIZIV-nummer?

Hoe zult u het probleem dat één op vier slachtoffers bij interne meldpunten geen correcte opvolging krijgt, aanpakken en welke maatregelen plant u om de werking van die meldpunten te verbeteren?

Komt er een centraal klachtenregister, zodat patronen van grensoverschrijdend gedrag sneller worden opgespoord en informatie uit verschillende instanties wordt samengebracht?

Welke stappen en structurele waarborgen zult u invoeren om de versnippering en het gebrek aan samenwerking tussen ombudsdiensten, de FOD Gezondheid, de Orde der artsen en de Toezichtcommissie weg te werken, zodat dergelijke dossiers niet louter afhangen van het toeval dat u ze zelf moet melden om op de hoogte te zijn van een schorsing?

17.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, mevrouw Bury, het is een belangrijke en gevoelige kwestie.

Laat me om te beginnen zeggen dat de feiten die in de pers zijn gekomen op basis van de klachten van heel wat vrouwen die – als ze juist zijn – afschuwelijk en walgelijk zijn, zeker omdat het gaat over een arts-specialist die met name vrouwen behandelt in vaak kwetsbare situaties. Daarnaast merk ik dat er ten aanzien van de manier waarop dat verhaal zich ontwikkelt – de feiten die bekend worden, de reacties daarop en de instanties die beginnen op te treden – bij veel mensen onbegrip is, wat ook heel begrijpelijk is. We moeten inderdaad goed nadenken over het gehele proces.

Voor ik inga op de vragen en dat proces, wil ik twee dingen zeggen.

De Nederlandstalige kamer van de Toezichtcommissie heeft volstrekt onafhankelijk een uitspraak gedaan. Het is een soort rechtbank onder leiding van een magistraat. Er zijn geen ambtenaren van het departement Volksgezondheid die een rol spelen in die uitspraak. De Toezichtcommissie wordt wel ondersteund door de FOD Volksgezondheid. Het secretariaat is in handen van onze ambtenaren, maar de uitspraak zelf is volstrekt onafhankelijk.

Ik denk dat u het met mij eens bent dat we het ook zo moeten organiseren dat een onafhankelijke instantie, die als een soort rechtbank optreedt, dergelijke uitspraken doet. U bent het daar trouwens mee eens. Ik wil herinneren aan het debat dat we met name met uw fractie, mevrouw Bury, en met de fractie van mevrouw De Knop al vaak hebben gehad over de fameuze RIZIV-nummers. U hebt al vaak gezegd dat het een onwaarschijnlijke schande zou zijn dat de minister zelf artsen zou kunnen schorsen. Dat willen we inderdaad niet. Dat is dus een onafhankelijke instantie, die door onze diensten wordt ondersteund.

De Toezichtcommissie – dat moet ik er misschien nog aan toevoegen, al denk ik dat u dat ook goed kent – werd destijds door de Zweedse regering gecreëerd om een welbepaalde wetgeving te bewaken, met name de wet op de kwaliteit van de medische praktijk. Dat was ook een goed initiatief. Ik denk wel dat de inbreuken die we in de media hebben gehoord – als ze juist zijn – een groot probleem met de kwaliteit en de veiligheid aantonen. Dat valt niet te betwijfelen.

Er is heel veel te zeggen over het proces. Professor Goffin heeft dat terecht aangehaald en veel mensen stellen precies hetzelfde vast: er is een meldpunt, er zijn ombudsdiensten, er is de Orde der artsen, een parket en een heel gerechtelijk apparaat en dan is er ook nog de Toezichtcommissie. Dat zijn allemaal verschillende instanties waarbij mensen terecht kunnen. Dat is heel onoverzichtelijk. De vraag is dan of we heel dat proces en heel dat landschap niet beter moeten organiseren. Ik kom daar dadelijk op terug.

Het is niet de verantwoordelijkheid van de politiek om in de plaats van het parket, de Orde der artsen of die Nederlandstalige kamer, een uitspraak over een concrete arts te doen. Het is wel onze verantwoordelijkheid om heel dat proces goed te organiseren en de vragen daarover zijn inderdaad terecht.

Kort samengevat, als de feiten juist zijn, dan zijn ze walgelijk en afschuwelijk. De concrete uitspraken die de kamer van de Toezichtcommissie doet, zijn onafhankelijke uitspraken waar de leiding van mijn FOD en ik niet in mogen meespreken. Ik neem daar alleen akte van. Mijn verantwoordelijkheid is wel dat het proces goed loopt. Daar is veel over te zeggen, denk ik.

Dan kom ik tot uw eerste vraag.

Hoe verklaart u dat u pas via een eigen melding bij de Toezichtcommissie vernam dat de arts na zo veel meldingen was geschorst? Klopt het dat er geen informatie-uitwisseling was? Die vraag is ietwat vreemd geformuleerd en ik wil een aantal dingen verduidelijken.

Er bestaat wel degelijk een uitwisseling van informatie tussen de Federale Toezichtcommissie en de Orde der artsen. Overeenkomstig de kwaliteitswet, in het bijzonder artikel 61, worden die actoren beschouwd als belanghebbende partijen en worden ze dus geïnformeerd over maatregelen die tegen een zorgverlener worden genomen. Zo brengt de Toezichtcommissie de Orde der artsen en het RIZIV systematisch op de hoogte wanneer ze een voorlopige schorsing of een intrekking van een visum uitspreekt. De Toezichtcommissie kan alleen optreden op basis van ontvangen informatie. Indien ze niet wordt ingelicht, kan ze geen procedure opstarten. Dat is ook heel relevant in het specifieke dossier van deze gynaecoloog. Er is een rechtscollege onder leiding van een magistraat, dat uitspraken doet op basis van feiten die bij hen gemeld zijn, maar ik kom daar dadelijk op terug.

Er wordt gewerkt aan een meer proactieve en goed gestructureerde informatie-uitwisseling om te vermijden dat we afhankelijk zijn van toevallige meldingen. Ik spreek op dit moment over de Orde der artsen, de Federale Toezichtcommissie en het RIZIV. Risico's zijn nooit volledig uitgesloten, maar het is belangrijk te benadrukken dat de Toezichtcommissie zich actief bekendmaakt via verschillende kanalen, dat mensen en zeker de actoren in de gezondheidszorg gesensibiliseerd worden, en dat ziekenhuizen en ombudsdiensten heel goed op de hoogte zijn van het bestaan van de Toezichtcommissie, maar ook van haar specifieke rol en bevoegdheden, de wetgeving waarover die Toezichtcommissie waakt en hoe men haar bereikt. Zelfs als die informatie goed en duidelijk zou zijn, moeten we evenwel toegeven dat de veelheid van kanalen waarlangs een patiënt feiten kan melden – deontologische klacht bij de Orde, klacht bij een ombudsdienst, ziekenhuisbemiddeling of een gerechtelijke procedure – voor een versnipperd geheel zorgt. Dat kan ervoor zorgen dat mensen met klachten en meldingen zitten, maar dat die vertraagd bij de Toezichtcommissie terechtkomen, wat het moeilijker maakt om goed op te treden en probleemgedrag snel op de radar te krijgen.

Binnen een overlegplatform met de deelstaten, met name het interadministratieve platform van de interministeriële conferentie Volksgezondheid, is op initiatief van de federale Ombudsdienst Patiëntenrechten daarover een werkgroep opgestart. Een van de opdrachten bestaat erin duidelijk in kaart te brengen wat er allemaal bestaat en wie waarvoor bevoegd is, zodat de doorverwijzingen onderling veel beter en sneller kunnen verlopen.

Mevrouw Bury, ik moet wel iets rechtzetten. Het kan een verspreking zijn geweest, maar u vroeg hoe het komt dat ik pas via een eigen melding bij de Toezichtcommissie heb vernomen dat een arts met zoveel meldingen was geschorst.

De chronologie lag echter enigszins anders. Bij de publicatie in *De Morgen* heb ik namelijk zelf een melding gedaan bij de Toezichtcommissie. Voor de Toezichtcommissie was dat de allereerste melding. Op basis van mijn melding heeft de Toezichtcommissie contact opgenomen met het meldpunt en met het parket. Vervolgens is de Toezichtcommissie in alle onafhankelijkheid aan de slag gegaan.

Is daar een probleem van snelheid van actie? Dat is volgens mij niet het punt. Gemiddeld bedraagt in 2025 de tijd tussen het ontvangen van een melding bij de Toezichtcommissie en de opening van het dossier 2,5 kalenderdagen. Dat betekent dat een medewerker het dossier snel bekijkt en in geval van urgentie onmiddellijk contact opneemt met een inspecteur die voor de Toezichtcommissie werkt, zodat

hij of zij het dossier prioritair kan opmaken.

Ik herhaal dat tot aan de berichtgeving in *De Morgen* en de melding door mijn beleidscel aan de Toezichtcommissie die commissie geen enkele melding had ontvangen over de betrokken gynaecoloog.

De meldpunten mogen niet zomaar informatie doorgeven. Dat is eigen aan de regelgeving rond die meldpunten; die er zijn om mensen te helpen die met een probleem zitten. Die mensen moeten worden versterkt, ze moeten worden empowered. Een meldpunt mag echter niet zonder meer beslissen om informatie door te geven aan het parket, aan de Orde der artsen of aan de Toezichtcommissie; dat is eigen aan die meldpunten. Dat geldt overigens ook voor het parket. Het parket zal in het kader van het geheim van het onderzoek niet zomaar informatie doorgeven. Het is wel zo dat de Toezichtcommissie contact heeft gelegd met alle nodige organisaties. Dat gebeurde bijvoorbeeld om na te gaan of het al dan niet over die persoon ging. Het is echter eigen aan het Vlaamse meldpunt dat men in vertrouwen een melding behandelt en die informatie niet zomaar doorgeeft. Het meldpunt kan daarover in gesprek gaan met degene die gemeld heeft, en dat is ook gebeurd, maar het geeft die informatie niet zomaar door.

Ik merk ook aan de reacties van de betrokken vrouwen dat ook dát soms tot veel onbegrip leidt. Men zegt dat men zich tot het meldpunt heeft gewend en men vraagt zich af waarom dat dan niet bekend is bij de Toezichtcommissie. Het is nu eenmaal eigen aan het meldpunt dat dergelijke meldingen niet worden doorgegeven. Sommige mensen die iets melden, willen dat namelijk ook absoluut niet. Daar zit dus een moeilijkheid.

Ik zal mij hier zeer voorzichtig uitdrukken, maar dit is een zaak die we echt met de betrokken politieke verantwoordelijken en instanties, dus ook met de deelstaten, moeten bespreken. Meldpunten vallen immers niet onder mijn bevoegdheid. We moeten nadenken over een mogelijkheid waarbij een meldpunt op een eenvoudiger manier, na geïnformeerde toestemming van de melder, op verzoek van de melder de klacht zelf kan doorgeven aan de bevoegde instantie, bijvoorbeeld de Toezichtcommissie of het parket. Zo hoeft de betrokken persoon die slachtoffer is dat niet twee of drie keer te herhalen. Dat is immers iets wat heel moeilijk is voor mensen. Dat is dus iets wat we op basis van deze ervaring absoluut moeten uitklaren.

U vroeg ook in welke mate andere dossiers met meldingen van grensoverschrijdend gedrag onder de radar blijven. Het risico dat iets onder de radar blijft, bestaat, en blijft ook bestaan als de werking wordt verbeterd. Het is essentieel dat de Toezichtcommissie zelf al het mogelijke doet om zich heel bekend te maken en om haar toegankelijkheid maximaal te maken.

In een ontwerp met betrekking tot de verdere versterking van de Toezichtcommissie staat nu al het idee om werkgevers van artsen, tandartsen of verpleegkundigen, die maatregelen nemen ten aanzien van die zorgverstrekkers, bijvoorbeeld in een ziekenhuis, te verplichten om dat ook te melden aan de Toezichtcommissie. Dat is een voorbeeld van procesvereenvoudiging.

Dat is niet mijn bevoegdheid, het moet in overleg met de deelstaten gebeuren, maar we moeten nadenken over wat een meldpunt meer zou moeten doen om proactief in actie te treden, natuurlijk met toestemming van degene die zich heeft beklagd, om te vermijden dat die persoon moet herbeginnen en het verhaal opnieuw moet doen. Over dat onderwerp voeren we overleg, zoals gevraagd door onder meer mevrouw Demir. We starten een overleg op tussen onze Toezichtcommissie en de Vlaamse overheid om dat te bekijken, want het is duidelijk een probleem.

Ik denk niet dat de Toezichtcommissie te traag heeft gereageerd, maar er zijn problemen in het proces. Het onbegrip en de woede van mensen die zeggen dat ze klacht hebben ingediend en zich afvragen wat er vervolgens gebeurt, is eerlijk gezegd begrijpelijk.

De Toezichtcommissie spreekt uiteindelijk een oordeel uit op basis van de beschikbare informatie. Daarop zal ik vandaag geen commentaar geven, omdat het een onafhankelijk tot stand gekomen uitspraak betreft. De minister van Justitie doet ook geen uitspraken over vonnissen van rechtbanken. Het is natuurlijk wel de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie om ervoor te zorgen dat het gerechtelijk apparaat goed werkt. In dit verhaal heb ik inderdaad die verantwoordelijkheid.

Er is een breder vraagstuk over wat er in de ziekenhuizen in dat verband is gebeurd. Wat gebeurt er met klachten die bij ombudsdiensten terechtkomen? Hoe werkt dat allemaal? Ik denk dat dat essentieel is.

U vroeg of ik kan bevestigen dat een snelle voorlopige schorsing van een arts mogelijk is binnen het bestaande juridische kader. We moeten op dit punt eigenlijk geen nieuwe, drastische maatregelen nemen, zei u.

Ja, het is inderdaad mogelijk om het visum van een zorgverlener snel te schorsen, op basis van artikel 57 van de kwaliteitswet. Het is precies die kwaliteitswet die de basis vormt en ook het punt waarover de Toezichtcommissie waakt. Artikel 57 van de kwaliteitswet bepaalt dat, wanneer de vrees bestaat dat het verdere uitoefenen van de praktijk door de zorgverlener ernstige en onmiddellijke gevolgen voor patiënten en voor de bevolkingsgezondheid kan hebben, de kamer, die bestaat uit de voorzitter van die kamer en twee leden, unaniem kan beslissen om het visum van de betrokken zorgverlener onmiddellijk te schorsen of te beperken door bepaalde voorwaarden op te leggen. Dat is een noodprocedure die betrekking heeft op het visum, niet op het RIZIV-nummer. Een arts zonder visum mag het beroep niet uitoefenen. Zelfs als hij zijn RIZIV-nummer behoudt is hij niet gemachtigd om de geneeskunde uit te oefenen zolang dat visum geschorst is.

Daarom vind ik het ook niet problematisch om in de hervormingswet, waarover we al vaak hebben gediscussieerd, vast te leggen dat het automatische gevolg is dat ook het RIZIV-nummer wordt geschorst, om zo duidelijk te maken dat een arts zonder visum die toch functioneert en doet alsof dat mag, niet kan factureren. De essentie is dat de Toezichtcommissie onmiddellijk iemand in de beroepspraktijk kan stoppen, door het visum in te trekken. Het pleidooi dat ik hier in het verleden heb gehouden om het RIZIV-nummer eveneens in te trekken, is gewoon een bijkomende bescherming voor de patiënt. Als iemand zijn visum heeft verloren, maar zich blijft voordoen als een gewone arts en facturen blijft opmaken en insturen, dan kan men dat op die manier ook helpen bewaken. Dat is een bijkomend punt, maar niet de essentie.

Uw volgende vraag luidt hoe ik het probleem zal aanpakken dat slachtoffers bij interne meldpunten geen correcte opvolging krijgen. We moeten dat proces bekijken. Zoals ik al vermeldde, is het heel belangrijk dat de rol van elke instantie goed gekend is en duidelijk is voor iedereen. We moeten een protocol opstellen van overeenstemming voor informatie-uitwisseling als die uitwisseling juridisch mogelijk is en we moeten dat een plaats geven in de wettelijke verplichtingen van alle betrokken organen.

De Toezichtcommissie en het meldpunt zijn daarover nu al in gesprek, wat positief is. Mogelijk zullen juridische aanpassingen nodig zijn om dat proces te verbeteren. Op basis van deze ervaring is het wenselijk het hele landschap opnieuw kritisch te bekijken.

Daarnaast registreert de Orde der artsen schorsingen in eCad, het kadaster van zorgverleners in België. Dat is een belangrijk element voor de traceerbaarheid en de consistentie van informatie.

Ik werk ook aan een actieplan *Handhaving*, dat vooral focust op een betere bestrijding van fraude in de zorg. In het kader van dat actieplan zullen we tevens enkele aspecten van de Toezichtcommissie preciseren en ervoor zorgen dat er bij de Toezichtcommissie een eenvoudig digitaal toegangsformulier is.

Kort samengevat, collega's, ik deel de verbijstering als de in de pers verschenen feiten juist zijn. De uitspraak van de kamer onder leiding van een magistraat is een onafhankelijke uitspraak, waarvan de FOD Volksgezondheid en ikzelf slechts kennisnemen en waarop ik momenteel geen commentaar wil geven. We zijn wel verantwoordelijk voor het proces.

Ik begrijp dat veel mensen zich afvragen wat er met hun klacht gebeurt. Het antwoord is dat het meldpunt die klachten niet mag doorgeven. We moeten er echter over nadenken of we dat proces in de toekomst beter kunnen organiseren, zodat mensen niet het gevoel hebben dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd. Er zijn daarover al gesprekken gestart, en er moeten nieuwe pistes worden onderzocht om te vermijden dat mensen het gevoel hebben dat hun klacht tot niets leidt en om ervoor te zorgen dat, met toestemming van de klagers, de informatie terechtkomt bij de juiste instanties. Dat is absoluut noodzakelijk.

Ik verontschuldig me voor mijn vrij lange antwoord, maar deze kwestie weegt op mijn gemoed en vermoedelijk op dat van zeer veel mensen.

De **voorzitster**: Mijnheer de minister, uw antwoord was interessant, dus ik heb u langer aan het woord gelaten. Dat missen we bij het vragenuurtje in plenum, omdat we daar alles in een minuut moeten afhaspelen.

17.04 Irina De Knop (Open Vld): Mevrouw de voorzitster, ik hoop dat wij ook wat meer tijd krijgen voor onze repliek.

Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord en voor de ernst waarmee u het onderwerp behandelt.

U zegt terecht dat als de feiten juist zijn, dat walgelijk is. Kunt u mij nog zeggen over hoeveel klachten of meldingen u werd ingelicht? Ik lees in de media dat het om 250 meldingen gaat, wat gigantisch veel is. Het gaat hier over een gynaecoloog, dus de meeste patiënten zullen wel vrouwen zijn. Die zijn op dat moment heel kwetsbaar. Daarom is het ook onbegrijpelijk dat in geval van 250 meldingen de schorsing al na acht dagen wordt opgeheven. Ik kan mij niet van de indruk ontdoen dat er in die Toezichtcommissie weinig dames zitting hebben, maar misschien weet u dat wel.

U hebt herhaaldelijk geweigerd te reageren op de beslissing van de Toezichtcommissie om de schorsing op te heffen, omdat zij onafhankelijk werkt. Dat begrijp ik, maar er is ook zo iets als een morele verantwoordelijkheid. Ik hoop dus dat u uw invloed zult aanwenden om ervoor te zorgen dat de Toezichtcommissie een herevaluatie maakt, indien dat mogelijk is.

We begaan hier een kapitale fout, niet omdat ik de rechten van verdediging van die man niet respecteer, maar wel omdat hij, als hij aan de slag gaat, morgen opnieuw slachtoffers kan maken. Uit de zaken die ik heb gelezen, blijkt heel duidelijk dat de manier waarop hij handelt, balanceert op de grens van wat eventueel kan en wat niet kan. Het is voor een patiënt heel moeilijk om over zo iets te praten en net daarom moeten we de mensen beschermen. In die zin heeft de Toezichtcommissie volgens mij niet gedaan wat ze had moeten doen. Het zou anders geweest zijn als het over één à twee klachten ging en als zij in alle ernst over die gevallen hadden kunnen spreken en oordelen, maar dat kan niet gebeurd zijn bij 250 klachten.

Ook de wirwar van meldpunten op zowel het regionale als het federale niveau is schrijnend. Dat toont aan dat onze bevoegdheidsverdeling op het vlak van gezondheid, maar ook op veel andere domeinen, niet werkt. Die zal morgen niet en ook overmorgen niet werken. Met hoeveel actoren moet u bijvoorbeeld niet overleggen met het oog op een vlottere informatiedoorstroming? Ik ben ervan overtuigd dat één iemand de bevoegdheden in hand moet hebben, zodat er kan worden gehandeld. Door al dat geschuif naar elkaar – u kunt ook niets anders antwoorden, mijnheer de minister – raken problemen niet opgelost.

Wij hebben hier een speciale commissie die werkt rond het thema geweld tegen vrouwen. Wij denken daar na over alle mogelijke aanbevelingen. Als er nu één aanbeveling is die we moeten maken, dan is het dat we ervoor moeten zorgen dat alles wat geweld tegen vrouwen betreft, seksueel of ander geweld, bij één bevoegde overheid zit en dat dat niet verdeeld is tussen verschillende bevoegdheidsniveaus. Als ik dan hoor dat de Federale Toezichtcommissie zichzelf beter bekend moet maken, dat de meldpunten zelfs niet eens de moeite doen om de Federale Toezichtcommissie te informeren of dat de Federale Toezichtcommissie geen moeite heeft gedaan om zich bij de meldpunten bekend te maken, dan plaats ik daar grote vraagtekens bij. In godsnaam, waarmee zijn we bezig?

Tot slot, mijnheer de minister, ik heb respect voor de manier waarop u hebt geantwoord, maar ook in het aangekaarte dossier schuift u de verantwoordelijkheid van u af. U zegt dat de Toezichtcommissie een onafhankelijke instantie is, u zegt dat Vlaanderen meer moet handelen en dat u inspanningen zult leveren. Toch zou ik het fijn vinden indien u, in naam van heel veel vrouwen die geconfronteerd worden met grensoverschrijdend en seksueel geweld, de verantwoordelijkheid claimt; of u die nu formeel hebt of niet.

17.05 Katleen Bury (VB): Voor wat betreft mijn repliek bekijk ik de situatie toch liever door een juridische bril.

Ik heb geen vragen gesteld over het concrete dossier. Het geheim van het onderzoek moeten we respecteren. Ik heb vandaag gelezen dat de betrokken man weer aan de slag mag, onder een aantal voorwaarden. Hij mag geen nieuwe patiënten aannemen, enkel diegenen die eerder bij hem op consult waren geweest. Niet-naleving van de voorwaarden kan leiden tot hernieuwde schorsing of intrekking van het doktersvisum. Daarnaast is een deskundigenonderzoek opgestart. Ook daar betreft het dat dossier.

Ik wil terugkomen op uw uitleg over het proces. Er is een veelheid aan meldkanalen. We zien dat sommige meldingen niet met vertraging bij de Toezichtcommissie terechtkomen, maar er soms gewoon helemaal niet terechtkomen. Voor uw werkgroep is er nog veel werk aan de winkel. Ik wil hierbij herhalen wat mevrouw De Knop zei. U moet daar goed de leiding in nemen en de koe bij de horens vatten, zodat er concrete aanbevelingen op tafel komen die afdwingbaar worden gemaakt.

De meldpunten mogen terecht geen informatie doorgeven. Dat weet ik, men zit daar in een vertrouwelijke omgeving.

Tijdens de vorige legislatuur hebben we gezamenlijk veel inspanningen geleverd rond de zorgcentra na seksueel geweld. Daar zien we een heel goede aanpak. Meisjes en vrouwen die zich aanmelden, ondergaan meteen de belastende handelingen, het afnemen van stalen. Vaak geven vrouwen aan dat ze geen klacht willen indienen. Ze zijn bang of weten niet wie de dader is, of het geweld is intrafamiliaal. De zorgcentra na seksueel geweld bieden hiervoor een goede oplossing. Ze benadrukken dat er geen directe beslissing nodig is. Alle afgenomen stalen blijven bewaard en er komt een multidisciplinaire begeleiding op gang. Die aanpak overtuigt slachtoffers vaak van het belang van een klacht, zodat de dader niet opnieuw kan toeslaan, er een onderzoek kan starten en er aan de hand van genetisch materiaal nagegaan kan worden of de dader nog aan andere mensen kan worden gelinkt. Het slachtoffer heeft veel meer in handen dan louter de eigen casus.

Dat is een zeer belangrijk element dat moet worden meegenomen in die werkgroep. Er moet echt worden bekeken in welke gevallen of omstandigheden die meldpunten bepaalde zaken moeten melden aan de bevoegde instanties. Dat is één zaak. Ik ben er zeker van dat daar waardevolle aanbevelingen kunnen worden geformuleerd en dat de meldpunten vervolgens op een geheel andere manier aan de slag kunnen gaan.

Ten tweede, een heel belangrijk punt, het fameuze artikel 57 van de kwaliteitswet: zonder visum kan men zijn job niet uitvoeren. Het RIZIV-nummer heeft daar niets mee te maken. U spreekt over bijkomende bescherming. Ik zeg dat dit niet nodig is; dat is niet de essentie. Dat hebt u trouwens zelf ook gezegd. Ik vind het zeer belangrijk dat u dat vandaag op tafel hebt gelegd. Er is al veel discussie over geweest, maar we zien dat de Toezichtcommissie, vanaf zij op de hoogte was van de klacht, onmiddellijk heeft gehandeld en meteen het visum heeft geschorst. Dan zien we dat er een oplossing is en dat u niet verder hoeft te blijven zoeken in zaken waar dat niet nodig is.

Dat wilde ik nog even kwijt.

17.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dit is een interessant en belangrijk debat. Ik wil nog een paar elementen meegeven.

Mevrouw De Knop, ik zal mij niet in de plaats stellen van een magistraat. Ik ga geen rechter spelen. Ik kan dat niet en ik mag dat niet en u zou de eerste zijn die daartegen protesteert. Er is een uitspraak en ik neem daar akte van.

Ik kan wél iets zeggen over het proces waarvoor ik politiek verantwoordelijk ben. Ik kan mij richten tot de Toezichtcommissie, maar – ik heb dat vandaag nog besproken met de voorzitter van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid en hij is het daarmee eens – we verwachten wel van de Toezichtcommissie dat, naarmate er meer informatie komt, bijvoorbeeld extra klachten die worden ingediend of verdere ontwikkelingen in het onderzoek door het parket, de Toezichtcommissie daar ook gevolg aan geeft. Bovendien is er ook nog het eigen onderzoek van de Toezichtcommissie. Ik ben daarop niet in detail ingegaan, maar de pers is hiervan op de hoogte. De Toezichtcommissie heeft aangegeven dat zij de fysieke en psychische geschiktheid van die gynaecoloog zal onderzoeken. Dit is met andere woorden niet het einde van het verhaal. Ik vraag aan de Toezichtcommissie om dit niet te

laten liggen en om, naarmate er verdere informatie komt, daar ook verdere gevolgen aan te geven. Het is belangrijk dat dit gebeurt.

Mevrouw De Knop, ik ben het helemaal met u eens dat we een verschrikkelijke staatsstructuur hebben inzake gezondheidszorg, maar eerlijk gezegd – ik wil niet vitten – is dat niet echt het punt.

Weet u dat hetzelfde probleem rijst binnen de federale overheid zelf, bij het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen? Bij dat instituut komen eveneens klachten binnen, ook over diezelfde gynaecoloog. Het instituut mag deze klachten niet doorgeven. Dat is wettelijk vastgelegd. Dat brengt me bij het probleem dat ik schetste met betrekking tot het meldpunt, waarbij mensen vragen waarom hun melding niet werd doorgegeven. Het meldpunt mag dat niet doorgeven, maar dat is niet omdat het een Vlaamse bevoegdheid betreft. Ook het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen mag geen klachten doorgeven. Wanneer het instituut zich wendt tot vrouwen die iets hebben aangeklaagd en hun vraagt een klacht in te dienen bij de Toezichtcommissie, dan vinden sommige betrokken vrouwen dat heel normaal, terwijl andere daar heel boos om zijn. Ik begrijp dat, want ze dachten dat het instituut dit zelf wel zou doorgeven, maar het instituut mag dat niet doen omwille van de vertrouwelijkheid. Dat zijn allemaal zaken die we moeten bespreken, want dat leidt tot onoverzichtelijkheid voor de burger. Dan moet er wel een procedure worden afgesproken, waarbij het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen wel zelf met een dossier aan de slag mag, zonder dat het betrokken slachtoffer dat dossier zelf nog eens moet doorgeven.

Het is dus niet alleen een probleem van de staatsstructuur, het zit een beetje dieper.

Ik wil nogmaals op de RIZIV-nummers terugkomen, misschien ten overvloede, want het debat gaat er niet echt over.

Mevrouw Bury, de Toezichtcommissie kan inderdaad een visum op basis van een inbreuk op de kwaliteitswet meteen schorsen. De beroepsbeoefenaar moet dan meteen zijn praktijk stopzetten. Dat is inderdaad geen issue van RIZIV-nummers. De reden waarom ik het nuttig zou vinden dat ook het RIZIV-nummer wordt ingetrokken, is de volgende. Helaas gebeurt het dat artsen met een geschorst visum gewoon doordoen. Patiënten merken dat niet. Zij gaan naar een arts die het beroep niet mag uitoefenen. Die arts zegt: betaal mij zoveel. Hij laat die prestatie terugbetalen door de mutualiteit. De mutualiteit is ook niet op de hoogte. Het is een bijkomende bescherming voor patiënten dat men het factureren niet meer mogelijk maakt. Dat is hier secundair.

De discussie over de RIZIV-nummers gaat ook over fraude met het terugbetalingssysteem, dat de voorbije weken in de pers kwam. Daarover heeft de Toezichtcommissie niks te zeggen. Dat loopt niet via de Toezichtcommissie. De Toezichtcommissie is bezig met de kwaliteit van de medische praktijk. Fraude met terugbetalingen, valse facturen, *overscoring*, al die zaken die in de media zijn belicht, spelen zich af bij het RIZIV. Dat is een andere reden waarom ik dat probleem van het blijven factureren door fraudeurs en de nood om het RIZIV-nummer te kunnen schorsen op tafel heb gelegd. Er zit wel wat meer debat achter dan alleen het probleem van een visum dat door de Toezichtcommissie wordt geschorst.

Ik blijf dus zeggen dat men het onmogelijk moet maken dat mensen blijven factureren, ofwel omdat ze hun visum verloren zijn wegens een inbreuk op de kwaliteitswet, bij de Toezichtcommissie, ofwel omdat ze bij het RIZIV als financiële fraudeur gekend zijn. Dat is ook een reden om het RIZIV-nummer in te trekken, maar dat is een breder debat.

Laten we als conclusie stellen – ik laat u zeker het laatste woord – dat het onze politieke verantwoordelijkheid is om die processen correct te laten verlopen. Onze politieke verantwoordelijkheid is ook om na te denken over hoe de ombudsdiensten werken, hoe de ziekenhuizen daarmee omgaan en wat we kunnen doen om de overdracht van informatie tussen een meldpunt, het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, de Toezichtcommissie, de Orde van Artsen en het parket te verbeteren. Dat is absoluut noodzakelijk.

Zoals ik eerder zei, ga ik ervan uit dat de Toezichtcommissie de zaak hier niet laat rusten. Dat blijkt trouwens uit de beslissing van de commissie zelf.

Collega's, deze zaak is heel ernstig en heel triest voor de betrokken vrouwen. Wordt dus vervolgd.

17.07 Irina De Knop (Open Vld): Ik dank u voor uw verduidelijkingen, mijnheer de minister.

Ik kan begrijpen dat de problematiek ook federaal speelt, maar ik vind het moeilijk te begrijpen dat meldpunten zelfs geen geanonimiseerde klachten kunnen doorgeven aan de Toezichtcommissie. Dat zou binnen de huidige wetgeving toch mogelijk moeten zijn. Mogelijk zouden daardoor eerder alarmsignalen zijn uitgestuurd. Soms is de vraag of de regelgeving daadwerkelijk moet worden aangepast of dat mensen gewoon correct moeten handelen binnen hun bestaande takenpakket.

Ik begrijp dat u het verder wilt onderzoeken, maar het is in dit geval al vijf over twaalf. We moeten dit niet rustig bekijken, maar heel dringend, want ik kan begrijpen dat mensen niet steeds opnieuw hun verhaal willen doen en duidelijk willen weten waar ze aan toe zijn.

Tot slot had ik graag vernomen – desnoods via een andere weg – wie er eigenlijk afgevaardigd is in de Federale Toezichtcommissie. Het lijkt me elementair om te weten welke profielen daar aanwezig zijn en hoe de selectie van de leden verloopt.

Tot slot zegt u dat er goede afspraken met de ziekenhuizen moeten worden gemaakt. Voor zover ik heb begrepen, hebben die correct gehandeld en hebben ze bewarende maatregelen genomen, die de Toezichtcommissie nu heeft opgeheven.

Ik dank u voor uw uitgebreide antwoorden.

17.08 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, u hebt uw beperkte inmenging doorgegeven. Ik ben blij dat ze daartoe beperkt bleef. Anders was ze volgens mij verkeerd geweest, als u er zich meer in gemengd had.

Mevrouw De Knop, u had het over geanonimiseerde klachten bij meldpunten. Dat is effectief iets waaraan een mens kan denken, maar men moet er dan wel rekening mee houden dat er dan een probleem met het recht op tegenspraak kan zijn. Als klachten geanonimiseerd zijn, is het allemaal zeer moeilijk. Vandaar dat ik bij mijn repliek blijf dat het best is de slachtoffers ervan te overtuigen klacht in te dienen en hen het belang daarvan te doen inzien, maar dat dit best niet anoniem gebeurt.

Mijnheer de minister, ik heb u op een zijpiste gebracht door de schorsing van het RIZIV-nummer voor te stellen. Ik weet dat ook, maar u zegt dan dat het RIZIV-nummer moet worden geschorst als het over fraude gaat. Dat is het nu net. Als al die meldpunten en de Toezichtcommissie goed werken en die man werkt één dag door zonder visum, maar wel nog onder zijn RIZIV-nummer, is dat toch een extra beveiliging? Dan komt er immers een terugbetaling binnen bij het RIZIV waar men dan kan zien dat die man zonder visum werkt. Dan kan men hem nog sneller vatten, maar uw systemen moeten gewoon werken. Er moet niet altijd iets nieuws gecreëerd worden. Als een visum ingetrokken wordt, of het nu na fraude is of na verregaande handelingen van een arts, is dat voldoende. Mijn repliek blijft dus staan.

Ik ben heel benieuwd naar het debat dat we daar verder over zullen voeren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: We zijn aldus aan het einde van de vergadering gekomen.

Er zijn een aantal uitgestelde vragen van mevrouw Gijbels, namelijk de vragen nrs. 56010737C, 56010887C, 56010941C en 56011163C. Vragen nrs. 56011005C en 56011009C van mevrouw Eggermont zijn eveneens uitgesteld. Ook vragen nrs. 56011014C en 56011173C van mevrouw Dedonder zijn uitgesteld, evenals vraag nr. 56011184C van de heer Daerden.

De hiernavolgende vragen worden ingetrokken op basis van artikel 126, tiende lid. Dat zijn vragen nrs. 56011002C en 56011242C van mevrouw Ramlot en vraag nr. 56011127C van mevrouw Pirson. Hetzelfde geldt voor de vragen nrs. 56009966C, 56009967C, 56010090C, 56010108C en 56010118C van mevrouw Dedonder. Zij had uitstel gevraagd voor die vragen, maar ze waren al eens uitgesteld. Die vragen worden dus ingetrokken.

Dat gezegd zijnde, kan ik de vergadering sluiten. Ik wens iedereen nog een prettige avond.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.22 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 22.